



BARRERAS ASOCIADAS AL ACCESO Y USO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIÓN JOVEN DEL PAÍS

DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD

PROYECTO FONIS #SA19I0091, ANID



Proyecto FONIS #SA19I0091, ANID

**BARRERAS ASOCIADAS AL ACCESO Y USO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD PARA LA
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIÓN JOVEN DEL PAÍS**

Estudio liderado por el Centro de Salud Global Intercultural, ICIM;
Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Equipo de investigación:

Alexandra Obach, PhD.

Antropóloga Social. Magister en Estudios de género y cultura y doctora en Antropología Social y Cultural. Profesora Asociada Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

.....

Michelle Sadler, PhD.

Antropóloga Social. Investigadora adjunta del Departamento de Historia y Ciencias Sociales, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile. Postdoc en The Women's and Gender Studies Program, Universidad de Haifa, Israel.

.....

Alejandra Carreño, PhD.

Antropóloga Social. Profesora Asociada Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

.....

Ana María Alarcón, PhD.

Enfermera y antropóloga. Magíster en Ciencias Sociales Aplicadas y Magíster en Antropología. Doctora en Antropología University of Connecticut, USA. Profesora Titular adscrita al Departamento de Salud Pública y al Centro de Excelencia CIGES de la Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera.

.....

Báltica Cabieses, PhD.

Enfermera matrona, Doctora en epidemiología social, Universidad de York. Profesora Titular Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Directora del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

.....

Antonia Roberts.

Socióloga. Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

.....

Sabrita Chandía, MSc.

Bioquímica. Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

.....

Olga López, MD.

Médico Infectóloga del Hospital de Iquique. Jefa del Centro de VIH del Hospital de Iquique. Socia de la corporación de Sida Chile, miembro activo del grupo SIDA Chile. Colaboradora del estudio de evaluación del impacto de las terapias antirretrovirales en pacientes VIH beneficiarios del sistema sanitario público chileno.

.....

Matías Marín.

Activista por los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas con VIH en Chile. Cofundador y miembro del Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH (CEVVIH), y del área de comunicaciones de la Red de Jóvenes y Adolescentes Positivos de Latinoamérica y el Caribe hispano (J+LAC). Periodista de la Universidad de Chile.

.....

Carolina Díaz.

Psicóloga, diplomada en Salud y Migración Internacional por la UDD, y en Intervención en Violencia Sexual hacia Niños y Niñas por la UST. Actualmente es Senior Field Assistant de ACNUR, Iquique. Ha participado en diversos proyectos de investigación e intervención psicosocial nacionales e internacionales.

.....

Marjorie Branif, MSc.

Psicóloga infanto-juvenil, Magister en Salud Pública con amplia experiencia y trabajo con adolescentes y jóvenes a nivel comunitario, educacional y sanitario en el sector de Atención Primaria de Salud. Integra la Comisión de Derechos Humanos del Colegio de Psicólogos y es miembro del Cabildo Nacional de Salud.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas e instituciones que hicieron posible la ejecución de este estudio. Al Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), al Hospital de Iquique Dr. Ernesto Torres Galdames y al Servicio de Salud Araucanía Sur, por el todo apoyo brindado al proyecto. A todas las personas que participaron en este estudio compartiendo sus percepciones y experiencias en relación a la temática: jóvenes, equipos de salud, expertos/as, ya que sin sus aportes el estudio no se habría podido materializar. Consideramos de vital importancia dar relevancia a las voces de las juventudes en materia de sexualidades, incorporar sus visiones y experiencias en los programas y políticas públicas de salud. Solo así podremos avanzar hacia una atención de salud sexual contextualizada, equitativa y coherente con el sentir de las personas, respetando las particularidades de cada grupo, desde los enfoques de derechos humanos, interculturalidad, participación, género y justicia reproductiva.

Índice

Resumen Ejecutivo	7
I. Introducción	10
II. Antecedentes	13
III. Metodología	24
Diseño metodológico y objetivos del estudio	25
Muestra y proceso de reclutamiento	25
Análisis de la información	28
Implicancias éticas	28
IV. Resultados	29
IV.1. Aproximación a los mundos juveniles	30
Sexualidades juveniles en contexto	30
Prácticas sexuales y contextos de riesgo	34
Representaciones de VIH/Sida en población joven	37
Juventudes migrantes y sexualidades	38
Razones para migrar	38
Proceso migratorio y asentamiento en Chile	40
Juventudes mapuche y sexualidades	41
Recursos en salud sexual más allá del sector salud	50
IV.2. Barreras estructurales y del sistema de salud para la prevención y detección del VIH	54
Falta de institucionalidad específica de prevención de VIH	54
Testeo de VIH	57
Carencia de Educación Sexual Integral (ESI) en el país	59
Desinformación y distancias con el sector salud	60
Barreras de profesionales de atención de salud	61
V. Recomendaciones	66
V.1. Nivel Central/Intersector	67
Educación sexual integral (ESI)	67
Determinantes estructurales	68
Articulación entre Estado, sistema de salud, organizaciones de la sociedad civil y redes sociales	68
Jóvenes LGBTIQA+	69
Jóvenes migrantes	69
Jóvenes mapuche	70
Prevención y testeo de VIH	71

V.2. Sector Salud	71
Educación y capacitación continua de equipos de atención de salud	71
Prevención y diagnóstico del VIH	72
Pertinencia cultural	73
Sector salud fuera de sus fronteras tradicionales	73
Participación juvenil en salud	74
V.3. Investigación	74

Referencias Bibliográficas	75
---	-----------

Resumen Ejecutivo

INTRODUCCIÓN:

El proyecto FONIS SA19I0091, titulado *Barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud para la prevención y detección del VIH/Sida en población joven del país*, liderado por el Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, tuvo como propósito aportar a la solución del problema del aumento de VIH/Sida en jóvenes, a través de la identificación de barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud (atención primaria) para la prevención y detección del VIH/Sida en población joven del país. Esto se enmarca en la problemática detectada tanto a nivel mundial como nacional, en relación a que la población joven es la que experimenta el mayor aumento en las tasas de VIH/Sida.

ANTECEDENTES:

En América Latina, el progreso en la reducción del VIH/Sida ha sido más lento que en otras regiones del mundo. En Chile en particular se reconocen grandes carencias respecto a la educación en sexualidad. A la fecha, no se ha logrado implementar un programa transversal de educación sexual integral (ESI) en el sistema escolar con enfoque de derechos. Desde el sector salud las sexualidades juveniles han sido abordadas principalmente desde un enfoque de riesgo el cual estigmatiza y responsabiliza a las juventudes de los resultados sanitarios que les afectan. Cabe señalar además que poco se conoce respecto a las conductas y significados en torno a la sexualidad en las juventudes actuales, lo que incluye a los equipos de salud, en quienes se identifica una desactualización respecto a las identidades sexuales y de género en los/as jóvenes, así como sus experiencias y prácticas sexuales. Esto conlleva la perpetuación de diversas barreras para el acceso a salud sexual y reproductiva (SSR) por parte de las personas jóvenes. Cabe destacar la escasez de estudios a nivel nacional que ahonden en las especificidades con respecto a las percepciones del VIH/Sida en la población joven, y respecto a la identificación de barreras asociadas al acceso y uso del sistema de salud para la prevención y detección del VIH/Sida, así como las particularidades que presentan en este tema poblaciones escasamente abordadas en las políticas públicas de VIH, como son jóvenes migrantes, pertenecientes a pueblos originarios, y todo el espectro de juventudes LGBTIQ+.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo entre los años 2020 y 2023, cuyo objetivo general fue el de identificar significaciones en torno al VIH/Sida, y barreras de acceso y uso del sistema público de salud en torno a la prevención y detección del VIH/Sida, en jóvenes de 18 a 24 años, desde la perspectiva de este grupo etario y de equipos de salud, en contextos rurales y urbanos de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y La Araucanía. La selección de estas regiones se debe a que presentan cruces interesantes en relación a algunas de las variables que consideró el estudio, entre ellas, abordar poblaciones específicas de jóvenes migrantes internacionales, jóvenes pertenecientes a pueblos originarios y jóvenes LGBTIQ+. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo, Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur.

RESULTADOS:

Aproximación a los mundos juveniles y el VIH/Sida: Los resultados del estudio muestran que existe una gran distancia entre las conceptualizaciones tradicionales respecto a las juventudes, marcadas por enfoques altamente adultocéntricos, patriarcales y heteronormativos, y las construcciones de identidades y sexualidades que se articulan desde estos grupos. Las personas jóvenes entrevistadas -en especial de sectores urbanos- mencionan que, a pesar de las carencias que tuvieron en materia de educación sexual integral, han logrado acceder a herramientas para articular concepciones integrales de sexualidad, en procesos de

autogestión de información y educación, principalmente a través de redes sociales, estas últimas plataformas centrales en la autogestión de jóvenes en SSR. Se observa un amplio reconocimiento de las diversidades sexo-genéricas desde un enfoque de derechos, y en algunas personas -sobre todo dentro de las más jóvenes del estudio- una concepción fluida de identidades en la cual las personas pueden explorar y transitar entre categorías. De lo anterior se desprenden las principales barreras para el acceso al sistema de salud, por cuanto las representaciones y prácticas de la sexualidad difieren entre las personas jóvenes y el sector salud. Muchas personas jóvenes sienten que no son escuchadas o comprendidas en sus concepciones, prácticas e identidades relativas a la sexualidad. Y si bien acuden al sector salud, en muchos casos describen experiencias que no satisfacen todas sus necesidades, o en las cuales se sienten juzgados/as o discriminados/as. Una barrera que se continúa reproduciendo alude a la desconfianza respecto a la confidencialidad de los recintos de salud. Poco se abordan, desde el sector salud, las prácticas en las que incurrir muchos/as jóvenes en la actualidad. Sobre las representaciones del VIH, prima una definición y descripción biomédica y se conceptualiza al VIH como enfermedad crónica. Se identifica una baja percepción de riesgo hacia la infección, lo que constituye una barrera para la prevención y detección. En relación a las juventudes mapuche, sobre todo aquellas rurales, se continúa reproduciendo la idea que el VIH es una enfermedad *winka*, foránea, que no les pertenece. Esto hace que se genere una distancia aún mayor entre las juventudes mapuche rurales y el VIH. La población joven migrante internacional constituye un grupo que presenta ciertas particularidades que los/as hacen estar en una posición de mayor vulnerabilidad de infección de VIH por una serie de elementos contextuales y del proceso migratorio en sí mismo. Jóvenes migrantes de las diversidades sexuales comentan que entre la comunidad LGBTIQ+, a la hora de decidir migrar, Chile aparece como una de las primeras opciones dentro de América Latina dado que es considerado uno de los países más progresistas de la región en materia de derechos sexuales y de diversidad de género.

Las personas jóvenes mencionan, entre los recursos considerados de mejor calidad para acceder a información de salud sexual y reproductiva, a asociaciones y organizaciones de la sociedad civil (OSC) fundadas en años recientes (de 2015 en adelante). Estas “nuevas” organizaciones se distinguen de aquellas históricas en materia de derechos sexuales y reproductivos, y de VIH en particular, por cuanto presentan enfoques que integran aportes de la reciente ola feminista y a toda la gama de diversidades y disidencias sexo-genéricas y afectivas. Como referentes, se mencionan una serie de organizaciones conformadas por jóvenes profesionales de la salud que entregan información a través de redes sociales.

Barreras estructurales y del sistema de salud: Se reporta con especial énfasis el debilitamiento del Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida en el país: CONASIDA. Otra de las barreras mencionadas es la falta de campañas efectivas de prevención y detección del VIH actualizadas a las inquietudes y necesidades de las juventudes de hoy. Junto con lo anterior, que las campañas incorporen enfoques de interculturalidad, género e interseccionalidad, que respeten las diversas cosmovisiones y prácticas en relación a las sexualidades, sin caer en dogmatismos ni enfoques colonialistas en materia de salud sexual. En relación a las estrategias de detección, las personas entrevistadas señalan los testeos masivos y los test rápidos como las estrategias que más impulso se otorgan desde la autoridad sanitaria a nivel central. La carencia de Educación Sexual Integral (ESI) en el país fue mencionada como una barrera fundamental para la prevención de ITS y de VIH/Sida, por todos los perfiles de personas entrevistadas. Para el caso de las juventudes migrantes, a lo anterior se suman barreras político-normativas asociadas a su condición migratoria, donde jóvenes en situación irregular sostienen sentir miedo de acercarse al sistema de salud por temor a ser deportados, lo cual se ha acrecentado en los últimos meses dado el contexto de xenofobia y reforzamiento de medidas restrictivas en relación a su permanencia en el país. Las personas jóvenes en movilidad o migrantes, especialmente quienes han llegado al país en los últimos años, refieren no entender cómo funciona el sistema de salud chileno y, por tanto, no acceder a él. La nueva ley de migración del país ha generado importantes retrocesos en cuanto a sus garantías en salud. En las juventudes mapuche, las barreras identificadas desde el nivel central del sector salud tienen que ver con las limitaciones que existen desde el sistema de salud para llegar con información y estrategias adecuadas a las comunidades mapuche. Las campañas ministeriales de prevención no llegan a los sectores rurales de la región de La Araucanía y, junto con lo anterior, habría una resistencia por parte de estos grupos a acceder al sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento del VIH, lo que tiene como consecuencia que muchos casos que llegan al hospital ya se encuentran en fase Sida avanzado y, por ende, son poco tratables. Dichas resistencias para acceder al sistema de salud tienen que ver con diferentes factores, entre ellos, con la percepción de discriminación que sienten por parte del sistema de salud, por la poca acogida que experimentan en tanto

personas pertenecientes a pueblos originarios, por la distancia que sienten con algunas enfermedades que conceptualizan como occidentales, entre ellas, el VIH. Se mencionan las distancias culturales entre las concepciones comunitarias mapuche en relación al cuerpo y sexualidades, y el abordaje en SSR en jóvenes que realiza el sector salud. Se reporta la necesidad de incorporar estrategias de salud intercultural en SSR con adolescentes y jóvenes.

En relación a barreras de profesionales de atención de salud, se sostiene que siguen primando en la atención de salud sexual los enfoques heteronormativos y de riesgo, centrados en los ámbitos reproductivos de la sexualidad. La desconexión entre el sector salud y las prácticas en sexualidad de las juventudes actuales provendría de falencias en la formación de los/as profesionales de la salud. De acuerdo a personas entrevistadas, jóvenes de las diversidades sexo-genéricas son tratados de forma discriminatoria, donde se les estigmatiza (sobre todo a hombres homosexuales y personas trans) en relación al VIH, y no se respetan las opciones sexuales de los grupos de adolescentes y jóvenes de las disidencias sexuales y de género. Con respecto a las juventudes migrantes, se identificó desinformación entre los trabajadores de la salud con respecto a los derechos de salud de migrantes. Por lo tanto, muchas de las normativas que protegen el acceso a salud de migrantes pueden no ser respetadas por desinformación por parte de trabajadores de la salud a nivel local. En relación a las juventudes mapuche, se reporta que los equipos de salud carecen de entrenamiento en interculturalidad en salud, que no se ofrecen atenciones en salud con sensibilidad cultural, lo que hace que se dejen de lado las concepciones y restricciones propias del mundo mapuche cuando se realizan atenciones clínicas de SSR.

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento de recomendaciones emana a partir de los resultados del proyecto FONIS SA19I0091, titulado *Barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud para la prevención y detección del VIH/Sida en población joven del país*. Este proyecto ha sido liderado por el Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, y su propósito es el de aportar a la solución del problema del aumento de VIH/Sida en jóvenes, a través de la identificación de barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud (atención primaria) para la prevención y detección del VIH/Sida en población joven de Chile. Esto se enmarca en la problemática detectada tanto a nivel mundial como nacional, en relación a que la población joven es la que experimenta el mayor aumento en las tasas de VIH/Sida (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2014).

En el contexto de implementación de la Estrategia 90-90-90, adoptada por ONUSIDA para enfrentar la epidemia del VIH/Sida entre los años 2015 y 2020, la evidencia internacional da cuenta de una reducción en el número de nuevas infecciones de VIH y de muertes relacionadas con el virus en el último decenio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Si bien las cifras globales actuales son alentadoras, existen desafíos pendientes relacionados con el hecho que la respuesta mundial al VIH está distribuida de forma desigual y no equitativa, ya que en algunos países y regiones del mundo el VIH está aumentando, como es el caso de Chile. Esto deja entrever que los avances en esta materia no han alcanzado de manera efectiva a todas las poblaciones para el 2020, y que las intervenciones no están logrando el impacto deseado (OMS, 2015). Por ello, ONUSIDA lanzó una nueva estrategia (2021-2026), basada en reducir las desigualdades asociadas a la epidemia del VIH/Sida, eliminando barreras sociales y estructurales que impiden que las personas accedan a los servicios de prevención y tratamiento, empoderar a las comunidades, reforzar y adaptar sistemas y movilizar los recursos necesarios para acabar con el Sida. Junto con esto, se han elevado las metas mundiales, fijándose en 95-95-95 para 2025, sumándose otras vinculadas a utilización de la prevención combinada, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), a servicios de prevención de la transmisión vertical, tratamiento de coinfecciones y otras metas que contribuyen al control de la epidemia, como en el ámbito del estigma y la no discriminación (ONUSIDA, 2020b). Cabe destacar que a nivel mundial se establece que el choque de las pandemias del VIH y Covid-19, junto con las crisis económicas y humanitarias, han situado la respuesta mundial al VIH bajo una amenaza cada vez mayor. Esto, dado que entre los años 2020 y 2021, en el contexto del Covid-19, se interrumpieron los servicios de salud en gran parte del mundo, aumentando la vulnerabilidad de la población frente al VIH (ONUSIDA, 2022b). De hecho, se sostiene que América Latina ha perdido impulso en su respuesta frente al VIH en los últimos años, intensificando el repunte del VIH principalmente entre jóvenes homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y otras poblaciones clave (ONUSIDA, 2022b).

Según datos de ONUSIDA (2022a), las personas viviendo con VIH para 2021 a nivel global oscilaban entre 33,9 y 43,8 millones. En América, para el año 2021 se estimaba entre 1.5 a 2.8 millones de personas, con un intervalo de entre 68.000 y 150.000 nuevas infecciones por el virus en la región (ONUSIDA, 2022a).

En Chile, según los últimos datos disponibles de ONUSIDA (2021a), se estiman entre 75.000 y 91.000 personas viviendo con VIH, de las cuales alrededor de 74.000 conocerían su estatus serológico. Las cifras locales reportan desde hace algunos años un aumento sostenido de casos de VIH en el país, concentrándose mayoritariamente en el grupo de 25 a 29 años, con 9.663 casos confirmados en el periodo de 2014 a noviembre de 2021 (ISP, 2022a). Cabe destacar que

el aumento de casos de VIH ha estado acompañado de un aumento en los testeos durante los últimos años en el país, los que entre 2014 y 2019 ascendieron en un 47%, incremento que se concentra en los tramos de población joven de 20 a 34 años (Ministerio de Salud [MINSAL], 2022b). Esta tendencia al alza en los testeos sufrió una disminución importante con la llegada de la pandemia de Covid-19 en 2020 al territorio, generando una reducción del 22,6% en los testeos totales, lo que se condice con la disminución de los casos confirmados durante 2020 (MINSAL, 2022c; ISP, 2022b).

A nivel mundial, entre los/as jóvenes la mortalidad relacionada con el VIH/Sida ha aumentado desde el año 2000 (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018). De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre los/as jóvenes existen bajos niveles de conocimiento sobre el VIH y las conductas de riesgo específicas, como el sexo transaccional y el sexo sin condón, que los hacen más vulnerables a contraer y transmitir el virus (UNICEF, 2018). Existen una serie de factores que inciden en los malos resultados entre jóvenes en lo relativo al VIH/Sida. Uno de ellos es que al inicio de la epidemia de VIH se ignoró a la juventud en tanto población específica, con riesgos y necesidades que debían considerarse independientemente del mundo adulto. Los vestigios de esa categorización permanecen, y la mayoría de los datos epidemiológicos del VIH (incluidos los de ONUSIDA) continúan utilizando el tramo de 15 a 49 años para referirse a población adulta. En el año 2000 se comenzó a incorporar una mirada más específica para población joven, cuando los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se referían a la medición de la prevención de la infección por VIH entre las personas de 15 a 24 años. En el año 2013, la OMS publicó el primer conjunto de directrices que aborda las necesidades específicas de los/as jóvenes que viven con el VIH (OMS, 2013). Asimismo, la OMS sostuvo que para alcanzar las metas 90-90-90 era necesaria la focalización (OMS, 2015) en distintos grupos, incluidos los/as jóvenes.

En este contexto, el objetivo general que guió el estudio FONIS SA19I0091, cuyos resultados se plasman en el presente documento de recomendaciones, fue el de identificar las barreras de acceso y uso del sistema público de salud en torno a la prevención y detección del VIH/Sida en población joven. Se sumó a esto el desafío de realizar el estudio en contexto de la pandemia de Covid-19, lo cual se transformó en una gran oportunidad para observar cómo las trayectorias de búsqueda de información y de atención en sexualidad por parte de jóvenes se fueron transformando en el nuevo contexto sanitario, sumando nuevas prácticas en la búsqueda de solución e información en materia de SSR.

II. ANTECEDENTES

Juventudes, sexualidades y VIH en Chile: un desafío pendiente

A nivel internacional existe consenso en que el período que comprende la adolescencia y juventud es uno “de especial vulnerabilidad por su condición de tránsito, de fase liminal entre un pasado por superar (la infancia) y un horizonte por construir (el mundo adulto)” (Correa, Martínez y Martorell, 2021, p.69). Es una etapa paradójica en términos de salud, pues si bien se asocia con buenos indicadores de salud física, también se relaciona con una alta incidencia de problemas de salud mental, consumo de drogas, y otras conductas consideradas de riesgo (Correa, Martínez y Martorell, 2021). En materia de sexualidad, se trata de un periodo en el cual se desarrolla un sentido de identidad sexo-genérica, caracterizado por la exploración sexual, y en el cual hay mayor riesgo de sufrir morbi-mortalidad en los ámbitos de SSR, y mayores dificultades en el acceso a SSR y educación sexual que en la etapa adulta (Caffe et al., 2017; Brown et al., 2021). En todo el mundo, las personas adolescentes y jóvenes son quienes viven las mayores desigualdades en el acceso a servicios de salud y las mayores vulneraciones a sus derechos sexuales y reproductivos. Además, se reconoce una carencia global desde el sector salud para dar respuesta a las necesidades particulares de este grupo etario, de la mano de la persistencia de prejuicios profundamente arraigados que atentan contra sus derechos (Shaw, 2009; Barroso, 2014). De ahí que tanto los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2015-2030) de la OMS, le den relevancia en tanto grupo prioritario, principalmente en lo que respecta a su SSR (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015).

La focalización en los jóvenes cobra sentido en el contexto de que una alta proporción de las nuevas ITS e infecciones por VIH ocurren en personas de entre 15 y 24 años, grupo que concentra casi la mitad de todos los nuevos casos de VIH en el mundo (ONUSIDA, 2021). Estos resultados son el reflejo de que por muchos años se ignoró a la juventud en tanto población específica, con riesgos y necesidades que debían considerarse independientemente del mundo adulto. En el año 2013 la OMS publicó el primer conjunto de directrices que aborda las necesidades específicas de los/as jóvenes que viven con el VIH (OMS, 2013).

Al igual que lo que se reporta en buena parte del mundo (Barroso, 2014), en el caso de América Latina, la atención de SSR de adolescentes y jóvenes se ha enfocado principalmente en los ámbitos reproductivos, con una profunda negación de sus derechos sexuales y una marcada renuencia a reconocerlos como seres sexuales, generando con ello una brecha respecto a sus necesidades reales en los ámbitos de sexualidad (Casas y Ahumada, 2009; Morgan y Roberts, 2012). En la población adolescente y joven en Latinoamérica, el progreso en la reducción del VIH/Sida ha sido más lento que en otras regiones del mundo (ONUSIDA, 2020a). La tasa del embarazo adolescente en la región (15-19 años) es la segunda más alta del mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016), y en muchos países de este territorio hay graves deficiencias en los programas de educación sexual y en el acceso a métodos anticonceptivos y abortos seguros (Morgan y Roberts, 2012).

En Chile en particular se reconocen grandes carencias respecto a la educación en sexualidad, en un contexto país en que los sectores más conservadores de la sociedad chilena han limitado las iniciativas de políticas públicas en este ámbito (Figueroa, 2012). Hasta la fecha, no se ha logrado implementar un programa transversal de educación sexual integral (ESI) en el sistema escolar con enfoque de derechos (Obach, Sadler y Jofre, 2017). Es así como la educación sexual en el país se ha configurado como un conflicto de carácter histórico y político, determinado por la existencia de una tensión entre quienes defienden el derecho a la información y quienes reivindican la libertad de elección en el sentido de resguardar su derecho a no socializar contenidos de educación sexual, o bien compartir solo contenidos muy específicos con menores de edad (Figueroa, 2012).

Desde el sector salud las sexualidades juveniles han sido abordadas principalmente desde un enfoque de riesgo el cual, desde una mirada altamente individualista, estigmatiza y responsabiliza a las juventudes de los resultados sanitarios que les afectan (Krauskopf, 2015). Cabe señalar además que poco se conoce respecto a las conductas y significados en torno a la sexualidad en la juventud actual (Obach, Sadler y Cabieses, 2019), lo que incluye a los equipos de salud, desde donde se identifica un desconocimiento respecto a las identidades sexuales y de género en los/as jóvenes, así como sus experiencias y prácticas sexuales (Obach et al., 2018). A su vez, los enfoques en salud con los que se aborda a este grupo carecen en su mayoría de una perspectiva de género desde las masculinidades y las diversidades sexo-genéticas (Obach et al., 2018). Esto conlleva una serie de consecuencias, entre ellas, la perpetuación de diversas barreras para el acceso a SSR por parte de las personas jóvenes. Varios estudios en el país que han indagado en la relación entre adolescentes y jóvenes con el sistema formal de salud, muestran una distancia entre sus percepciones y prácticas en materia de sexualidad, y los enfoques que orientan las atenciones en SSR dentro del sistema de salud, entre ellos, el de riesgo antes mencionado, enfoques adultocéntricos y heteronormativos que marcan la pauta del quehacer en materia de SSR, entre otros. Esta distancia entre las construcciones de identidades, cuerpos y sexualidades de las juventudes actuales, y la atención en SSR ofertada para los y las adolescentes y jóvenes por parte del sistema de salud se traduce en acciones sanitarias poco efectivas, y en la reproducción de estigmas y discriminaciones hacia la población joven toda vez que son conceptualizados como personas irresponsables y que toman riesgos innecesarios en los ámbitos de sexualidad, entre otros estereotipos que se reproducen dentro de la sociedad y en el sector salud (Sadler et al., 2011; Obach, Sadler y Cabieses, 2019). Cabe destacar que aquellas acciones de salud que han sabido interpretar y responder a las necesidades específicas de este grupo etario están teniendo resultados auspiciosos, por ejemplo, casos en que los equipos de salud se han integrado a los territorios que habitan cotidianamente las personas adolescentes y jóvenes, como las escuelas, y trabajan desde allí con ellos/as, validando sus concepciones en torno a sus identidades y sexualidades, y las prácticas específicas que ello conlleva (Obach, Sadler y Cabieses, 2019).

Más allá de los avances que existen en el país en materia de ampliación de la atención SSR de adolescentes y jóvenes, ésta continúa centrada principalmente en la prevención del embarazo en este grupo etario, lo cual ha tenido buenos resultados toda vez que Chile presenta la tasa de fecundidad adolescente más baja de América Latina (estimada en 23 nacimientos por cada 1000 niñas de 15 a 19 años) (Rodríguez y Roberts, 2020). Cabe mencionar que estas cifras auspiciosas esconden enormes desigualdades, por ejemplo, en el año 2017 hubo una brecha de 63 veces entre los deciles superior e inferior de ingresos en el embarazo adolescente entre 15 y 19 años (es decir, por debajo del 0,2% en el decil más rico y por encima del 11% en el decil más pobre) (Rodríguez y Roberts, 2020). Pero interesa destacar que el foco puesto por

parte de las políticas y programas dirigidos a SSR en adolescentes y jóvenes en la disminución del embarazo en la adolescencia ha ido dejando de lado otros ámbitos de SSR entre ellos el que en la actualidad este grupo etario presenta altas tasas de ITS, incluido el VIH: entre los 15 a 19 años, los casos de VIH aumentaron 20% de 2015 a 2017, llegando a una tasa de 9,1% por 100.000; mientras en el grupo de 20-24 años la tasa para 2017 fue de 41,7 por 100.000 (Cáceres-Burton, 2017). A esto se suman los escasos estudios a nivel nacional que ahonden en las especificidades con respecto a las percepciones del VIH/Sida en la población joven, y respecto a la identificación de barreras asociadas al acceso y uso del sistema de salud para la prevención y detección del VIH/Sida (Vega et al., 2015), así como las particularidades que presentan en este tema poblaciones escasas o nulas abordadas en las políticas públicas de VIH, como son jóvenes migrantes, pertenecientes a pueblos originarios, y todo el espectro de juventudes LGBTIQ+.

Juventudes, migrantes

El crecimiento económico y la estabilidad política que ha caracterizado a Chile desde la década de 1990 lo posicionaron como uno de los países más prósperos de América Latina y el Caribe (Gitlin y Fuentes, 2012). Esto generó un aumento progresivo de la población migrante proveniente de otros países de la región, denominada migración Sur-Sur. A las comunidades provenientes de países andinos como Perú, Bolivia y Ecuador, les sucedieron -con fuerza desde 2005 en adelante- aquellas de Colombia, República Dominicana, Haití y Venezuela (Servicio Nacional de Migraciones [SNM], 2022). Los flujos migratorios más recientes provienen de países con los cuales existen distancias culturales que requieren ser abordadas en materia de SSR: en los casos de Venezuela y Haití, debido a contextos prolongados de conflictividad social, crisis económica y pobreza, muchos migrantes buscan refugio y asilo (Arcarazo y Sartoretto, 2020; Cabieses et al., 2021); por su parte, la mayoría de los inmigrantes de Haití hablan creole, lo que añade barreras lingüísticas al escenario. Junto con lo anterior, la población afrodescendiente de los más recientes flujos migratorios ha sumado un nuevo escenario en Chile en cuanto a corporalidades y jerarquías raciales, dado que hasta su llegada casi no había población afrodescendiente en el país.

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19, y con el consecuente cierre de fronteras, el ingreso a Chile por pasos no habilitados se ha incrementado dramáticamente, creando una crisis humanitaria sin precedentes, y con ello ha aumentado la vulnerabilidad de los grupos de migrantes, especialmente en el norte del país (SJM, 2022). Hoy en día, alrededor de 1.500.000 migrantes viven en Chile, lo que representa casi el 8% de la población nacional (SNM, 2022). Sin embargo, como ha puesto de manifiesto la reciente crisis social iniciada en 2019 en Chile, detrás de la aparente estabilidad económica que atrae a estos flujos latinoamericanos, se esconden importantes formas de pobreza, segregación e inequidad en el acceso a derechos fundamentales, entre los que se encuentra el derecho a la salud (Fuentes-García, 2019).

A pesar de la heterogeneidad de las poblaciones migrantes que llegan a Chile, todos/as quienes viven en condiciones sociales vulnerables están expuestos a riesgos de salud y violaciones de derechos humanos durante el proceso migratorio, lo que puede influir negativamente en sus condiciones de salud. Además, muchos grupos de migrantes internacionales experimentan vulnerabilidad estructural durante la movilidad y el asentamiento en Chile debido al acceso limitado a la atención médica, tanto en tránsito como al llegar al país receptor. Esto es especialmente frecuente en migrantes internacionales irregulares, refugiados y aquellos migrantes que viven en pobreza (Cabieses et al., 2021). Junto con lo anterior, comparten el hecho de ser tratados como extraños por los locales y por las comunidades de migrantes establecidas desde hace más tiempo en Chile y en situación migratoria regular (Elías y Scotson, 1994). Esto último se refleja en actitudes discriminatorias y xenófobas hacia los colectivos migrantes, especialmente aquellos en situación de mayor vulnerabilidad social. En el sector salud pueden reproducirse estas actitudes, pues si bien el acceso de población migrante debería ser irrestricto – a través de una normativa que protege el acceso universal a la salud de los migrantes independientemente de su estatus legal (Decreto 67, 2016)-, se han denunciado barreras administrativas arbitrarias que se encuentran en la búsqueda de acceso a los servicios de salud, además de episodios de discriminación y denegación de atención que afectan particularmente a la población en situación irregular (Unicef, 2020; Calderón y Saffirio, 2017). De hecho, diversos estudios muestran cómo las inequidades en salud que enfrentan los grupos socioeconómicos más desfavorecidos se exacerban dentro de la población migrante (Cabieses y Oyarte, 2020).

Es importante destacar que la mayor parte de la investigación relacionada con la salud de personas migrantes se ha realizado con mujeres adultas y niños, dejando algunos grupos relegados, como los jóvenes. En 2017 residían en el país 245.861 jóvenes migrantes (15-29 años), lo que representa el 33% de la población migrante total (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2017; Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2018). Esta cifra puede haber aumentado en los últimos años dado el incremento de personas que han ingresado al país por pasos no habilitados durante la crisis del Covid-19, dado el cierre de fronteras en tanto medida de prevención de la propagación de la pandemia (Stefoni et al., 2022).

La evidencia internacional sobre la salud de los/las jóvenes migrantes plantea la necesidad de prestar atención a su SSR (Reyes, 2014; Alarcão et al., 2021). Gran parte de la literatura que ha abordado estos temas en jóvenes migrantes lo ha hecho enfatizando un enfoque de riesgo, que tiende a centrarse en aspectos conductuales y culturales, restando importancia a los factores estructurales y sociopolíticos que configuran las condiciones en las que viven (Ganle et al., 2019; Causevic et al., 2022). Los riesgos más frecuentes descritos en la literatura para este grupo son la menor utilización y confianza en la atención médica; conocimiento inadecuado de SSR y prácticas de detección preventiva (Matusela et al., 2017); valores patriarcales y roles de género prescritos culturalmente que afectan el acceso de las mujeres a la anticoncepción y la planificación familiar (Ussher et al., 2017); y una mayor exposición a participar en sexo transaccional y tener relaciones sexuales en estado de ebriedad o bajo el efecto de las drogas (Causevic et al., 2022). Las diferencias de género también se han descrito en estos estudios, revelando que las mujeres migrantes tienden a tener menos información, acceso y libertad para exigir el uso de preservativos que los hombres (Torres López, 2009; Ganle et al., 2019). Si bien una descripción de estos elementos es ciertamente relevante, es crucial evitar etiquetar a los/las jóvenes migrantes como un grupo de riesgo. En su lugar, deben promoverse enfoques que enmarquen sus experiencias en el contexto de las múltiples formas de desigualdades sociales que enfrentan en los países anfitriones. Superar el “enfoque de riesgo” en la salud de jóvenes

migrantes implica también considerar la movilidad de estos colectivos como marcada por factores que van más allá de lo estrictamente económico (Decreto 67, 2016).

Estos antecedentes son relevantes para el estudio de las experiencias migratorias de los jóvenes y su acceso a SSR y a prevención y detección de VIH. Cabe destacar que la OMS señala la importancia de considerar las características particulares de las migraciones y los desplazamientos humanos, y su relación con la dinámica de las epidemias locales. Es por esto que en su Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021 reconoce a la población migrante dentro de los grupos particularmente vulnerables a la infección por VIH (Organización Mundial de la Salud, 2016a).

Juventudes mapuche

Pocas investigaciones han abordado el tema de la sexualidad, y en específico del VIH, desde la perspectiva de grupos específicos como los pueblos indígenas (Departamento de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2006; Dides Castillo y Pérez Moscoso, 2007; Ministerio de Salud, 2018b). De hecho, los principales actores objetivos de las campañas de prevención divulgadas a través de medios de comunicación ha sido un público joven, urbano y chileno-mestizo, dejando invisibilizados a jóvenes rurales e indígenas que habitan diversas realidades en el territorio.

De los nueve pueblos originarios reconocidos por el Estado chileno el más numeroso es el Mapuche, el cual se concentra en la región de La Araucanía, ubicada en la zona sur del país (INE, 2019). Aquí, si bien la mayoría de las personas mapuche reside en comunidades rurales, los últimos decenios han estado marcados por una migración creciente desde el campo a la ciudad, desplazamientos que han sido protagonizados por jóvenes (Martínez, 2011; INJUV 2015); procesos en los cuales la población mapuche urbana tiende a asentarse en los estratos sociales y económicos más deprimidos de la sociedad (García Sosa, Meneses Navarro y Palé Perez, 2013; Gundermann et al., 2009; Torres López et al., 2009).

Como se ha demostrado a nivel internacional, el abordaje del VIH en pueblos indígenas ha estado marcado por una fuerte invisibilidad, lo que se traduce tanto en ausencia de datos específicos como de políticas públicas focalizadas en esta población (Ponce, Muñoz y Stival, 2017). Ello, a pesar de numerosos estudios que demuestran la sobreposición entre factores estructurales como pobreza, marginalidad social y territorial, falta de acceso a servicios sanitarios y pertenencia a minorías étnicas con la exposición a conductas de riesgo de adquisición de ITS, incluido el VIH. Para el caso del pueblo mapuche, la literatura existente sobre este tema señala un aumento progresivo del VIH/Sida, donde además se reporta una consulta tardía, así como reticencia a aceptar que es una enfermedad presente entre los mapuche, especialmente a nivel de comunidades rurales (Alarcón et al., 2018; Ministerio de Salud, 2018).

Ya en el 2003, agencias como la OPS constataban la correlación entre las condiciones de vida en que se encuentran buena parte de las poblaciones indígenas y el surgimiento de perfiles epidemiológicos en los que predominan enfermedades por causas prevenibles (OPS, 2006). Una

diversidad de situaciones convergen en la generación de riesgos específicos para las distintas poblaciones indígenas del continente (Núñez-Noriega, 2011). Por una parte, la condición indígena se sobrepone a menudo con la condición migrante; y las condiciones en que se viven los tránsitos migratorios exponen a las personas a experiencias de sexo sin protección (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2011; Leyva et al., 2009), que luego pueden regresar a sus lugares de origen generando casos de infección (Magis, Bravo-García y Carrillo, 2003). Por otra, las poblaciones indígenas que habitan zonas fronterizas, se insertan en redes de comercio y movilidad que implican también intercambios sexuales que pueden conllevar riesgos (Leyva et al., 2009). Por último, una tercera especificidad pesquisada la representan las concepciones locales que las poblaciones indígenas generan frente al VIH y su vinculación con procesos históricos de construcción de los procesos de salud-enfermedad-atención. En ellas aparecen nociones del VIH vinculadas con la transgresión de normas morales de la comunidad, que incluyen el contacto sexual con población extranjera (Castro-Arroyave et al., 2017). Para el caso de la población mapuche, si bien son escasos los estudios sobre la concepción local del VIH, sí existen registros sobre un sistema clasificatorio local vigente en el que las enfermedades *winka*, *winka kutran* o traídas por los extranjeros no mapuche son consideradas particularmente potentes y difíciles de tratar por las medicinas locales, dada su capacidad de extender la opresión histórica pueblo mapuche en el dominio del cuerpo y la espiritualidad (Bustos, 2021; Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2005; Citarella, 2014).

Estudios principalmente situados en México (Leyva et al., 2009; Núñez-Noriega, 2011; Ponce et al., 2011; Ponce et al., 2017) demuestran cómo los estereotipos raciales y heterocéntricos han jugado en contra del abordaje de la etnicidad como factor de vulnerabilidad frente al VIH. Esto, debido a que históricamente las poblaciones indígenas han sido representadas como poblaciones aisladas, vinculadas a la naturaleza y a la vida campesina, alejadas por lo tanto de los centros urbanos, de las transformaciones sociales y de las dinámicas sexuales que éstos concentrarían; por tanto, han sido representados “naturalmente” heterosexuales y libres de las enfermedades de la modernidad. Sin embargo, emergentes estudios muestran cómo la complejidad de las prácticas, identidades y orientaciones sexuales que caracterizan al mundo contemporáneo, se repiten también dentro de las comunidades llamadas “originarias” (Bautista, 2018; Cosío y Fernández, 2005). Además, existe una naciente literatura que se ha atrevido a derribar algunos mitos respecto al conservadurismo, monogamia y heterosexualidad de estas poblaciones (Miano, 1998).

A su vez, la estigmatización y el rechazo que pueden recibir ciertos sujetos dentro de sus propias comunidades por su orientación sexual están a la base de migraciones en las que el deseo de explorar, de no sentirse vigilados por su comunidad, de escapar de la soledad y de establecer nuevas relaciones afectivas pueden poner a las personas en condiciones de asumir conductas de riesgo (Núñez-Noriega, 2011).

Por su parte, la falta de información respecto al VIH, el temor a sentirse rechazados por pedir condón, la falta de acceso y aceptabilidad de los servicios de salud que no integran la dimensión intercultural de la salud sexual, constituyen vulnerabilidades que se sobrepone a las condiciones de pobreza, falta de oportunidades educativas y de ingresos, así como la falta de participación política que caracterizan a estas poblaciones. Por último, en varios de los registros etnográficos sobre VIH y comunidades indígenas surge el discurso que comprende el virus como una realidad ajena a su comunidad, símbolo de una relación histórica de amenaza, invasión y despojo de la tierra y la salud de los cuerpos indígenas. Este supuesto, invita a incorporar a la reflexión el tema de las vulnerabilidades estructurales que preceden la construcción de ambientes de riesgo, una

dimensión histórica en las metáforas que encarna el VIH en cuanto virus de origen foráneo que, como otras epidemias en la historia de nuestro continente, amenaza la vida, el goce sexual y la reproducción de poblaciones que han sido históricamente sometidas a regímenes de dominación (Fassin, 2007; Negin et. al., 2015). Esta dimensión del debate aparece particularmente presente en el caso de la población mapuche que presentamos, en la medida en que la llegada del virus al país se da en un contexto de relación con el Estado chileno mediado por la incorporación de lógicas neoliberales miradas a intervenir sus territorios, cuyas consecuencias hoy en día se traducen en un conflicto en curso.

Lo anterior confirma la gran relevancia de incorporar las configuraciones histórico-políticas y culturales de los diferentes pueblos originarios en las estrategias de prevención del VIH/Sida. En esta línea, la Orientación Estratégica N°3 de la OMS para el abordaje del VIH apunta a la atención para un acceso equitativo, que implica la definición y aplicación de un conjunto de intervenciones contra el VIH especialmente adaptadas a grupos poblacionales y zonas específicas, verificando que los servicios sean pertinentes, aceptables y accesibles para todos ellos (Organización Mundial de la Salud, 2016a).

El abordaje del VIH con población joven en Chile: avances y desafíos pendientes

En Chile, desde la década del 2010, el abordaje a nivel de marcos normativos, políticas y programas del VIH ha experimentado transformaciones para ampliar y mejorar las aproximaciones institucionales al tema, sin perjuicio de la persistencia de múltiples barreras y desafíos. Durante los primeros años de la década pasada se instauró el resguardo de la confidencialidad de los resultados del test de ELISA y la ampliación de la accesibilidad al mismo, buscando abordar algunas barreras existentes para la detección del VIH. Así, se estableció asegurar la entrega de resultados solo a la persona interesada de manera personal, y permitir que adolescentes mayores de 14 años pudieran consentir el testeo sin la participación de un cuidador o adulto (MINSAL, 2011b; Lampert, 2019). Posteriormente, se estableció que no era necesario contar con orden médica para someterse al testeo, implementando además los test rápidos que podían ser aplicados en estrategias intra y extramuros, buscando nuevamente ampliar y facilitar el acceso de la población al testeo fuera de los espacios tradicionales de salud (Lampert, 2019).

En cuanto a las estrategias, planes y programas que enmarcan la respuesta al VIH en Chile, destaca el que, en nuestro país, el tratamiento antirretroviral (TAR) forma parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), lo cual asegura el acceso a atención de salud a todas las personas con sospecha clínica. Ya desde la década pasada se enfatiza en la relevancia de transitar hacia una prevención combinada, que corresponde a la implementación conjunta de intervenciones comportamentales, biomédicas y culturales, con un enfoque de derechos humanos, y que puedan ser adaptadas a las necesidades y realidades específicas de comunidades y poblaciones (MINSAL, 2017; MINSAL, 2020). En este sentido, se busca incorporar diversas intervenciones que apunten a actividades de educación, información, comunicación; distribución sistemática de condones y lubricantes; estrategias de reducción de daño; diagnóstico y tratamiento de las ITS; promoción y oferta de examen VIH; profilaxis post-exposición; profilaxis pre-exposición y acceso a TAR en las personas con VIH/Sida, entre otros (MINSAL, 2017; MINSAL, 2020).

En diversos documentos institucionales se señala que las estrategias combinadas deben enfocarse en una serie de poblaciones clave para el abordaje del VIH/Sida en el país, adaptando las intervenciones a las características y necesidades de cada grupo (MINSAL, 2017; MINSAL, 2019a). Entre estas poblaciones clave se identifican las siguientes: personas transgénero; hombres que tienen sexo con hombres circunstancialmente; hombres bisexuales; hombres homosexuales; mujeres y hombres que ejercen comercio/trabajo sexual; personas privadas de libertad; mujeres y hombres que viven con VIH/Sida; pueblos indígenas/originarios; migrantes; adolescentes y jóvenes; personas embarazadas; mujeres usuarias de programas atención a víctimas de violencia; hombres y mujeres mayores de 15 años.

Para el año 2020 se incorporaron modificaciones al Plan de Prevención y Control del VIH/Sida (MINSAL, 2018), buscando mejorar la comunicación de prevención mediante el uso de herramientas de redes sociales, ampliamente usadas por el grupo de jóvenes. Por otro lado, se señala la relevancia de mejorar el vínculo con los Pueblos Originarios en esta materia, pasando de una base donde solamente se recopilaban necesidades y se sociabilizaban los planes de acción ya definidos por las autoridades, a incorporar un enfoque intercultural en la promoción de una sexualidad segura y en el abordaje del VIH/Sida. Además, se señala la relevancia de incorporar a ONG's en actividades de testeo, evidenciando el importante rol que puede jugar la sociedad civil en términos de prevención y detección del VIH (MINSAL, 2019b).

Durante 2021 se publicó un documento que buscó profundizar, potenciar y dar continuidad a los objetivos anteriormente planteados, buscando que sean sostenibles en el tiempo. Se sostuvo la relevancia de potenciar la prevención combinada y se incorporó una 6ta línea estratégica de acción enfocada en la coordinación intersectorial (MINSAL, 2021), lo que podría interpretarse como una intención por potenciar las estrategias de Prevención Combinada. De todas formas, se plantea como desafío persistente el focalizarse en población adolescente y juvenil, debido a que son el grupo que se han visto más fuertemente afectado durante los últimos años por el aumento de las infecciones de VIH (MINSAL, 2021).

Cabe destacar la promulgación en el 2001 de la Ley N° 19.799, la que formula un reconocimiento a los derechos de las personas VIH positivas y a las enfermas de Sida prohibiendo su discriminación, así como el deber del Estado en relación por velar por la atención en salud de estas. Por otra parte, en la más reciente Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 (MINSAL, 2022a), con respecto al VIH se reconoce la tendencia en el aumento del número de casos nuevos estimados por año, y se evidencia que en la actualidad Chile no posee estudios específicos de incidencia, por lo que este incremento se ha asociado particularmente a conductas sexuales inseguras, bajo acceso a servicios de testeo oportuno, insuficiente oferta de servicios e intervenciones de prevención primaria y problemas de vinculación a los servicios por parte de personas mayormente expuestas a riesgo (población migrante, pueblos originarios, personas en situación de calle, disidencia sexual, personas privadas de libertad). En este contexto, se plantea como objetivo para el año 2030 disminuir la incidencia de VIH/Sida en Chile en la población entre 15 y 49 años.

De la breve revisión de la situación epidemiológica y el marco de acción del país en cuanto al VIH, se evidencia que, si bien se han implementado esfuerzos a nivel institucional y de marcos normativos, no se ha logrado disminuir las cifras de VIH en el país, lo cual con la pandemia se ha vuelto aún más desafiante debido a la disminución en los testeos, atenciones en salud y en el acercamiento a los establecimientos de salud por parte de la población. En este sentido, se

podría postular que persisten una serie de dificultades y barreras para que las propuestas de prevención, detección y tratamiento del VIH provenientes desde la institucionalidad puedan aproximarse a la realidad de las personas y puedan hacerles sentido, permitiendo así un abordaje efectivo de la situación, apuntando a una futura disminución de los casos. Desde ahí, surge como necesidad transitar hacia un enfoque que permita rescatar las necesidades y conocimientos que estas poblaciones han desarrollado y poder conocer desde ahí, las limitaciones y oportunidades de mejora que tiene la institucionalidad actualmente con respecto al manejo del VIH.

Uno de los grupos que requiere de un abordaje específico es la población joven. La literatura internacional respecto a las percepciones que existe en jóvenes sobre el VIH, así como las barreras para el acceso a prevención y detección del virus en esta población es escasa. Sin embargo, se evidencia que las principales barreras en este grupo son la falta de información sobre donde realizarse el examen, desconocimiento del sistema de salud, la baja percepción de vulnerabilidad frente al VIH, y el miedo y ansiedad a estar infectado (Samet et al., 1997; Peralta et al., 2007; Morales, Espada y Orgilés, 2016). Junto con lo anterior, se reporta miedo y resistencia entre los y las jóvenes respecto a los cambios que deberían enfrentar al vivir con VIH, ya que podría modificar su interacción a nivel social asociada a la exclusión y a la discriminación (Hoyos et al., 2019).

A estas barreras específicas para la prevención y detección del VIH se suman barreras reportadas por la literatura en relación al acceso de adolescentes y jóvenes a SSR, entre ellas, influencias de la comunidad y de los valores sociales y culturales en relación a la sexualidad y el cuerpo (Sadler et al., 2011). Las mujeres jóvenes reportan poseer bajo conocimiento sobre el VIH en general y miedo a realizarse el test diagnóstico ya que no sabrían cómo actuar ante un resultado positivo, indicando que el principal temor es la muerte en caso de ser VIH y la tardanza del resultado (Morales, Espada y Orgilés, 2016). Grupos de jóvenes varones, por su parte, reportan baja percepción de posible infección así como tampoco su pareja sexual porque en ellos predomina el prejuicio que el VIH solo afecta a poblaciones específicas como hombres que tienen sexo con hombre y quienes se administran drogas inyectables (Morales, Espada y Orgilés, 2016; Hoyos et al., 2019). En la misma línea, estudios indican que los jóvenes mencionan como motivo para no realizarse el examen una baja percepción de riesgo de contraer el VIH. Junto con lo anterior, investigaciones muestran que adolescentes y jóvenes reportan no haber recibido información por parte de instituciones de salud, educativas o de la sociedad civil para realizarse el test (Samet et al., 1997; Peralta et al., 2007; Morales, Espada y Orgilés, 2016). Otra barrera identificada en la literatura tiene que ver con aspectos administrativos. Personas jóvenes y trabajadores de la salud señalan que no siempre se puede acceder a la toma de examen de VIH. Entre profesionales de la salud se señala que en los centros de atención primaria no siempre existe la disponibilidad técnica instalada para tomar el examen en modalidad de libre demanda, ya que dependen de la programación de horas, de consentimiento informado y del servicio de transporte de las muestras de sangres que son derivadas al laboratorio de los Servicios de Salud. Otra barrera es la falta de tiempo para solicitud de hora, consentimiento informado y toma de examen, ya que muchas veces los/as usuarios/as deben disponer de dos días distintos para estas acciones (Araza et al., 2014).

En Chile, la evidencia da cuenta que las personas jóvenes señalan falta de información y desconocimiento respecto a dónde, cuándo y a través de qué institución se puede acceder al examen del VIH. Asimismo, se reporta que entre la población joven del país existe miedo y desconfianza de solicitar el examen de VIH en los centros de atención primaria, por temor a ser

reconocidos por personas de su comunidad, y la consecuente discriminación de la que pueden ser objeto (Sadler, Obach, Luengo et al., 2011; Araya et al., 2014). Al igual que en la literatura internacional, en Chile se identifica temor por la connotación negativa del examen del VIH; poca información sobre el VIH en general y para la toma del examen en particular; y demora en la asignación de horas de atención y tardanza en la obtención del resultado (Vega et al., 2015).

La estrategia de prevención secundaria implementada por los servicios de salud chilenos consiste en las pruebas visuales/rápidas de VIH (test rápido). Esta herramienta de detección tiene la ventaja de que las personas reciben los resultados en la misma cita (San Martín et al., 2019). Junto con lo anterior, existe la estrategia denominada profilaxis o terapia pre exposición (PrEP), la cual es una estrategia de prevención del VIH en personas seronegativas y que presentan un alto riesgo de adquirir la infección. Esta consiste en la administración de antirretrovirales durante el período de mayor exposición o riesgo de adquirir el VIH, sin embargo, la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual debe mantenerse, como el uso de condón. Esta estrategia de profilaxis ha sido poco difundida en el país y, por ende, los y las jóvenes tienen escaso acceso a ésta ya que está focalizada en grupos específicos, es decir, aquellos que se consideran en mayor riesgo de exposición al VIH (Zapata et al., 2020).

Finalmente, existe la estrategia preventiva recomendada internacionalmente de profilaxis post exposición de riesgo (PEP). En Chile esta se encuentra disponible en farmacias y se ha incluido dentro de las políticas públicas en caso de abuso sexual, pero aún tiene escasa difusión masiva en la población (Wolff et al., 2020).

III. METODOLOGÍA

Diseño metodológico y objetivos del estudio

El estudio cualitativo *Barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud para la prevención y detección del VIH/Sida en población joven del país* tuvo como objetivo general el identificar significaciones en torno al VIH/Sida, y barreras de acceso y uso del sistema público de salud en torno a la prevención y detección del VIH/Sida en jóvenes de 18 a 24 años, desde la perspectiva de este grupo etario y de equipos de salud; en contextos rurales y urbanos de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y La Araucanía.

La selección de estas regiones se debe a que presentan cruces interesantes en relación a algunas de las variables que consideró el estudio, entre ellas, abordar poblaciones específicas de jóvenes migrantes internacionales, jóvenes pertenecientes a pueblos originarios y jóvenes LGBTIQ+.

En Tarapacá el estudio se focalizó en las localidades de Iquique en tanto contexto urbano, y Pica en relación a la ruralidad. En la Región Metropolitana, el estudio abarcó comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), entre ellas Cerro Navia, Lo Prado, Quinta Normal, Renca, Talagante, El Monte, Isla de Maipo y Curacaví. Para el caso de La Araucanía, el trabajo de campo se desarrolló principalmente en las comunas de Padre Las Casas, Temuco y Nueva Imperial.

Muestra y proceso de reclutamiento

El estudio se llevó a cabo entre los años 2020 y 2023. Inicialmente el proyecto se pensó desde un diseño etnográfico, que permitiera ahondar en la realidad de jóvenes de las tres regiones abordadas por el estudio. Contemplaba la realización de observación de contextos de atención de salud, y de entrevistas con jóvenes, personal de salud e informantes clave. Sin embargo, las barreras impuestas por la pandemia de Covid-19 limitaron las posibilidades de contacto físico y los traslados dentro de los territorios, y obligaron a rediseñar el estudio: se dejó de lado la observación, y se privilegiaron entrevistas en profundidad a ser realizadas en forma presencial o en línea (mediante Zoom, Meet o videollamadas telefónicas), según lo que el contexto de pandemia posibilitara. Las entrevistas en profundidad se realizaron entre marzo de 2021 y agosto de 2022; periodo durante el cual se fueron levantando gradualmente las restricciones de

desplazamiento por el Covid-19, de tal manera que aquellas realizadas en los primeros meses fueron principalmente en línea, y las siguientes ocurrieron tanto en forma presencial como virtual.

Para el reclutamiento de personas jóvenes se establecieron alianzas con líderes comunitarios en cada región abordada por el estudio, personas jóvenes que hicieron las veces de reclutadores/as en terreno, y se utilizó la técnica de bola de nieve. Los criterios de inclusión para jóvenes en todas las regiones abordadas fueron: ser personas de entre 18 y 24 años de edad, que hablaran español, y que fueran usuarios/as FONASA. Se intencionó que la selección de casos en todas las regiones incluyera a jóvenes de zonas urbanas y rurales, de diversas identidades sexo-genéricas, y que tuvieran distintas experiencias de acercamiento con el sector formal de salud (desde no haber acudido nunca hasta acceder con regularidad). Esto, con el fin de poder analizar cómo diversos marcadores sociales interactúan con las significaciones respecto a la sexualidad en general y al VIH/Sida en particular, y con prácticas en torno a la prevención y detección de éste. En Tarapacá se incluyó el criterio de que fueran personas migrantes internacionales. En la región de La Araucanía que auto adscribieran pertenencia mapuche.

Con respecto al personal de salud, se invitó a participar a profesionales de atención primaria que trabajaran en SSR de población joven en los territorios incluidos en el estudio. Para lograr reclutar a los equipos de salud los primeros contactos fueron proporcionados por informantes clave locales, y algunos de los siguientes fueron identificados mediante muestreo de bola de nieve. Otros fueron abordados directamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

También se entrevistó a diversos actores clave, quienes fueron seleccionados intencionalmente dada su experiencia y experticia en las temáticas del estudio. Participaron autoridades de salud a nivel nacional y local, académicos/as y líderes de organizaciones comunitarias y ONG's.

El detalle de la muestra se describe a continuación:



EQUIPOS DE SALUD:

28 Profesionales de atención primaria y hospitalaria

14 Contextos urbanos

14 Contextos rurales

Región Metropolitana

9 Profesionales de atención primaria y hospitalaria | 5 contextos urbanos | 4 contextos rurales

Región de Tarapacá

10 Profesionales de atención primaria y hospitalaria | 5 contextos urbanos | 4 contextos rurales

Región de La Araucanía

9 Profesionales de atención primaria y hospitalaria | 4 contextos urbanos | 5 contextos rurales

En caso de la Región de La Araucanía, 4 personas incluidas en la muestra de equipos de salud se desempeñan como facilitadores interculturales del Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas, adscribiendo también al pueblo mapuche.

Informantes Clave 24

Autoridades de salud a nivel nacional y local

Académicos/as

Líderes de organizaciones comunitarias y ONG's

Sumando todos los perfiles de personas consideradas, el estudio estuvo conformado por 95 entrevistas semi-estructuradas.

Análisis de la información

Toda la información proveniente del trabajo de campo fue grabada en audio y posteriormente transcrito Verbatim a Word. A cada entrevista se le asignó un código, con el fin de resguardar la confidencialidad de las personas entrevistadas. El material fue analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (Patton, 2002). Se utilizó el software AtlasTi para apoyar la codificación y análisis de datos.

Implicancias éticas

Todos y todas quienes participaron de la investigación firmaron previo a las entrevistas un consentimiento informado online o en papel. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo, Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur. Se diseñó un protocolo de respuesta en caso de que los/as participantes experimentaran estrés emocional durante el proceso de investigación, detallando las medidas de contención a aplicar por el equipo investigador y garantizando la posterior derivación a psicólogo/a o a los servicios requeridos según el caso. Durante todo el proceso del estudio no hubo necesidad de activar dicho protocolo.

IV. RESULTADOS

IV.1.

Aproximación a los mundos juveniles

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio a modo de resumen. La información se organiza en dos capítulos: un primero que busca caracterizar las representaciones juveniles sobre la sexualidad, incluyendo imaginarios en torno al VIH/Sida y su prevención, y caracterizando las especificidades de los grupos de jóvenes abordados por el estudio; y un segundo que describe las barreras estructurales y del sistema de salud para el abordaje del VIH/Sida.

Los resultados del estudio muestran que existe una distancia entre las conceptualizaciones tradicionales respecto a las juventudes en el país, marcadas por enfoques altamente adultocéntricos, patriarcales y heteronormativos, y las construcciones de identidades y prácticas sociales que se articulan desde estos grupos. De acuerdo a las personas entrevistadas, los enfoques tradicionales de abordaje de las juventudes a nivel social cimentaron las bases para diversas barreras en materia de SSR, entre ellas, barreras asociadas al desconocimiento de las prácticas reales de las juventudes en materia de sexualidad y, por ende, la generación de acciones en prevención del VIH que poca resonancia tenían con la realidad de las juventudes. Los hallazgos muestran que estas distancias se han exacerbado dado el contexto socio-político en que las personas jóvenes -que hoy tienen entre 18 y 24 años de edad- han crecido.

Sexualidades juveniles en contexto

En la trama de jóvenes urbanos, de grupos socioeconómicos medios, medios bajos y bajos, nos encontramos con una generación que creció en un contexto de gran efervescencia política, con una marcada participación juvenil en el ámbito de la lucha por derechos tales como educación de calidad y gratuita y, en los últimos años, por profundos cuestionamientos en torno a las inequidades sociales del país y por la visibilización y derechos ciudadanos de identidades hasta la fecha subordinadas, tales como mujeres, personas LGBTIQ+, pueblos originarios, entre otras. Dentro de estos procesos, una nueva ola feminista fue ganando fuerza en el país, vinculada al movimiento latinoamericano de #Niunamenos, en el cual estudiantes universitarias paralizaron las universidades del país durante varios meses en el año 2018, denunciando los ineficientes mecanismos formales que tenían las instituciones para investigar y sancionar el acoso sexual y abuso de poder al interior de las instituciones:

Yo encuentro que el movimiento feminista fue como el que dio pie para este tipo de información hacia las mujeres y disidencias también. Yo creo que este movimiento feminista fue un gran impulso para todas las mujeres y disidencias en cuanto a su sexualidad, en cuanto a los tipos de violencia, en cuanto a derechos también, ha sido un gran propulsor. (Joven)

Una matrona entrevistada resume los procesos descritos como sigue:

Lo veo todo articulado porque lo veo en clave generacional. En 2006, yo tenía 12 años cuando fue la revolución pingüina. Fuimos una generación completa que, pasando a la educación secundaria fuimos parte de la revolución de 2011, y después de las demandas en educación superior. (...) Y después nos vimos dentro del sistema laboral, nos vimos pisoteadas y abusadas dentro del sistema laboral; vimos que seguíamos siendo explotadas, vulneradas, discriminadas, y esta es una conversación que hemos tenido con muchas personas de distintas realidades. Yo lo veo todo entramado, y el estallido social dio el pie para que tomara más fuerza el movimiento feminista, que ya venía muy fortalecido de las movilizaciones del 2018. (Personal de salud)

En este contexto de rearticulación de una serie de demandas sociales, cobraron voz aquellas por los derechos sexuales y reproductivos, por los derechos de las personas LGBTIQ+, y por la expresión más libre de los cuerpos a través, por ejemplo, del concepto de “las cuerpos”, abogando por un lenguaje inclusivo de género que permee el entramado social.

Estos procesos han otorgado herramientas críticas para que las personas jóvenes resignifiquen -con mayores recursos que antes de estos procesos- las nociones tradicionales en torno a las sexualidades. Si bien el estudio abarcó una gran diversidad de personas jóvenes viviendo en contextos muy diferentes, se identifican algunas dimensiones transversales que son relevantes para el análisis.

Con respecto a la noción de sexualidad, aparece repetidamente, y en especial en jóvenes de sectores socioeconómicos medios y urbanos, la idea fuerza de que es tanto una relación emocional como física, y que implica relacionarse tanto con otras personas como con el propio ser. La dimensión de placer es relevada en los discursos, junto a la importancia de que el placer sea mutuo en las relaciones con otras personas, y de que se respete el sentir de aquellas. Esto incluye elementos como el consentimiento, disfrute y respeto por las orientaciones y preferencias sexuales de los demás. Como ejemplo una persona joven entrevistada comenta: “Siento que en general lo relacionan mucho a un tema físico, y el tema sexual también son emociones, son pensamientos, son ideas, son... no sé, un montón de cosas”. (Joven)

La sexualidad la entiendo como un espectro amplio que abarca por ejemplo el sexo mismo, la identidad de género, la erótica, em(...) abarca varios aspectos de la vida ya sea como interactuando con otras o con uno mismo. (Joven)

Esto último, en estrecha relación con la importancia de la responsabilidad afectiva y del autocuidado, tanto en relaciones estables como casuales:

Yo considero que la responsabilidad afectiva con la otra persona, aunque no tengamos relaciones sexuales, es súper importante, entonces yo tuve la decencia de decirle “oye, esto no va para allá para donde tú crees que va, así que dejémoslo hasta aquí”. (Joven)

Siento que tienes que tener cierta madurez de responsabilidad afectiva para poder tener relaciones sanamente, o dejando los acuerdos y límites definidos desde el principio. (Joven)

Esta idea de responsabilidad afectiva aparece, en especial en los discursos de las mujeres jóvenes y de personas LGBTIQ+, estrechamente vinculada a la prevención de la violencia en las relaciones sexo-afectivas:

Al hablar desde responsabilidad sexual terminamos siempre hablando de las violencias que hemos vivido. Entonces te lleva, es como un conducto, así como que te acercas por alguna temática y te vas en la profunda y empiezas a sumar a más cabras, a compartir sus relatos, a escuchar otros tipos de relatos también. Y estas conversaciones nos abren como a una responsabilidad sexual, a mayor conocimiento, a una conciencia por decirlo de alguna forma, yo creo que eso puede ser la palabra adecuada, porque existe una conciencia como sexual de vinculación con las otras personas, como que estás más consciente de todas tus prácticas y te puedes cuidar mucho mejor. (Joven)

Esta última cita evidencia la relevancia de los espacios de encuentro y de compartir y hacerse cargo de las experiencias de violencia de forma colectiva, lo cual ocurre en instancias presenciales, así como en el espacio virtual de las redes sociales.

Las personas entrevistadas -tanto informantes clave, como personal de salud y personas jóvenes- coinciden en plantear que en nuestra sociedad ha habido un gradual y creciente reconocimiento de las diversidades sexo-genéricas y afectivas, en el contexto de los procesos sociales antes descritos. Si bien se siguen identificando discriminación y violencia hacia las personas LGBTIQ+ en diversos ámbitos sociales, la percepción generalizada es que es un tema que se ha “abierto” en los últimos años y que ha permitido que más personas sientan que pueden expresarse libremente, o al menos más libremente que antes. Entre las personas LGBTIQ+ entrevistadas, dentro de un abanico de identidades sexo-afectivas, hay quienes declaran sentirse incómodas con etiquetas fijas, y prefieren ubicarse en espacios identitarios fluidos. Esto se dio en especial en las personas más jóvenes entrevistadas dentro de la muestra: “No me gustan mucho las etiquetas, prefiero como esta fluidez de... de cómo se llama, de género, de orientación, de que me gusten las personas por lo que son en su esencia”. (Joven)

Las personas jóvenes entrevistadas consideran que las temáticas recién mencionadas -sexualidad entendida en un sentido integral, placer, auto cuidado, responsabilidad afectiva, diversidades sexo-genéricas- no son abordadas (o lo son muy excepcionalmente) en las consultas en el sector formal de salud. Perciben una gran distancia entre sus propias representaciones de sexualidad, con aquellas del sector salud, y en la mayoría de los casos sienten que no son escuchadas o comprendidas en sus concepciones, prácticas e identidades relativas a la sexualidad. Y si bien acuden al sector salud, en muchos casos describen experiencias que no satisfacen todas sus necesidades, o en las cuales se sienten juzgados/as o discriminados/as.

Es importante mencionar que los procesos recién mencionados se identifican con mayor fuerza en los contextos urbanos que rurales. Y, si bien en los sectores rurales las personas jóvenes describen haber crecido en ambientes mucho más tradicionales y conservadores respecto a la sexualidad, han tenido también acceso a información a través de Internet y en especial de redes sociales que les permite distanciarse de aquellas y construir nuevas representaciones en esta materia. Las personas jóvenes entrevistadas que han migrado entre lo rural y urbano, o que se trasladan con frecuencia por motivos de estudios y/o trabajo a sectores urbanos, describen cómo en las zonas menos urbanizadas se da un inicio sexual algo más tardío, y se generan menos conversaciones y un menor acceso a información en materia de sexualidad en

comparación a las urbes. Perciben que en las ciudades existiría un acceso más fácil y fluido a los encuentros sexuales, y a información en materia de sexualidad a través de pares. En los sectores rurales prima un acercamiento más tradicional y conservador a la sexualidad, asociado a una temática tabú, sin embargo, entre jóvenes de ambas zonas -rurales y urbanas- existirían menos diferencias que al comparar a las personas jóvenes con generaciones anteriores como la de sus padres:

Hay distintas cosas como que se reflejan cuando tú venís del campo y otra gente que viene de la ciudad, como el tema sexual... porque por ejemplo de mi curso, mis amigas eran de campo-campo, sectores aislados, y me di cuenta que la mayoría de nosotras teníamos padres como bien a la antigua. Y en la universidad como(...), veo que en Santiago está como todo como super conectado, más fácil, podís hacer como más cosas, y como que yo me encontré totalmente un mundo donde no sé... las chiquillas como que salían solas y todas esas cosas entonces y cambia mucho esto de la sexualidad. (Joven)

Diría que la gran diferencia en términos de experiencia, como igual la gente con quien me relacionaba que era de... que vendría siendo de la provincia, en este caso... había o tenían mucha como menos práctica sexual, o un trajín sexual mucho menor que el que reconocía en la gente de Santiago. Claro, como que la entrada al sexo era diferida, era como la gran diferencia... tenían una entrada al sexo que era distinta, en términos de, no solamente como practicarla, sino como conversarla, como saber que existe. (Joven)

Las personas jóvenes LGBTIQ+ que crecieron en contextos rurales, describen muchos tabúes sociales respecto a las diversidades sexo-genéricas, y que en muchos casos tuvieron que ocultar sus identidades y prácticas de las generaciones mayores por temor al rechazo que pudieran generar. Las matronas entrevistadas que se desempeñan en sectores semi-rurales o rurales describen que, si bien ha habido una creciente apertura a las diversidades y disidencias entre adolescentes y jóvenes, lo más difícil ha resultado ser el trabajo con los apoderados:

Para los padres en la mayoría de los casos es difícil de comprender, es difícil acá trabajar todavía con ese tema, y ha empezado a haber cierta aceptación, pero llega hasta lo trans. Que sean transgénero, que hemos tenido casos, eso sí todavía es muy difícil para ellos de comprender, como que para ellos de verdad todavía es algo muy complejo, o más complejo que en lo urbano, yo creo que en eso hay una diferencia importante acá. Que todavía acá es algo muy mal visto. Me ha tocado que las mamás me han dicho que prefieren que su hija sea lesbiana pero no que se haga hombre. Y acá igual hay harta población bien religiosa, como muy católica o muy evangélica, y ahí se hacen problemas graves. (Personal de salud)

Prácticas sexuales y contextos de riesgo

Dentro de la gran diversidad de prácticas sexuales en las que las personas jóvenes participan, hay algunas que resultan de especial relevancia para este estudio, pues pueden constituir contextos de riesgo de infección de ITS y de VIH.

Uno de estos temas es el uso de aplicaciones telefónicas de citas donde los/as jóvenes gestionan encuentros sexuales. Allí se ofrecen todo tipo de prácticas sexuales, entre las cuales se encuentran sexo en grupo, sin preservativo, sexo con uso de drogas entre otras. Se mencionan diversas aplicaciones de citas, algunas específicas para personas de ciertas identidades sexo-genéricas, y plataformas como Only Fans o Twitter, utilizadas por grupos de jóvenes para promocionarse como trabajadores sexuales. Un informante clave lo describe como sigue:

Algunas plataformas concentran un grupo mas particular y promueven ciertas prácticas, hay plataformas donde es fácil acceder a sexo en grupo, a sexo sin preservativo, sexo con uso de drogas. Están ahí porque los chicos los van ofreciendo en sus perfiles, o sea esa es la discusión que se maneja entre ellos, y es problemático porque se van normalizando esos tipos de prácticas. Por ejemplo, para muchos chicos homosexuales ese es su primer contacto con la cultura homosexual, y se constituye en lo que piensan que es normal, porque se da en espacio comunitario que se genera dentro de la red... y eso implica que piensan que la cultura [homosexual] es lo que ven ahí, y muchas veces lo que ven son espacios que son de un riesgo extremo. (Informante clave)

Ha sido todo un mundo porque además como que, bueno las personas que están en Only Fans se consideran trabajadores sexuales virtuales, que es como el nuevo concepto que surgió, y bueno también hacen esto como de vender a través de WhatsApp por ejemplo, o como Twitter que se transformó en una especie de promoción porque no censura. Por ejemplo, Instagram censura los desnudos y cosas así, pero Twitter no, entonces la mayoría de los trabajadores sexuales virtuales que están en Only Fans se promocionan a través de Twitter. (Informante clave)

Otra práctica identificada es la participación en fiestas sexuales que duran días, donde las drogas y el alcohol se encuentran a libre disposición y en algunas no se permite el uso de preservativos. Uno de los entrevistados clave indica que los hombres que no se encuentran viviendo con VIH, pueden ser de cierta manera discriminados por quienes son VIH positivo, quienes los pueden inducir a conductas de riesgo:

Ponte tú, solo para darles más información, hay cuatro amigos y uno solamente no tiene VIH, y al final el discriminado pasa a ser él, porque en el fondo es como promediar pa' bajo, "Ya po', si te va a tocar igual, si en el fondo todos vamos a tener [VIH]", y también de los contenidos mismos de la re-significación es que les dicen como el chiste, como que le dicen jajaja, andai chistoso. Conozco un grupo de WhatsApp que se llama El gran Chiste, y en el fondo lo que une a esas personas, o sea el VIH ahora se transforma como en un elemento que produce subjetividades, y en el grupo todos comparten que tienen VIH. Son códigos morales y entonces es difícil entrar a cuestionar ahí... pero se sabe que hay grupos que organizan estas fiestas con mucha droga, son niveles muy intensos y de estos temas no se escucha hablar en el discursito público, en la prevención de VIH, cero, cero. Y esto ocurre mucho más de lo que uno pensaría. (Informante clave)

Otro tema de gran relevancia para este estudio refiere a las prácticas sexuales entre hombres que tienen sexo con hombres pero que no se identifican como homosexuales. Entre estos, habría mayores conductas de riesgo que entre quienes sí se identifican como homosexuales, ya que no consideran que los mensajes de prevención o detección del VIH estén dirigidos a ellos:

Hay un punto muy importante que está muy invisibilizado: hay muchos hombres que tienen sexo con hombres y no se reconocen como gay, se definen como heterosexuales, buscan explorar su sexualidad, pero no están dispuestos a salir de esa identidad, entonces tienen relaciones ocasionales con otros hombres y se identifican como heterosexuales. Ellos no se sienten parte de un grupo de riesgo porque no se definen como tal, entonces ahí hay mucho riesgo de contagio. Esto es fundamental pues en nuestro país, la gran mayoría de las personas que viven con VIH/Sida son hombres, y hombres jóvenes, entonces ese es un problema específico. (Personal de salud)

Por lo mismo, los/as informantes clave entrevistados/as sostienen que las campañas deben centrarse en las conductas de riesgo más que en los denominados "grupos de riesgo":

Vuelvo de nuevo al problema de la política de las identidades, incluso la orientación de la política de intervención en VIH, que implica que los homosexuales tienen implícita la ejecución de identificación como homosexuales, y ese ejercicio no es gratuito y no les llega a todos. Ese es el problema de la estilización de la homosexualidad y de la identificación, de la personificación, de decir, tú por tener prácticas homosexuales, que por un lado son las que llevan al contagio, a la adquisición del VIH, lleva por otro lado la identificación con la homosexualidad. Pero ese ejercicio no llega a toda la población, o sea, ni las capas más privilegiadas se quieren identificar como homosexuales, porque están tapados, porque les baja el prestigio; ni las capas más bajas se identifican porque finalmente esas personas no se pueden reconocer, o sea no les llega la cultura homosexual. No lo ven tanto en los medios, los homosexuales que se ven en los medios no se pueden identificar con ellos, entonces ellos simplemente no llegan a los llamados, ni a las intervenciones, ni a los movimientos, ni a las encuestas online, ni a nada, porque no se sienten interpelados como parte de ese público, entonces ese es el problema de, que el problema del VIH no es un problema solamente de los homosexuales si no que es, algo más de prácticas que de identidades. (Informante clave)

Por otra parte, también se reporta la invisibilización de los riesgos en mujeres que tiene sexo con mujeres, quienes viven en una suerte de orfandad en relación al cuidado de su salud sexual:

También se da que hay infecciones de transmisión sexual y contagios de VIH/SIDA en mujeres que tienen sexo con otras mujeres, o mujeres lesbianas, o mujeres bisexuales(...) y tiene que estar, tiene que ser... tiene que permear la sociedad. Como que el tema tabú yo creo que ya no corre en este momento de nuestra sociedad, como que ya no podemos seguir pensando que qué van a decir, ya no, lo que nos tiene que interesar es la salud de las personas. (Personal de salud)

Por último, dentro de las diversidades sexuales, la población trans femenina es identificada como la más vulnerada, en opinión de las personas entrevistadas, dada la discriminación, maltrato y violencia que viven:

Las mujeres trans son históricamente en el mundo las que tienen más mala protección y prevención y acceso a prevención básicamente, además las mujeres trans tienen una sobrevivencia muy breve porque tienen muertes violentas. Es como el grupo que yo diría lejos más discriminado y más mal tratado, ese es un grupo que en Chile se ha estudiado poco, pero sabemos que son de los grupos más discriminados. (Informante clave)

Representaciones de VIH/Sida en población joven

Sobre las representaciones del VIH, entre las personas jóvenes prima una definición y descripción biomédica, otorgando una caracterización del VIH como un virus y especificando sus vías de transmisión, enfatizando en la transmisión sexual. Ligada a esta definición, en algunos casos se habla de lo que se puede catalogar como “enfermedad crónica”, y que al adherir al tratamiento se puede vivir una vida prolongada completamente normal. En este sentido, los/as informantes clave y personal de salud entrevistados sostienen que los significados en torno al VIH han sufrido drásticas transformaciones en las últimas décadas. De una enfermedad temida y mortal, se ha pasado a la idea del VIH como una enfermedad para la cual hay un tratamiento que les permite seguir con sus vidas en forma normal, lo que influye en que no le den tanta importancia a la prevención, ni al diagnóstico, dado que pueden acceder al tratamiento en cualquier momento. Por otra parte, informantes clave entrevistados/as narran que algunos/as jóvenes piensan que el tratamiento los cura, ya que existe la creencia que si tienen niveles del virus en sangre indetectable significa estar curado: “No le tienen ningún respeto, ni le toman el peso a prevenir el VIH, porque saben que si lo adquieren, van a acceder a tratamiento y que con una tableta al día” (informante clave).

Lo que puede estar afectando también esto de que el VIH, sigue transmitiéndose la creencia de que: “hay medicamentos, hay remedios, yo me puedo sanar”. Muchos adolescentes y jóvenes creen que se sanan, muchos creen que al tomar sus retrovirales se sanan, entonces hago mucho hincapié en esto de que es transmisible, que indetectable es transmisible, pero es una condición crónica que va a tener toda la vida y obviamente entregando el mensaje esperanzador de que el chico o la chica que vive con VIH puede hacer su vida normal siempre y cuando adhiera a su terapia. Pero la idea es no estar tomando medicamentos y cuidarnos antes, entonces también creo que nos ha afectado esta pérdida de temor al VIH. (Informante clave)

Del cabro expuesto al VIH, veo un desconocimiento y también una sensación de hoy día que el VIH es una enfermedad más, “me tomo una pastilla” y les da como lo mismo, es como que si me enfermo qué tanto... esa es mi apreciación de los cabros jóvenes. (Informante clave)

Si bien estas ideas se identificaron en las entrevistas de algunas personas jóvenes, no todas plantean que sea “una enfermedad más”. Hay variadas posiciones con respecto a la gravedad del VIH, y si bien ya no se asocia a muerte, sí tiene la connotación de tratarse de una condición que requiere un tratamiento constante y que puede ser grave en caso de no tratarse. Se identifican diferencias en los discursos vinculadas a la cercanía con personas que efectivamente viven la enfermedad. La visión de que se puede llevar una vida completamente normal predomina en quienes no conocen personas cercanas viviendo con VIH, mientras que esa idea se ve matizada en quienes tienen cercanos/as que viven con la enfermedad, y más aún en quienes viven con VIH. Estos últimos sostienen que, si bien se puede llevar una vida “normal”, existen problemas derivados del tratamiento y su dependencia, las cuales no son detectadas por el resto de los entrevistados/as.

Un tema recurrente al consultar por el VIH refiere al estigma que experimentan las personas que viven con VIH. Se enfatiza que persisten muchos mitos sobre el VIH y un prejuicio social a sus conductas y características por el hecho de haber adquirido la enfermedad, ligados principalmente a asociarse a promiscuidad sexual y a personas homosexuales, particularmente hombres. Sobre esto señalan que el estigma predomina sobre todo en generaciones previas, y que en la juventud actual aún existe, pero en menor medida.

Vinculado a este tema, las personas entrevistadas señalan que las campañas de prevención emanadas desde el Estado aportan a la reproducción del estigma ya que se sigue asociando VIH a muerte y mala calidad de vida. Desde los discursos se desprende que el estigma del VIH que pesa sobre la población LGBTIQA+, y en particular en hombres homosexuales, implica que en estos grupos haya un mayor conocimiento de la enfermedad, formas de prevenirla, y que en general sea un tema más presente en la cotidianidad, versus la población cis-hetero para quienes el VIH es un tema más alejado de sus cotidianidades. En este punto señalan que perciben que en los círculos de población heterosexual existiría una menor conciencia de la enfermedad.

Si bien todos/as las personas jóvenes entrevistadas tienen cierta noción sobre el VIH y los cuidados que requiere en forma general, no en todas se identifica una relevancia de la enfermedad en su cotidianidad sexual en términos de conductas de cuidado y testeos. Esta idea de que no los interpela se puede asociar en mayor medida a entrevistados hombres, y mujeres heterosexuales, siendo los primeros los que notoriamente se han testeado menos de forma voluntaria para el VIH, o incluso no lo han hecho nunca. Esto se reporta también en relación a las juventudes rurales en general y a mapuche en particular (en lo que se profundizará más adelante).

Juventudes migrantes y sexualidades

La población joven migrante internacional constituye un grupo que presenta ciertas particularidades que los/as hacen estar en una posición de mayor vulnerabilidad en materia de salud sexual. Con respecto a las distintas razones para migrar que reportaron las personas entrevistadas en la región de Tarapacá, se menciona que para la comunidad LGBTIQA+, Chile aparece como una de las primeras opciones dentro de América Latina dado que es considerado uno de los países más progresistas de la región en materia de derechos sexuales y de diversidad de género. Por ello, el país se ha convertido en un referente para las comunidades LGBTIQA+, quienes migran con la expectativa de poder desplegar sus identidades sexo-genéricas con mayor libertad que en sus países de origen y así materializar los proyectos de vida que no han podido realizar. Un joven LGBTIQA+ entrevistado expresa esta idea claramente:

En Chile estoy más tranquilo, no tengo que esconderme ni mentir. Aquí es aceptable que dos hombres vayan por la calle tomados de la mano, mientras que allí [Ecuador], no podemos ni sentarnos en los parques porque de inmediato nos empezarían a tirar piedras, a discriminarnos, a insultarnos, a atacarnos. Aquí sí se ve eso, pero no tanto, mucho menos que en Ecuador. (Joven migrante)

Los/as informantes clave entrevistados/as coinciden con esta idea: “Existe esta idea en la comunidad LGBT de que Chile es un paraíso de derechos” (informante clave).

Chile es uno de los países de la región que, junto con Argentina, ha avanzado en el establecimiento de derechos para las disidencias sexuales. En cuanto a temas trans, además, la comunidad trans en Chile es una comunidad muy organizada, que incluso ha aumentado el liderazgo político hoy en día, por lo que hay una referencia a venir a Chile, como “puedo estar seguro en Chile”. (Informante clave)

Los/as informantes clave también expresan que la represión y violencia que viven comunidades sexualmente diversas en algunos países de América Latina los motiva a migrar, reportando situaciones de sexilio, en especial en personas trans. Según personas entrevistadas, en países como Venezuela, caracterizados por una cultura fuertemente patriarcal y sexista, muchas personas transgénero han experimentado graves episodios de violencia y/o el asesinato de alguien de su comunidad debido a su identidad de género. Y en este contexto, Chile se ubica como país de referencia: por una parte, pues la visibilidad y participación social de la comunidad trans chilena es mayor que en el resto de la región; y por otra, pues sus principales necesidades en salud se relacionan con el acceso a terapia hormonal y cirugías, y Chile es percibido como un territorio en el que pueden acceder a estos tratamientos sin mayores barreras. Una activista transgénero entrevistada explica:

Cuando comencé a buscar un país, y también estoy hablando de otros amigos trans, las preguntas eran: “¿Dónde puedo tomar hormonas, dónde puedo operarme, dónde puedo cambiar mi nombre?” Y Chile tenía normas sanitarias y hospitales públicos que lo estaban haciendo, y yo pensaba: “yo quiero ir para allá, quiero poder vivir, quiero poder respirar”. Eso es lo que significa el derecho a migrar, la sensación intrínseca de migrar, de sentir por fin que uno puede alcanzar su vida fuera de su frontera” (Informante clave)

También señalan que el acceso a tratamientos de salud gratuitos para el VIH como una razón clave para que las personas jóvenes seropositivas migren a Chile, dado que el país tiene una política de terapia antirretroviral gratuita: “La población migrante seropositiva de la región viene a Chile porque aquí puede acceder a sus medicamentos” (informante clave).

En Chile hay mayor acceso, se garantiza el tratamiento para todas las personas, aunque sean turistas, quien esté en Chile puede tener acceso al tratamiento del VIH. Otros países no tienen esa posibilidad porque no tienen sostenibilidad financiera para comprar los medicamentos. Y eso nos hace atractivos en términos de un país al que venir si necesita estar en tratamiento. Los informes epidemiológicos de los últimos años marcan con fuerza la tendencia de que muchas personas de otros países de la región estén llegando a buscar medicamentos. Algunos van y vienen, pero muchos se quedan. (Informante clave)

Algunas de las personas jóvenes migrantes que participaron en el estudio llegaron a Chile hace años, directamente desde sus países de origen, mientras que otros han ingresado en los últimos años o meses. Muchos de estos últimos han estado viajando a pie cruzando varios

países sudamericanos como Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. Durante el proceso migratorio, es habitual que se instalen por tiempos variables en los países por los que transitan, donde realizan trabajos esporádicos para recaudar dinero y así poder continuar su viaje. Todas las historias muestran la dureza del proceso migratorio y la exposición a diversos riesgos y situaciones de violencia en materia sexual.

Ejercer el comercio sexual es una de las estrategias que despliegan -en especial mujeres jóvenes y personas trans-, durante el proceso migratorio para poder sobrevivir, exponiéndose a diversos riesgos, entre ellos la infección de VIH. Así lo describe una joven venezolana: “[En Colombia] Allí tuve que trabajar como prostituta. Tuve que trabajar en un burdel. Estuve como un mes trabajando ahí, fue muy duro” (joven migrante). Por otra parte, las experiencias de violencia sexual ocurren principalmente durante los cruces fronterizos, donde, en muchas ocasiones, el transporte debe pagarse mediante favores sexuales, ya sea a los camioneros que los/as transportan, o a las bandas que les permiten ingresar irregularmente a países de la región. Estas situaciones de riesgo afectan tanto a mujeres como a hombres y personas de las disidencias sexo-genéricas:

La verdad yo lo viví [cambiando sexo por transporte y comida]. En ese momento en que mi hermana enfermó gravemente, lo viví con el hombre que nos llevó de Lima a Tacna. Nunca dejó de cuidar a mi hermana, siempre nos daba comida... La necesidad obliga. (Joven migrante)

Eso lo he escuchado muchas veces, abuso sexual. Por ejemplo, los camioneros son depredadores(...) “Te llevaré, siempre y cuando(...)”. Eso, por supuesto, tanto para hombres como para mujeres. O, por ejemplo, a mi mujer también le pasaba, se subía delante y se dormía, cansada del camino, y le tocaban los pechos, las partes íntimas. Ese tipo de cosas. Ahí es donde comienza. Y en los hombres también ofrecen dinero, cosas así. (Joven migrante)

Según los/as informantes clave entrevistados/as, si bien todas las personas migrantes son potenciales víctimas de agresión sexual, las mujeres jóvenes y la población LGBTIQ+, corren mayor riesgo: “[Durante el proceso migratorio] La población trans, la población gay, la población lesbiana, están mucho más expuestas, son vulnerables a las redes de trata de personas” (informante clave).

La violencia muchas veces está relacionada con estrategias de supervivencia. Especialmente en el viaje, que puede ser bastante largo; semanas, meses o incluso años. Muchas mujeres han tenido que involucrarse en sexo comercial para poder alimentarse. Y claro, si tienes mala suerte existe la posibilidad de ser atacado, violado. No solo mujeres, sino también el caso de un chico gay que me contó sobre una violación en grupo que vivió en el viaje. (Informante clave)

Cuando la comunidad trans hace el viaje y se trata de mujeres trans que ya iniciaron su proceso de transición, prefieren hacer el trayecto vestidas de hombres, porque es menos probable que sean violadas o manoseadas en autobuses y otros medios de transporte. (Informante clave)

Una vez en Chile, el proceso de asentamiento está muchas veces marcado por experiencias de estigma y discriminación, que se manifiesta de diversas formas. Existe un sentimiento generalizado de que compiten con la población local por el uso de los servicios públicos, por lo que se sienten maltratados en varios aspectos de su vida cotidiana. Esto se refleja en testimonios vinculados a experiencias de discriminación por el color de la piel, como lo ejemplifica la siguiente cita: “He tenido encuentros con personas discriminatorias, xenófobas... me llamaban mono” (migrante). Cabe destacar que los flujos migratorios más recientes que han ingresado al país, provenientes de países como Venezuela, Colombia, Ecuador y Haití, han sido objeto de nuevas formas de discriminación, vinculadas a la racialización de los cuerpos negros por parte de personas locales principalmente:

Cuando llegué aquí, porque no había tantos extranjeros tan morenos como yo... Fui muy discriminada en la escuela, tuve que defenderme peleando porque era la única manera. Con el tiempo uno empieza a asimilarlo, a aceptarlo, entonces ya no es tan pesado. (Joven Migrante)

En esta misma línea, jóvenes migrantes afrodescendientes describen que constantemente se les pide que realicen comercio sexual cuando se encuentran en espacios públicos. Es decir, hay una asociación entre cuerpos negros y trabajo sexual, lo cual tiene un fuerte impacto en las poblaciones migrantes del Caribe: “Voy caminando y pasan carros, son los hombres los que me ofrecen dinero. Digo “no” y se van. Eso pasa mucho aquí (joven migrante); Aquí [en Chile] siempre escucho a la gente decir que las colombianas lo hacen mejor [el sexo], que lo mueven mejor (joven migrante).

En relación al vínculo que mantienen con el sector salud, este es, de acuerdo a lo reportado en el estudio, escaso. El sistema de salud es visto como un aparato del Estado y, por ende, esta el miedo de acercarse a él por temor a posibles deportaciones, en especial en aquellas juventudes migrantes que están en situación irregular. Quienes acceden al sistema de salud describen en muchas ocasiones buen trato y acogida, pero también se reportan situaciones de malos tratos, discriminación y xenofobia. Por lo mismo, los/as mismos/as jóvenes entrevistados sostiene que depende de quien los atiende, que es un golpe de suerte si se recibe un buen o mal trato, dejando entrever la falta de una política transversal en la materia.

Juventudes mapuche y sexualidades

En relación a las juventudes mapuche, el trabajo de campo realizado permitió identificar diversos perfiles de jóvenes mapuche, los cuales presentan particularidades propias en relación a la construcción de sus identidades como al vínculo que mantienen con los ámbitos de la sexualidad. Este hallazgo rompe de cierta manera con un patrón que las personas entrevistadas reportan en relación a la manera en que las personas mapuche suelen ser conceptualizadas dentro de la sociedad chilena. De acuerdo a los relatos, se sostiene que dicho patrón reproduce una imagen estereotipada y esencializadora de esta población en general, y de las juventudes mapuche en particular.

De acuerdo a las personas jóvenes mapuche entrevistadas, las identidades juveniles mapuche varían ampliamente dependiendo del contexto en el que se desenvuelven, sea este rural o urbano, el acceso que tengan a educación superior, acceso a tecnología, entre otros ámbitos. Aun así, se reconoce que las juventudes mapuche de la región de La Araucanía se caracterizan por el tránsito permanente entre las zonas rurales, donde se encuentran las comunidades mapuche tradicionales, y las zonas urbanas -pueblos pequeños y ciudades-, estos últimos espacios que se simbolizan como contextos que permiten y facilitan el acceso a la cultura occidental.

Dentro de las personas jóvenes mapuche entrevistadas hay quienes se identifican como pertenecientes exclusivamente a las comunidades mapuche rurales y, por otra parte, quienes se sienten parte de las culturas urbanas. En ambos casos se identifican en los y las jóvenes dinámicas de asimilación y de resistencia cultural; así como participación de la cultura dominante mediante el uso de tecnologías y redes sociales, acceso a estudios superiores, y experiencias de vida en internados y hogares de educación superior para estudiantes mapuche ubicados principalmente en la ciudad de Temuco y en la comuna de Padre La Casas.

Entre las juventudes que se sienten pertenecientes a las comunidades rurales de La Araucanía, fue posible constatar la presencia de aquellos/as con una fuerte vinculación e identificación con su pertenencia étnica, y otros/as que, si bien viven en espacios rurales, no sienten dicha identificación. Por otra parte, jóvenes urbanos que viven alejados de la vida comunitaria, y que no mantienen mayor vínculo con su identidad étnica; y jóvenes urbanos que viven, en las ciudades, un proceso de revitalización de su identidad mapuche. Si bien cada uno de estos perfiles corresponde a identidades móviles, capaces de transitar entre estas diversas pertenencias, resulta interesante presentarlas a cada una como perfiles de juventudes ya que cada uno de ellos, con sus características específicas, se vincula con maneras particulares de vivir la sexualidad, la relación que mantienen con los servicios de salud, y la percepción que tienen sobre prevención y detección de las ITS, incluido VIH.

De las personas jóvenes entrevistadas fue posible identificar a quienes habitan las comunidades rurales y que se describen a sí mismos/as como protagonistas de procesos de revitalización cultural y recuperación territorial, con discursos marcados por ideas de libertad, resistencia y autonomía para el territorio mapuche. Entre ellos/as se encuentran jóvenes que han sido testigos directos del ejercicio de violencia por parte de agentes del Estado en sus comunidades y relacionan dichas experiencias con el clima actual de violencia en la región. En relación a la sexualidad, los relatos en este perfil de jóvenes están marcados por el reconocimiento de la necesidad de conversar al interior de las familias, sus comunidades y entre pares respecto a este tema, y sobre cuidados del cuerpo en general, pero desde una perspectiva que integre la espiritualidad mapuche, dando cuenta de la importancia de construir lealtad con el *itrofilmogen* o *itxofill mognen* (biodiversidad del entorno en el que se sitúa la persona), entre otros valores y concepciones mapuche. Desde estas voces, la comunidad es reivindicada como emblema de lucha, y es entendida como portadora de saberes y punto de partida para la recuperación de la salud mapuche. Sobre este tema, una asesora cultural mapuche de un Centro de Atención Primaria rural sostiene lo siguiente:

Yo veo ahora a la población mapuche rural, la veo empoderada. No veo esa gente mapuche antigua que era tímida y que prefería no preguntar para no pasar vergüenza. Encuentro que la juventud está bien empoderada, siento que la juventud está en un despertar, en desarrollarse educacionalmente y también en el aspecto personal. Es más, veo a la gente joven motivada por el tema medioambiental, el tema del mapuzungún, el tema de despertar a nuestra gente". (Personal de salud)

Junto con lo anterior, se reconoce un perfil de jóvenes que también vive en los sectores rurales, que se saben de origen mapuche, pero se perciben desvinculados de la cultura mapuche. Esta falta de adhesión a los patrones culturales del mundo mapuche pasa, en ocasiones, por la importante influencia que tienen las iglesias evangélicas en algunos territorios indígenas, lo que genera muchas veces un distanciamiento con las dimensiones rituales, médicas y religiosas de la cultura mapuche, así como con el uso de mapuzungún (idioma mapuche) y las vestimentas tradicionales. Los/as trabajadores del sector salud entrevistados sostienen que en su trayectoria profesional de atención de salud a población mapuche en sectores rurales, se han podido percatar de que muchos de estos/as jóvenes se avergüenzan de su pertenencia étnica, y en algunos casos la niegan:

Hay muchos adolescentes que hoy día, a pesar de que estamos en este siglo, todavía les genera vergüenza poder decir que es del pueblo mapuche. (Personal de salud)

El adolescente de este sector es un poco esquivo al tema de etnias. Uno le pregunta a un chico o chica de apellidos indígenas si se considera del pueblo mapuche, que es una pregunta que se está haciendo en todos los hospitales ahora, y la gran mayoría dice que no se siente identificado. Y eso nos habla de que ha perdido un poco la cercanía o la identidad con el pueblo mapuche. (Personal de salud)

Por otra parte, en el estudio fue posible identificar a aquellos/as jóvenes urbanos que viven alejados de la vida comunitaria, sin mayor vínculo con su identidad étnica, con excepción del apellido y algunos elementos introducidos por cursos de mapuzugún que recibieron como parte del currículum intercultural que se promueve en las escuelas de la región. Por último, se identificó un perfil representado por jóvenes mapuche urbanos que se encuentran en un proceso de recuperación y revalorización de la cultura mapuche, o viven una continuidad de su identidad en tanto tradición heredada por sus padres/madres y abuelos. Una característica de este perfil es que realizan relecturas respecto a su identidad mapuche, las que surgen a partir de sus experiencias de vida en la ciudad. A este perfil corresponden, por ejemplo, mujeres jóvenes mapuche que reivindican su identidad étnica desde sus pertenencias feministas, las cuales muchas veces son críticas frente a lo que consideran la subordinación de las mujeres al interior de las comunidades. También, jóvenes mapuche de las diversidades sexuales, quienes enarbolan su pertenencia mapuche pero resignificándola desde su identidad sexo-genérica disidente. Junto con los anteriores, hombres jóvenes mapuche, que reformulan sus principios de masculinidad mapuche dada su interacción con los feminismos contemporáneos:

Con el tiempo y también en la U [universidad] me he acercado a mis raíces, he estudiado, he aprendido harto. (...) Con el movimiento indígena, con ese sí me siento muy identificada. Igual trato de seguir esos lineamientos como del feminismo, pero recién estoy partiendo y me falta harto. Pero sí como que me apego harto a eso. Y sí, también puede ser como esto de las diversidades sexuales. Yo creo que justamente esas tres, una empieza a cuestionar igual, que por qué le sirven primero la comida al tío, siempre decíamos eso en mi familia porque mi tío es el único hombre y todas lo sirven. (Joven mapuche)

Primero fue abrir los ojos, y cuando empezó el movimiento feminista en el 2018, ese fue para mí un momento importante porque empezaron a mostrarse cosas que siempre eran normales o estaban normalizadas. Ese año fue un antes y un después, porque yo antes ya era parte de la comunidad, pero era igual súper heteronormade, era un gay heteronormade de la zona, ahí comenzó a estallar en mí toda esta revolución, deconstrucción al respecto, ser gay, mapuche, disidente, todo junto. (Joven mapuche)

Cuando contactamos a los/as jóvenes mapuche participantes del estudio para conversar sobre temas de sexualidad, percibimos que la mayoría de ellos/as presenta una actitud de vigilancia respecto con quien conversar sobre estos ámbitos, sobre todo aquellos/as más tradicionales y de sectores rurales. Nos explican que en el territorio indígena existen dinámicas específicas para hablar de sexualidad, las que consisten en, por ejemplo, la creación de espacios separados entre mujeres y hombres para abordar estos temas:

Es un tema delicado porque usted no puede llegar al campo y hablar de sexualidad, porque es un tema tabú. A ver, yo como mapuche soy una persona muy escrupulosa, me avergüenzan muchas cosas aún. Si usted le habla de una matrona a una mujer llega a tiritar, da pánico lamgnen, no es llegar y sacarse la ropa y andar mostrando todas sus cuestiones como el winka que a lo mejor lo hace más fácil. Y en el campo tocar este tema es delicado, yo como mapuche, usted me pregunta, o le toca el tema a mi hijo, chuta, bueno si es hombre a lo mejor entre hombres conversan, y entre mujeres conversamos cosas de mujeres. (Joven mapuche)

De acuerdo a lo que indican los y las jóvenes entrevistados -y corrobora el personal de salud-, para hablar de temas de sexualidad en las comunidades mapuche se necesita de la aprobación de la comunidad, y que cualquier intervención en estos ámbitos debe realizarse desde el respeto y la comprensión de la cosmovisión mapuche sobre la sexualidad:

Para tocar este tema primero tengo que conocer el territorio, conocer la comunidad a donde voy a ir a hacer esa exposición (...) y no que llegue así de una forma confrontacional a tocar un tema que, para ellos, en vez de ser un aporte sea una falta de respeto (...). Por esto hay que tener cuidado con ese tema, es un tema delicado, personal, y que hay que tocarlo obviamente, pero no es llegar y hablar de la población mapuche así tan abiertamente y que se pueden tocar esos temas. (Joven mapuche)

Durante el trabajo de campo del estudio percibimos que, al comenzar las entrevistas y plantear las temáticas de sexualidad y VIH, la mayoría de los y las jóvenes mapuche pertenecientes a zonas rurales ponía ciertas resistencias para hablar de estos temas. A la vez, nos percatamos que comenzada la conversación, muchos/as de ellos y ellas manifestaron valorar la instancia ya que dicen que faltan espacios para conversar y conocer más sobre estos ámbitos en sus comunidades, colegios y al interior de sus familias: "Hay mucha desinformación y hay mucho prejuicio" (joven mapuche).

Yo creo que [la falta de información] pasa porque, no sé, en realidad la gente es como que ignora muchas cosas de eso, y a veces prefieren no contarle a los hijos por vergüenza, la mayoría de las veces. Porque mi mamá igual me contaba que a ella le daba vergüenza contarme también. Como yo tengo confianza con mi abuela por parte de mamá, ella igual decía que era difícil, porque ellos antes cuando les llegaba su periodo, nunca nadie le avisó que eso iba a suceder. (Joven mapuche)

A esta falta de espacios para conversar sobre sexualidad se suma la percepción, por parte de los diversos actores sociales entrevistados, de que no existen enfoques en las políticas, programas ni normativas que faciliten la incorporación del enfoque intercultural en la educación sexual del país, por lo que las pocas herramientas que reciben los y las jóvenes mapuche emanan de una visión occidental de estos ámbitos, los cuales no consideran las especificidades propias de la cosmovisión mapuche en temas de cuerpo y sexualidades.

Otra de las temáticas que emerge de las conversaciones son las transformaciones que están sucediendo en torno a las prácticas sexuales, así como las identidades sexo-genéricas en las juventudes mapuche, al igual que en el resto de las sociedades a nivel global y local. Sostienen que, en general, las juventudes mapuche actuales están más abiertas a la presencia de las diversidades sexo-genéricas, y a la exploración en el campo de las sexualidades, atribuyendo estas características principalmente a quienes habitan en los sectores urbanos, aun cuando en los sectores rurales también se identifican prácticas de exploración. De esta realidad poco se habla en la población general y menos aún en población mapuche, dejando en la invisibilidad y en riesgo a quienes se identifican con identidades de las diversidades sexo-genéricas o que tienen prácticas sexuales no heterosexuales:

Está esta visión del adolescente más abierto, pero eso no se vive tanto en los sectores rurales. Yo creo que tiene que ver un poco con la dificultad de acceso que existe. A pesar de que estamos tan cercanos, 5 a 10 kilómetros de algunos sectores rurales, en muchos todavía no cuentan con internet para poder tener acceso. No se conversan ciertos temas. (Personal de salud).

Yo, cuando llegué a [nombre de la localidad], me encontré con muchas ITS que jamás había visto ni siquiera acá en Temuco. Y eso, la verdad es que me llamó mucho la atención que fueran varias chicas y chicos, fue un grupito, que durante varios meses me fueron a pedir exámenes y evaluaciones porque estaban con síntomas de ITS. Y, en realidad, uniendo todos los clavitos que me iban dejando ellos, había situaciones en las que se juntaban todos y tenían relaciones sexuales: Pedrito con Juanita, Pedrito con María y después con otro chico, y se juntaban y tenían relaciones sexuales e iban a pedir preservativos porque tenían una junta de adolescentes. Jamás había visto eso, nunca. Y como te digo, las ITS que encontré en esos chicos fueron grandes, tremendas, más de una. Yo creo que aún el tema del preservativo sigue siendo un tabú, siento que lo toman como para la risa. (Personal de salud)

Pareciera que el tema de la diversidad sexual en comunidades mapuche está marcado por dos fuerzas en contraposición: una que sostiene la vigencia de un fuerte rechazo a las expresiones sexo-genéricas no binarias al interior de las comunidades indígenas, y otra que sostiene la existencia de identidades no-binarias aceptadas al interior de las comunidades, encarnadas en la figura del epupillán, concepto que representa lo masculino y lo femenino en una unidad,

dos almas o espíritu doble, cuyo origen se considera precolonial y que, en ocasiones, estaría representado por la figura del/a machi. En los resultados de nuestro estudio existen relatos que hacen referencia a ambas representaciones, siendo los y las jóvenes rurales quienes más reafirman la inexistencia de homosexualidad en sus comunidades, expresándose abiertamente contrarios a la misma y/o reconociendo la existencia de gestos de homofobia en contra de expresiones de género no heteronormadas, especialmente por parte de miembros adultos de la comunidad. Como explica una joven entrevistada:

Estoy en contra [de la homosexualidad] porque, al final, uno cuando es lesbiana, no sé... O sea, como que hay personas que tienen como familia y después descubren que les gusta el hombre o le gusta la mujer, siendo que ya tenían familia de antes, entonces es como... No, lo encuentro absurdo. [En mi comunidad] No hay nadie, no se ve eso. (Joven mapuche)

Otra joven entrevistada agrega que personas de las diversidades sexuales muchas veces se ven forzadas a irse de las comunidades ya que generan vergüenza en sus familias por la exposición que hacen de su sexualidad en redes sociales u otros espacios de sociabilidad, realizando una suerte de daño a sus familias:

A la gente más adulta le cuesta mirar de otra forma a los homosexuales. Quizás a él, porque ahora él salió del closet por decirlo así, mucha gente lo criticó a él por la forma de hacerlo, porque lo hizo por redes sociales. Por ese lado igual fue fome verlo así, de haberlo conocido de chico que era diferente y ahora como que tiene otro pensamiento de la homosexualidad, hace fotos de su cuerpo así, eso no me gustó (...). De mi parte yo nunca lo discriminé ni nada, pero para la gente adulta, es algo alejado de ellos. Su familia tenía vergüenza y él al final se fue. (...) Es que la homosexualidad no es aceptada, porque la mayoría de la gente mayor, adulta, los adultos mayores, es como que para ellos no puede ser así. Para ellos son hombres con mujeres y nadie más. (Joven mapuche)

Por su parte, el perfil de jóvenes mapuche urbano, quienes están en proceso de reapropiación de su cultura, al parecer han ido revitalizando el concepto de epupillán. En este marco, las nuevas identidades juveniles urbanas están retomando estos conceptos y reapropiándose de ellos a través de ensamblajes de reivindicaciones que cruzan la pertenencia étnica con las identidades sexo-genéricas emergentes:

La gente mapuche que conozco, la mayoría es disidente, pero es disidente en la ciudad. Porque llegan a la comunidad y hasta ahí llega la disidencia, porque pueden serlo más abiertamente en otros espacios, pero en la comunidad no es fácil. Igual en el mundo mapuche, los machis son una figura a la que se les permite travestirse. La mayoría de los machi hombres son homosexuales, son epupillanes, y eso no se habla mucho. Porque, claro, como fue tan evangelizado, como que se cayó eso. Es mucho más cerrado. Porque claro, la iglesia hace que sea algo para avergonzarse. (Joven mapuche)

De acuerdo al relato de una persona mapuche joven entrevistada que se autodefine queer, la situación de la población mapuche joven está marcada por múltiples discriminaciones en las que se sobreponen aspectos económicos, culturales y de género, a lo que se suma el que

los servicios sanitarios brindan, según su experiencia, atenciones heteronormadas en las que se asume la heterosexualidad de los usuarios y se sanciona la homosexualidad a través de comentarios humillantes:

El pueblo mapuche es el de más escasos recursos, estamos en la región más pobre. Acá hay mucha pobreza, entonces justo coincide que si no tienes plata, no puedes acceder al sistema de salud, y coincide que la gente con menos plata es el pueblo mapuche. Entonces es una relación complicada. Más la desinformación, son muchas cosas, muchas problemáticas cruzadas. (...) También los estigmas, porque viene una persona y dicen "tenías que ser gay, por eso te pegaste esto". Yo sé que a gente le pasa, o que los cuestionan, entonces es complicado, hay una deuda enorme ahí. (Joven mapuche)

Sobre las formas de adquisición de VIH entre la población mapuche, expertos y profesionales de salud sostienen que una de las vías de infección más reconocidas en esta población se da principalmente a través de hombres que se van a trabajar temporalmente al norte del país (en la cosecha de frutas y trabajos temporales afines), y en estos contextos mantienen relaciones sexuales hetero u homoeróticas sin protección, por lo que, al regresar a sus territorios, infectan a sus parejas:

El contagio acá está centrado básicamente en un contagio que hacen hombres a mujeres. No es en la homosexualidad lo más importante donde la gente se agrupa el VIH aquí en la región, sino que es por contagio del hombre que sale a trabajar y que tiene relaciones promiscuas. Vuelve a la comunidad y contagia a su señora. (Informante clave)

La percepción de expertos/as y profesionales de la salud en relación a las formas de infección del virus es compartida por algunos/as jóvenes: "Se dice que en los sectores rurales los adultos se van a trabajar al norte y vuelven con sus esposas y traen el Sida, entonces las mujeres rurales tienen Sida por eso, por las parejas, eso es lo que se habla" (Joven mapuche).

Esta dinámica de movimiento entre territorios es una práctica instalada hace décadas en la región. Cuando termina el año académico, jóvenes mapuche inician una migración temporal a la zona norte. Esta práctica socioeconómica de "ir a trabajar a la fruta" la realizan en periodo estival, desde diciembre hasta principios del mes marzo, donde trabajan cosechando fruta de temporada. Es una práctica masiva donde se separan para realizar las labores cotidianas y luego se vuelven a reunir muchas veces en los campamentos de temporeros, donde comparten en fiestas y otros espacios de esparcimiento.

Más allá de las formas específicas de infección de personas mapuche, en general resulta difícil conversar sobre VIH con los/as jóvenes contactados, especialmente aquellos de origen rural. En primera instancia se plantean renuentes a establecer conversaciones al respecto. Respuestas como "¿cómo podría yo decir algo de eso?", aluden al desconocimiento sobre el tema y el sentirse ajenos al mismo. Una vez superada la barrera inicial, es posible identificar en jóvenes mapuche entrevistados/as un interés por "conocer más sobre eso", respondiendo con preguntas al equipo de investigación sobre los factores de riesgo, la sobrevida, el tratamiento y la probabilidad de morir por el virus.

A diferencia de la realidad de jóvenes mapuche rurales, los/as jóvenes mapuche urbanos pertenecientes a las disidencias sexuales sostienen que ellos/as han podido acceder a educación sobre VIH, principalmente a través de su participación en colectivos y organizaciones LGBTIQ+, y por redes sociales:

Siempre mi entorno, independiente de mi ser mapuche, siempre fue muy queer o disidente, entonces no tuve problemas, aprendí, me cuidó, como que es todo muy amoroso en mi entorno con ese tema (...). Pero obviamente si hablo con gente más antigua, no, y ahí hay más problema. Eso es sumamente relativo según la comunidad y según de donde vengas. Porque hay comunidades, por ejemplo, que si una persona tiene VIH deja de ser mapuche porque es una enfermedad winka, entonces son como eliminados de su comunidad. (...). La salud sexual acá en La Araucanía, hay poca gente que sabe, pero el pueblo mapuche es donde más hay casos de Sida y es por el choque cultural de que no quieren recibir tratamiento occidental. Entonces la gente mapuche, aparte de que tienen muchos problemas para acceder a la salud, también hay casos en que se niegan a recibir la poca ayuda y llegan en estado de Sida a morir. (Joven mapuche)

En esta última cita se menciona que en algunas comunidades mapuche se mantiene la idea de que el VIH es una enfermedad winka, foránea, que no les pertenece. Esto hace que se genere una distancia aún mayor entre las juventudes mapuche rurales y el VIH.

De acuerdo a los relatos, pareciera que parte de las dificultades para hablar del tema y obtener información no pasan solo por las tensiones internas y ciertos tabúes que existen en las comunidades sobre sexualidad y VIH, sino también debido a la vergüenza y el miedo a ser estigmatizados por el hecho de requerir información -sobre sexualidad en general y VIH en particular, o por solicitar métodos de barrera, explicitando de esta forma que se tiene una vida sexual activa. Según nos indican facilitadores interculturales entrevistados, los/as jóvenes mapuche han asimilado prejuicios e internalizado discursos estigmatizadores de la sociedad dominante sobre los pueblos originarios, por lo que evitan realizar preguntas, sobre todo en atención primaria. Esto en un contexto donde, como se mencionó anteriormente, los programas de salud adolescente y joven que operan dentro del sistema de salud no han asumido una perspectiva intercultural ni dialogan con el PESPI, existente en el país hace años. En los perfiles de jóvenes rurales caracterizados anteriormente, se identifica más claramente la existencia de una sensación de vergüenza, distancia y desconocimiento en relación a la sexualidad. Esto pasa también por las lógicas de atención que imponen los servicios biomédicos, donde jóvenes denuncian haber sido obligados a presentarse con adultos o haber sido incluso reprendidos por iniciar su actividad sexual:

Antes de tener a mi hijo yo no tenía idea qué era una matrona, qué hacían ni que tuviera algo que ver con la sexualidad, nunca me había acercado al consultorio la verdad, solo fui con mi mamá cuando ya sabía que estaba embarazada, tenía como cuatro meses y para todo lo que fue el parto, ella tuvo que dar autorización para todo, yo no podía decir nada porque era menor. (Joven mapuche)

Es que da vergüenza igual, porque hay que entrar a consulta de la matrona con la mamá, te hacen preguntas ahí con ella al lado, fue horrible (...), entonces por eso no voy ni pregunto nada. (Joven mapuche)

Si bien la literatura informa barreras similares de acceso a salud sexual y reproductiva en población joven en general, se identifica que la “vergüenza” adquiere un significado particular en el mundo mapuche, donde los ámbitos de sexualidad se piensan como parte del mundo privado y, por ende, no se visualiza la posibilidad de compartirlas con extraños:

No sé, un caso así de ir a un centro a hacerme algún examen, he sentido vergüenza. A pesar de que te dicen que es confidencial y todo, existe la vergüenza (...). He ido y siento que todos tienen la misma vergüenza. (Joven mapuche)

Esta sensación es constatada también por equipos de salud, quienes sostienen que son principalmente las juventudes rurales las más expuestas a esta vergüenza, que sería generada por las relaciones con sus padres y otros adultos de la comunidad, entre quienes existirían preceptos de sexualidad e intimidad que están anclados al interior de las familias y que no deben ser compartidas con figuras externas como las que representa el personal biomédico: “De repente en el mundo mapuche cuando te ven de afuera que tú vas con delantal, eso ya te genera una distancia en el mundo rural” (personal de salud).

Lo que he notado es que quizá el adolescente mapuche rural tiene menos participación en el sector salud que uno que vive en sector urbano: que vaya por anticonceptivos, a control o consulta por enfermedad. Son más introvertidos, les cuesta expresar temas abiertos, o hablar de sexualidad lo entienden casi como que están teniendo sexo. Entonces es algo que siempre me llamó mucho la atención. Yo, en las postas rurales, sectores muy rurales, tenía muy poca asistencia de adolescentes (...). Yo siento que igual está influenciado por los papás y qué les van a decir en la casa. (Personal de salud)

Por último, con respecto a la relación entre personas jóvenes y el sector biomédico, los/as informantes clave entrevistados/as plantean que la exacerbación del conflicto Estado y pueblo mapuche ha tenido consecuencias negativas en la representación de las juventudes indígenas y las posibilidades de vincularse con el sector biomédico, lo cual genera nuevos desafíos para el sector salud, entre ellos, esfuerzos intersectoriales e intrasectoriales donde los diversos programas de atención de salud dialoguen con miras a la construcción de una salud sexual y reproductiva intercultural y respetuosa con los saberes y prácticas del pueblo mapuche (y otros pueblos originarios del territorio nacional) en relación a SSR en general y VIH en particular.

Recursos en salud sexual más allá del sector salud

Más allá de las pertenencias de las juventudes a pueblos originarios o del colectivo de migrantes internacionales, un hallazgo relevante del estudio, transversal para todos los grupos abordados, es la diversificación de recursos, referentes y canales que utilizan en la actualidad las juventudes para acceder información en salud sexual y reproductiva. De acuerdo a las personas jóvenes, equipos de salud y expertos/as entrevistados, esto se vincula con las carencias en educación sexual integral que existen en el país. Si bien estas carencias corresponden a un fenómeno histórico y político en Chile, se vieron exacerbadas en el contexto de la pandemia de Covid-19,

ya que las restricciones de movilidad impuestas por la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional implicó una baja en las prestaciones de salud sexual y reproductiva, y un corte de la presencialidad en las escuelas y centros de educación técnica y superior, todo lo cual agravó las falencias en materia de educación, información y prevención en sexualidad. A esto se suma el creciente descontento por parte de las juventudes en general ante las respuestas del sector salud a sus necesidades integrales en sexualidad. Todo esto llevó a la generación de diversos recursos y estrategias para la socialización e información en sexualidad por parte de las juventudes, todas ellas vinculadas al uso de diversas tecnologías, y al diseño de formatos y contenidos diferentes a aquellos que promueven los sectores formales de salud y educación.

Es importante resaltar el hecho que las estrategias de búsqueda de información por parte de jóvenes en esta materia ya venían distanciándose de aquellas ofertadas por los sectores formales desde antes de la pandemia, pero pareciera que el contexto de Covid-19 hizo que este proceso de acelerara. Así, las prácticas de jóvenes en relación a información, prevención y recursos en sexualidad se volcaron -con mayor fuerza que antes- en el territorio virtual.

En este marco, las personas jóvenes entrevistadas -tanto en contextos urbanos como rurales- reportan que, para ellos/as, internet y las redes sociales son los sitios prioritarios para compartir experiencias y acceder a información en materias de salud sexual. Esto cobra especial relevancia en personas LGBTIQ+, para quienes las redes sociales ocupan un lugar central para vincularse con pares y redes de apoyo dados sus contextos de vida, en los que habitualmente sostienen verse violentados y discriminados por sus identidades sexo-genéricas, incluido en esto percepciones en relación al trato recibido en el sistema de salud. Así lo expresa una joven matrona:

Las redes sociales han sido las grandes amigas del mundo de las disidencias sexuales, yo creo que todo este proceso de globalización y tecnologización ha permitido que las personas puedan identificarse y poder ir explorando (...), es la principal forma que tienen de acceder a información, a consejería, de activar redes, grupos que se conforman, y es donde las personas encuentran un refugio. (Personal de salud)

De acuerdo a las personas entrevistadas, en Internet realizan búsquedas de temas variados. También visitan páginas de influencers en diversas redes sociales en las materias de interés en sexualidad y salud sexual, sitios de instituciones de salud, de organizaciones de la sociedad civil, cuentas de profesionales de la salud en redes sociales, entre otros. El tipo de contenido que se busca es muy diverso y sobrepasa ampliamente las temáticas que las personas jóvenes habían visto tanto en la escuela como en consultas presenciales en el sector salud, o en conversaciones con miembros de sus familias y pares. Entre los contenidos que les interesa explorar en las redes sociales nombran anatomía sexual, masturbación y autoexploración, temas relacionados con el placer sexual, responsabilidad afectiva, guías y consejos relativos a prácticas sexuales o uso de juguetes sexuales, identidades sexo-genéricas, sexualidades disidentes, tránsitos y terapias de reemplazo hormonal, entre otros. Hay consenso entre las personas entrevistadas sobre que, si bien Internet y las redes sociales son un recurso de gran utilidad para las juventudes en materia de sexualidad, en ellas se encuentra información contradictoria en algunas materias, lo que les dificulta el formarse una idea completa y clara en relación a ciertas temáticas. En los relatos de jóvenes también se reporta que en estas búsquedas es usual llegar a contenido pornográfico, a través de los cuales, sostienen, se pueden transmitir imaginarios distorsionados de la sexualidad.

Las personas jóvenes entrevistadas mencionan que los recursos considerados de mejor calidad para acceder a información de salud sexual y reproductiva son los de asociaciones y

organizaciones de la sociedad civil (OSC) fundadas en años recientes (de 2015 en adelante) y lideradas por jóvenes, las que tienen propósitos y fines diversos. Estas “nuevas” organizaciones se distinguen, de acuerdo al relato de las entrevistas, de aquellas organizaciones históricas en materia de derechos sexuales y reproductivos, y de VIH, por cuanto presentan enfoques que integran aportes de la reciente ola feminista y a los colectivos de diversidades y disidencias sexo-genéricas y afectivas que han cobrado voz y presencia pública en los últimos años.

Como referentes, se mencionan una serie de organizaciones conformadas por jóvenes profesionales de la salud que entregan información a través de redes sociales. La mayoría de estos/as profesionales se desempeña en el sector formal de atención de salud y, de manera paralela, participan en colectivos y organizaciones cuyo propósito es promover un enfoque de educación sexual integral y de derechos, con el fin de suplir las carencias en materia de sexualidad que sus disciplinas reproducen tanto en la formación universitaria como en la atención de salud: “No nos entregaron una educación en sexualidad con enfoque de derechos, y por eso tuvimos que buscar herramientas desde la auto-formación” (personal de salud, matrona); “Teníamos graves deficiencias en la formación en cosas súper esenciales, y muchos temas sexuales eran como tan tabú que no se hablaban; nosotras los estamos hablando” (personal de salud, ginecóloga). De ahí que estas organizaciones se hayan puesto como objetivo el entregar información en materia de SSR completa, y con un enfoque integral.

Estas organizaciones lideradas por profesionales de la salud, se sostiene que se distinguen también de aquellas consideradas como “tradicionales”, pues su forma de trabajo se estructura a partir de la colaboración y trabajo en red con todo tipo de agrupaciones, colectivos y personas naturales de quienes aprenden y con ello complementan su formación profesional y, además, extienden su alcance hacia diversas audiencias, sean estas profesionales de la salud u otros: “Ha sido central compartir con otros y aprender lo que nos falta de ellos, porque no tenemos las herramientas para enfrentar todos los temas por nuestra cuenta” (personal de salud, matrona). De acuerdo a las personas entrevistadas, este enfoque de trabajo genera un quiebre con la noción tradicional de conocimiento autoritativo de las profesiones médicas, ya que reconoce y valida saberes en torno a la salud sexual y reproductiva, y de derechos sexuales y reproductivos, provenientes de diversas disciplinas, y de diferentes realidades y experiencias de colectivos y personas, como igualmente válidos y necesarios que aquellos que emanan del sector formal de salud.

En materia de VIH/Sida, se mencionan asimismo diversas organizaciones conformadas recientemente por jóvenes de las disidencias sexuales y de género, y que viven con VIH. Estas organizaciones se han transformado en un importante referente para muchas de las personas entrevistadas en el estudio. Desde la perspectiva de las personas jóvenes entrevistadas, la gran diferencia entre este tipo de organizaciones y el sector formal de salud, es la percepción de que el trabajo de estas organizaciones se distancia del enfoque tradicional de riesgo en materia de sexualidad, y que están conformadas por personas -a quienes consideran como pares en muchas ocasiones- que no juzgan a las juventudes y son capaces de comprender lo que están viviendo, a diferencia del sector salud que, sostienen, no tiene ni las herramientas ni las capacidades para abordar de manera efectiva las sexualidades de las juventudes actuales.

Lo primero que hacemos es fomentar mucho el autoconocimiento, fomentar la exploración, hablar del placer, porque consideramos que ese debería ser el enfoque de la educación sexual. (...) Cuando hablamos de infecciones, no lo hacemos como así basado en el terror. Y lo que hacemos es mostrar imágenes de las primeras etapas de las infecciones, cosa que no se hace, siempre muestran las etapas avanzadas (...), para que las personas sean capaces de reconocer las infecciones y no queden con esa asociación de imágenes terroríficas. (Informante clave)

Lo anterior se confirma a partir del relato de personas jóvenes entrevistadas, usuarios/as de estas agrupaciones. Sostienen que a través de ellas se informan y educan en materia de derechos sexuales y, en específico, sobre el VIH/Sida, de una forma que es percibida como cercana y accesible por el mundo juvenil. Una joven comenta:

[La información en sus páginas web y en redes sociales] La ponen de forma mucho más lúdica, suben memes, suben videos, hacen infografías mucho más entretenidas siento yo. Entonces yo creo que por eso llegan mucho mejor, porque la forma en que entregan la información es más adecuada, es menos académica y más cercana. La aterriza más... Entonces yo siento que funciona mucho mejor. Responden consultas en línea, hacen lives, están como mucho más cerca. (Joven)

La articulación de redes es otro de los elementos que más se valoran de estas organizaciones. Se sostiene que, por una parte, estos nuevos colectivos promueven el que personas que viven situaciones de vida similares se encuentren y se acompañen en sus respectivos procesos; y por otra, que las personas se contacten con expertos/as de forma expedita y, en muchos casos, gratuita.

Cuando la gente se asume cuando es gay, sobre todo cuando es chico, siento como que no está preparado pa toda la batalla que se viene encima, porque la mayoría de las veces (...), mira, pa qué estamos con cosas (...), No suele suceder que a la familia cuando tú contas que eris gay, te digan: "uy hijo, te amamos, te respetamos". Entonces, obviamente que necesitais otros gay que te acompañen, y personas que hacen estas páginas que educan, que se forman, grupos que están formados por gente que también es de la salud, que educa, psicólogos, matrones. (Joven)

En el caso de personas viviendo con VIH, se sostiene que las redes de pares que promueven estas organizaciones son fundamentales:

Encontrar una persona que también tenga VIH para que puedas conversar. Hoy en día las organizaciones juveniles son para gente que pueda conversar de lo que le está pasando (...). Uno quiere contar lo que le pasa ahora que recién me diagnosticué, estoy empezando con las pastillas, me siento pésimo porque me caen mal a la güata, me duele la cabeza, tengo náuseas, me da acidez, entonces frente a esas conversaciones buscas un símil, un par, y los adolescentes y jóvenes de Latinoamérica se están organizando para poder encontrarse. (Informante clave)

Durante la pandemia, estas organizaciones se hicieron cargo no solo de entregar educación e información a las personas y colectivos, sino también de facilitar el acceso a prestaciones de

salud sexual. Además, en colaboración con el Estado, en materia de VIH/Sida estas agrupaciones organizan acciones de testeo rápido, actividades iniciadas antes de la pandemia y que se vieron suspendidas por las restricciones sanitarias. En la mayoría de los casos, la incorporación de estas organizaciones en acciones de testeo de VIH ha sido a través de su participación en concursos públicos, en los que participan mediante diversas licitaciones en la materia. En opinión de varios/as informantes clave, la gestión y despliegue territorial de testeos ha sido mucho más eficiente cuando ha estado en manos de estas agrupaciones que del Estado mismo.

Las acciones vinculadas al acceso a pruebas, las más efectivas que yo he visto, o por lo menos más ambiciosas, no han venido del Estado, sino de las OSC. Han tenido mayor acceso a la población, han tenido estrategias más focalizadas y que llegan a más territorios. Y esto, considerando que las posibilidades del acceso de las organizaciones de base comunitarias y de la sociedad civil al financiamiento para VIH son limitadas. (Informante clave)

Junto con lo anterior, varios de estos grupos se ocupan de localizar a personas VIH+ que por diversos motivos no están adhiriendo a su tratamiento, y de buscar soluciones a dicha situación. Estas OSC, en opinión de diversas personas expertas entrevistadas, se han hecho cargo de materias de salud pública que debieran ser competencia del Estado. Si bien en algunos casos se trata de situaciones excepcionales -como el gestionar acceso a información y atención clínica en salud sexual y reproductiva en tiempos de estallido social y pandemia de Covid-19-, en muchas otras tiene que ver con el hecho que abordan materias sobre sexualidad en las cuales existen falencias estructurales, como la carencia de políticas de educación integral en sexualidad en el país.

Por lo mismo, en opinión de las personas entrevistadas, las OSC son quienes se están haciendo cargo de manera más eficiente de la educación sexual integral y de la prevención y acceso a testeos en materia de ITS y VIH. Un joven entrevistado comenta sobre este tema:

De por sí está la carencia en el país de la educación sexual, y ellos como organización lo están como cumpliendo en cierta parte. Hasta ellos mismos ofrecen por ejemplo el examen [test rápido]. A mí me dijeron: “nosotros ofrecemos tal día, tú puedes ir y te puedes hacer el examen del VIH y nos demoramos 5 minutos”. Entonces esas cosas no deberían por qué hacerlo ellos, no tendría por qué haber sido su responsabilidad. (Joven)

Los informantes clave entrevistados por su parte, concuerdan con esta apreciación:

En el fondo son OSC que se erigen para abordar un problema que claramente el Estado no está abordando, o sea el hecho de que la sociedad lo esté abordando, te habla del déficit del Estado en estas materias. (Informante clave)

IV.2.

Barreras estructurales y del sistema de salud para la prevención y detección del VIH

Falta de institucionalidad específica de prevención en VIH

Un aspecto que se menciona como barrera es una consecuencia derivada de la reforma de salud, proceso a través del cual se debilitó el Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida en el país: CONASIDA. Esta institución pública tenía como rol fundamental la coordinación entre instituciones gubernamentales interministeriales y no gubernamentales, Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en VIH, públicos y privados, lo que permitía el trabajo en redes de servicios tanto sociales como de salud. La incorporación de CONASIDA al Departamento de Salud Pública del MINSAL implicó la reducción de los recursos para la prevención y detección del VIH, incluso el cierre de la mayoría de centros de prestación de servicios en temas vinculados a VIH a lo largo del país. Esto se generó, según indican los y las entrevistados/as, por la necesidad de competir por el presupuesto para prevención, detección y tratamiento de otras ITS y, a su vez, con otras enfermedades de interés para la salud pública como es el cáncer en sus diversas variantes:

También hubo un abandono por otro lado desde el Ministerio como programa porque cuando pasó de ser el programa del Sida que tenía toda una estructura, de ahí pasó al Ministerio de Salud como un programa de la Subsecretaría de Salud Pública cuando se hizo la reforma de salud y pasó a ser un programa más, pero ahí inmediatamente además de bajar los recursos, una de las cosas que hubo fue: "A ver, usted todas las cosas que hace además desde la investigación en adelante tenemos que discutirla con la Subsecretaría de Salud Pública y comprender que entre el cáncer de cuello y de mamas y la muerte de mujeres, entre el cáncer de vesícula, entre el cáncer de pulmón en los hombres, o sea el programa pasa a ser uno de los que es menos importante digamos. (Informante clave)

Con el pasar del tiempo esta Comisión Nacional fue como perdiendo peso. Y se incorporó al Programa de Prevención y Tratamiento de ITS, de diversas enfermedades de transmisión sexual y ahí como(...) yo considero que se invisibilizó bastante la problemática del VIH/Sida(...), en fin, pero luego prácticamente se dejó de hablar del tema. (Informante clave)

Otra de las barreras mencionadas es la falta de campañas efectivas de prevención y detección del VIH actualizadas a las inquietudes y necesidades de las juventudes de hoy, y socializadas a través de plataformas mediante las cuales las juventudes socializan y se informan: redes sociales e internet principalmente. Junto con lo anterior, que las campañas incorporen enfoques de interculturalidad, género e interseccionalidad, que respeten las diversas cosmovisiones y prácticas en relación a las sexualidades, sin caer en dogmatismos ni enfoques colonialistas en materia de salud sexual. Se sostiene que las llevadas a cabo hasta la fecha no han sido efectivas en la llegada a la población con mensajes claros y directos. Además, que las campañas que se han realizado a la fecha carecen de foco con respecto a las poblaciones prioritarias a quienes dirigen el mensaje, por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres y población trans. Se sostiene que se han dejado fuera de las campañas y de las políticas públicas a las mujeres en general, y a las mujeres de las disidencias sexo-genéricas, como las lesbianas, en particular. Asimismo, que las campañas no se mantienen en el tiempo de manera de lograr el objetivo de prevención, por el contrario, en el país se evidencian varias generaciones que poco han visto o escuchado una campaña de prevención del VIH. Junto con lo anterior, que las normativas y líneas editoriales de los medios de comunicación influyen en los mensajes de las campañas y los horarios a los que se pueden transmitir, lo cual impacta negativamente sobre todo en adolescentes y jóvenes. Además, existe la percepción de que las campañas son anticuadas, poco claras en el mensaje, centradas en el uso del condón, y en un formato de televisión -plataforma que no ven los/as jóvenes-. Por lo mismo, que faltan campañas a través de redes sociales y otras plataformas acordes a las identidades juveniles actuales, desde una perspectiva de las diversidades juveniles en términos territoriales, de identidades sexo-genéricas, de inicio temprano de actividad sexual, pertenencias étnicas y nacionalidades, entre otras variables. Todo lo anterior se debería, de acuerdo a personas entrevistadas, a los limitados recursos con que cuenta el Programa de VIH de MINSAL, orientados principalmente a la cobertura del tratamiento antirretroviral, y en menor medida a estrategias de prevención, como compra de preservativos:

Yo siento que está en general al debe, por un lado porque la política pública del país en algún momento determinó que para las campañas de prevención y promoción de la salud eran de manera exclusiva el cuarto del total de los recursos que tenía el programa para poder trabajar, entonces se dedicó el cuarto, el 75% del programa nacional para compras de medicamentos y preservativos y otros medios. Entonces, de todos los recursos que tiene el programa, solo un 25% es para poder hacer campaña de promoción y de prevención a pesar de que es una ley, ¿no?, porque el programa es un programa de promoción y prevención de la salud sexual y dentro de ello el VIH y dentro de eso las ITS. Porque dejó de ser hace mucho tiempo el programa del Sida, lo que pasa es que eso aún no está socializado ni siquiera dentro del mismo ministerio. (Informante clave)

También podemos mirarla desde la situación de las políticas públicas en donde encontramos unas políticas preventivas absolutamente deficientes y probablemente se arrastran hace muchos años, en donde la mayor parte de este presupuesto se va en terapia antirretroviral, que es más del 90%, y el resto, una partecita de prevención y otras son otros varios. Entonces se ha visto, y los estudios internacionales lo demuestran, que los países que invierten de manera equitativa en prevención y en tratamiento del VIH son los países que han disminuido de forma efectiva las incidencias, en Chile eso no ocurre y no ocurre ya desde hace muchos años, con lo cual se ha convertido en un problema estructural. (Informante clave)

En general creo que lo que se ha hecho en términos de prevención no ha sido eficiente, ha habido aquí campañas de comunicación masivas, también campañas focalizadas hacia grupos que son más vulnerables a la infección por VIH, pero estas campañas no han sido nunca lo suficientemente poderosas, directas, claras, con un foco bien definido, ni sistemáticas como para realmente lograr su objetivo que es la prevención. (Informante clave)

Cuando hay un programa también que es de salud reproductiva en el fondo que es para adolescentes de manera específica, que funciona con la Subsecretaría pero que trabaja directamente para y con los jóvenes en salud reproductiva, pero no trabaja en salud sexual(...) Por tanto se ha avanzado mucho en algunos ámbitos como por ejemplo, del uso del anticonceptivos, "me cuido para no tener hijos, me cuido para no salir embarazada", pero no está la idea en general de que siete de cada diez mujeres en Chile, hoy podrían tener Papiloma Virus por ejemplo. (Informante clave)

En relación a las estrategias específicas de prevención de VIH impulsadas desde el nivel central del sistema de salud, en los relatos de personas clave entrevistadas podemos encontrar una percepción más bien negativa respecto al trabajo en prevención de infección del virus. Se sostiene que la prevención es insuficiente, y está centrada en aspectos biomédicos como el uso de preservativo, de PrEP (Profilaxis Pre Exposición al VIH) y de PEP (Profilaxis Post Exposición al VIH), pero que estos dos últimos son de muy bajo acceso para jóvenes, aun cuando la evidencia internacional avala su uso para la prevención del VIH. Se señala que el PrEP se encuentra disponible en algunos hospitales del sistema público, y que el personal de salud tiene algunos prejuicios respecto de su uso ya que se piensa que la prevención se terminaría con el uso masivo de PrEP. En el servicio privado se puede acceder con mayor facilidad y existe la percepción que los profesionales de este sector tienen mayor conocimiento sobre su uso, aun cuando aquí también existe poco acceso de parte de jóvenes a esta estrategia de prevención. En relación al uso de ambas estrategias, se reporta que en Chile son de muy difícil el acceso, y se sostiene que los/as jóvenes están accediendo a éstas mediante su compra a través de internet:

Todas las estrategias biomédicas, que son un pool impresionante, tremendo y que efectivamente lo que se aborda en Chile es súper poquito. ¿De qué se habla en Chile? Del condón, la PEP, nunca se habló de la PEP, que es la terapia post exposición, la post exposición nunca se habló. Ustedes no saben cuánto lo necesitaban las trabajadoras sexuales, la terapia post exposición, entendiendo que ellas están muy expuestas y muchas de ellas se han encontrado en situaciones muy difíciles en algún momento y no, no, no, no ha habido acceso, no podías acceder a la terapia post exposición, todavía sigue siendo así en otros países, es una estrategia preventiva biomédica establecida hace mucho tiempo y ahora hablamos de la PrEP. Pero, ¿quién puede acceder a la PrEP?, los jóvenes no están pudiendo acceder a la PrEP, ¿sabes dónde están comprando los jóvenes la PrEP?, la están comprando en Internet. (Informante clave)

Testeo de VIH

En relación a las estrategias de detección, las personas clave y personal de salud señalan los testeos masivos y los test rápidos como las estrategias que más se han impulsado desde la autoridad sanitaria a nivel central. Respecto a los testeos masivos que se realizan a la población general, se sostiene que representan un gran esfuerzo económico y de recursos humanos para el sistema de salud, con muy poca eficiencia dado que solo reafirman la prevalencia del VIH entre la población general, desperdiciándose valiosos recursos que deberían estar destinados a testear grupos específicos y en lugares donde estos grupos se reúnen. Estos testeos masivos, además, suelen realizarse en lugares muy públicos, donde los/as jóvenes que podrían incurrir en conductas de riesgo no se acercan por temor a que el resultado no sea lo suficientemente confidencial:

Salieron a hacer exámenes como a la plaza, que no tuvo ningún, ninguna(...) porque la población general no te da positivo, la población general no tiene VIH, la población que tiene VIH en Chile es la de hombres que tienen sexo con otros hombres, entonces no los tienes que buscar ahí, entonces no se buscaba donde era, ¿no?, ¿y quiénes buscan donde corresponde?, la sociedad civil, que es quien te tiene que ayudar. (Informante clave)

El testeo masivo, no tienen ningún sentido, ni en términos epidemiológicos ni sociales ni nada, epidemiológicos es súper simple: cuando tú haces testeo masivo, vas a encontrar la misma prevalencia que vas a encontrar en la población general, prevalencia baja, menor al uno por ciento, vas a hacerle, no sé al Movistar, vámonos al concierto del Movistar no sé y hacen no sé, no sé cuánto tres mil, cuatro mil test rápido y encuentran tres o cuatro positivos. Claro, es que, es que la cosa funciona así, pero se busca en población específica, de hecho no se busca en población general. O sea, si quieres encontrar casos reales, tienes que buscar en la población más expuesta y si tú buscas en la población general, vas a encontrar la prevalencia en la población general, entonces a mí me parece absurdo gastarse tanta plata y movilizar tanta gente en cinco mil o seis mil test rápidos o más para encontrar tan pocos casos. (Informante clave)

En lo que sí sostienen es positiva esta estrategia, es que normaliza la realización del test, lo hace accesible y se superan muchas de las barreras de acceso a la detección antes mencionadas. Los y las entrevistados relatan que sería mejor aprovechar los recursos si los testeos de VIH se realizaran en lugares específicos donde se reúnen los/as jóvenes y, sobre todo, jóvenes de las diversidades sexuales.

Junto con lo anterior, los/as informantes clave entrevistados/as identifican una serie de barreras administrativas para que los y las jóvenes se realicen el examen del VIH durante toda la trayectoria que implica la detección, es decir, desde la obtención de la orden médica para realizar el examen hasta obtener el resultado. De acuerdo a los y las entrevistados/as, esta trayectoria comprende múltiples visitas al centro de salud involucrando tiempo y recursos de adolescentes y jóvenes.

Los y las adolescentes menores de 14 años necesitan asistir a la consulta médica con una persona adulta, lo que dificulta que un/a adolescente que ha tenido una conducta de riesgo pueda acceder a realizarse el test de manera expedita y, por consiguiente, si su resultado arroja positivo, que comience su tratamiento. Sin embargo, los/as jóvenes mayores de 14 años no requieren ir con un adulto para solicitar el test, no obstante, muchas veces son los mismos profesionales de la salud quienes desconocen esta normativa, y por cuestiones culturales o ideologías personales ponen barreras para la realización del examen a los y las jóvenes sin la compañía de un adulto. A estas barreras burocráticas las personas entrevistadas suman el hecho que los profesionales de salud, al detectar una ITS en una persona adolescente o joven, en general no les piden el examen de VIH por no hacer la asociación entre la conducta de riesgo y las infecciones contraídas. Finalmente, se menciona la falta de pertinencia cultural en las campañas de testeo en las comunidades mapuche, y por parte de jóvenes migrantes miedo a acercarse a los testeos masivo por posibles deportaciones a las que se pudieran ver expuestos:

Hay una serie de trabas, entonces hacer el testeo masivo parado en la esquina de la calle ayuda a normalizar eso. Probablemente no vamos a encontrar mucho VIH, da lo mismo(...), o sea es bueno y es necesario encontrarlo digamos, pero tiene este otro objetivo que es naturalizar el diagnostico, de hacerlo asequible que no tenga todas estas barreras de la consejería de(...), y entonces tiene esa ventaja y pone el tema arriba de la mesa. (Informante clave)

El ideal es poder hacer un testeo dirigido en las situaciones, en los lugares de más riesgo que son donde se concentran hombres que tienen sexo con hombres, en Chile es el principal grupo de riesgo de VIH. Es difícil llegar a testeos como masivos tan de nicho, nosotros lo teníamos dentro de nuestros planes, ir a fiestas de música electrónica y era lo que íbamos a hacer el año dos mil veinte y no se pudo. (Informante clave)

En general la prevención es muy mala en Chile, pareciera que la gente tiene sexo la primera semana de diciembre solamente, porque esa es la única semana en que hay campañas de VIH en forma pública y relativamente masivas, que es cuando se conmemora el día internacional del VIH. Las campañas de gobierno habitualmente duran a veces un mes, cuando uno tiene suerte, pero habitualmente duran una semana. Son campañas hechas en un formato publicitario más bien añejo, que están pensadas para televisión y la gente joven no ve televisión, la gente joven no lee el diario, que es el público al cual queremos llegar. Tenemos que hacer campañas que sean en redes sociales, en Instagram, en Twitter o que se yo, en lo que use la gente del grupo etario, pero eso no se hace, entonces tienen un mal foco. (Informante clave)

Carencia de Educación Sexual Integral (ESI) en el país

Esta fue mencionada como una barrera fundamental para la prevención de ITS y de VIH/Sida, por todos los perfiles de personas entrevistadas. La educación en sexualidad entregada por los sectores formales de educación y salud es considerada insuficiente, no basada en un enfoque de derechos, y carente de enfoques que integren las diversidades y disidencias sexuales. Esto se complejiza aún más cuando esta carencia se cruza con especificidades culturales y de condiciones de vida como la que experimentan personas jóvenes pertenecientes a pueblos originarios, o migrantes. En este contexto, la percepción generalizada entre los y las entrevistados/as es que existen grandes deficiencias en el sector educativo en este tema. La carencia de ESI se profundiza, de acuerdo a las personas entrevistadas, con la actual ley Portafolio de Educación Sexual y Reproductiva, que establece que los establecimientos educacionales y sus docentes deberán impartir educación sexual a los estudiantes, la cual debe ser impartida gradualmente desde los niveles básicos a la enseñanza media de acuerdo al modelo educativo y creencias de cada establecimiento, en conjunto con los centros de padres y apoderados. Por lo tanto, en el marco de esta ley queda a decisión de cada sostenedor de centros educativos el cómo implementar la educación sexual en sus aulas, con la participación, en muchos casos obstaculizadora, de los mismos centros de padres y apoderados, los que en ocasiones se oponen a que sus hijos e hijas reciban educación sexual, principalmente por sus creencias religiosas.

Se percibe también que en el sector formal de salud se reproducen las mismas falencias que las recién enunciadas del sector educativo. Las personas jóvenes entrevistadas coinciden en plantear que la atención en SSR en el sistema de salud -atención primaria en particular- carece de abordajes integrales hacia la sexualidad, y que se centra en información sobre prevención de embarazo e ITS. Esto es confirmado por profesionales de salud entrevistados:

No existe un cuidado en atención en salud sexual para este grupo que no sea ir a buscar condones, anticonceptivos o acceder a atención en VIH, sífilis y gonorrea (...). Es un enfoque muy reactivo, orientado a regulación de la fecundidad e ITS, y nada más. (Personal de salud).

La matrona le dice: 'ya, ¿qué necesita?'. Y él le dice: 'Tengo un problema porque quiero empezar a cuidarme, tengo 19 años, quiero empezar a usar condón.' Y ella le dice: 'Ya, aquí están los condones, así se pone, ya listo, chao. El que sigue'. (Personal de salud).

En esta línea, los y las informantes clave sostienen que no existe coordinación ni articulación entre los ministerios de salud y educación. Sostienen que el trabajo interministerial en este tema permitiría que aquellos profesionales de salud que poseen amplios conocimientos en SSR pudieran implementar talleres, clases, atención de salud para adolescentes y jóvenes, entre otras acciones dentro de los establecimientos educacionales de manera permanente y continua en el tiempo, facilitando el acceso a SSR para los y las adolescentes y jóvenes, pero sin recargar a los docentes con tareas extras:

La educación sexual prácticamente no existe en las escuelas, en los colegios, entonces es difícil también plantearse un trabajo a largo plazo y sistemático. Vuelvo a eso con el sector de educación, sabemos lo que paso con los programas de educación sexual en los colegios que quedaron finalmente a la decisión de los sostenedores y los, las autoridades de los diferentes colegios, y que no en todas partes se están implantando, entonces ahí ha habido un trabajo que no ha funcionado a mi juicio, no ha funcionado bien. No hay que yo sepa una mesa de trabajo permanente entre educación y salud para ver la forma de enfrentar estos temas en los estudiantes. (Informante clave)

En gente joven hay una carencia de información brutal y en los colegios ya no hay, o en la gran mayoría de los colegios del sistema público y en la mayoría de los colegios privados, no hay educación sexual con ese nombre ni con ningún otro nombre, entonces no hay una mirada como integral de la protección de una sexualidad segura, eso es por una parte y por otra parte tampoco hay un enfrentamiento como biológico del tema, no se estudia el VIH en biología y tampoco se habla de sexualidad ni sexo seguro en orientación, o en ninguna parte, entonces nos pillamos con estudiantes y con adolescentes y con gente joven con muchas dudas y con una educación que es bien basada en el porno, así en la película porno y en los amigos, con harta carencia de información dura digamos. (Informante clave)

El personal de salud y personas jóvenes entrevistadas coinciden con estas apreciaciones. Sostienen que la educación sexual recibida, especialmente en las escuelas, se centra en explicaciones biológicas del funcionamiento de los aparatos reproductores femenino y masculino, y en la prevención de embarazo (con foco en uso de condón masculino y de anticonceptivos) e ITS en menor grado, en relaciones sexuales heterosexuales, con casi nula mención a las diversidades sexo-genéricas ni a dimensiones más integrales de la sexualidad. Un matrón entrevistado señala que lo que se entrega en las escuelas en el país no se puede calificar como educación sexual, sino de “entrega de cierta información, información que está muy basada en el terror, como muy basada en ‘no tengas sexo porque te va a pasar esto’, y pasan listados de infecciones con imágenes horribles, y de gestaciones no deseadas”. (Personal de salud).

Desinformación y distancias con el sector salud

Para el caso de las juventudes migrantes, a lo anterior se suman barreras político-normativas asociadas a su condición migratoria, donde jóvenes en situación irregular sostienen sentir miedo de acercarse al sistema de salud por temor a ser deportados, lo cual se ha acrecentado en los últimos meses dado el contexto de xenofobia y reforzamiento de medidas restrictivas en relación a su permanencia en el país. Las personas jóvenes en movilidad, especialmente quienes han llegado al país en los últimos años, refieren no entender cómo funciona el sistema de salud chileno y, por tanto, no acceder a él. La nueva ley de migración del país ha generado importantes retrocesos en cuanto a sus garantías en salud, toda vez que se han endurecido y obstaculizado aún más las posibilidades de regularizarse. En cuanto a jóvenes migrantes

VIH positivo, la barrera administrativa asociada al estatus migratorio les afecta en el acceso a tratamientos específicos, como la terapia antirretroviral. Por lo mismo, el principal problema es que cuando las personas acuden al CESFAM sin su cédula provisional, enfrentan diferentes barreras para acceder a las garantías de salud. Por lo tanto, no pueden acceder a sus terapias antirretrovirales. Afortunadamente, la comunidad cero positivo en Chile es altamente organizada y existen diversas vías que facilitan el acceso a las pruebas y a los antirretrovirales. Junto con lo anterior, puntualizar que el estatus migratorio también afecta a las personas transgénero, quienes denuncian que los protocolos chilenos para el reconocimiento de su identidad sexual, en muchos casos, no se cumplen cuando se trata de migrantes sin residencia permanente:

He sufrido episodios de discriminación, porque todavía no he podido cambiar mi nombre y sexo en los documentos chilenos, a pesar de que tengo seis años aquí y todavía no puedo acceder a la ley. Hay una ley de identidad de género, pero la ley no es para los migrantes, sino para los que tienen residencia permanente. He vivido fuertes episodios de discriminación por esto. (Informante clave)

En las juventudes mapuche, las barreras identificadas desde el nivel central del sector salud tienen que ver con las limitaciones que existen desde el sistema de salud para llegar con información y estrategias adecuadas a las comunidades mapuche. Las campañas ministeriales de prevención escasamente llegan a los sectores rurales de la región de La Araucanía y, junto con lo anterior, habría una resistencia por parte de estos grupos a acceder al sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento del VIH, lo que tiene como consecuencia que muchos casos que llegan al hospital ya se encuentran en fase Sida avanzado y, por ende, sean poco tratables. Dichas resistencias para acceder al sistema de salud tienen que ver con diferentes factores, entre ellos, con la percepción de discriminación que sienten por parte del sistema de salud, por la poca acogida que experimentan en tanto personas pertenecientes a pueblos originarios, y por la distancia que sienten con algunas enfermedades que conceptualizan como occidentales, entre ellas, el VIH. Se mencionan las distancias culturales entre las concepciones comunitarias mapuche en relación al cuerpo y sexualidades, y el abordaje en SSR en jóvenes que realiza el sector salud. Se menciona la necesidad de incorporar estrategias de salud intercultural en SSR con adolescentes y jóvenes.

Barreras de profesionales de atención de salud

Las personas entrevistadas consideran que, si bien hay excepciones, siguen primando en la atención de salud sexual los enfoques heteronormativos y de riesgo, centrados en los ámbitos reproductivos de la sexualidad. Jóvenes entrevistados declaran que, por lo general, no se sienten a gusto con la atención recibida en materia de SSR, que sienten discriminación y prejuicios hacia ellos/as desde el personal de salud. De los relatos se desprende que la atención en salud sexual en jóvenes se percibe como profesional-dependiente, variando mucho las experiencias según él o la profesional de salud a cargo. Las experiencias calificadas como positivas son consideradas excepciones y en los relatos refieren haber tenido “suerte” si la experiencia fue positiva. Las principales falencias identificadas dicen relación con las diversidades sexo-genéricas y afectivas,

y con la carencia de una visión integral de sexualidad que integre sus aspectos psicoemocionales. En muchos casos, los equipos de salud de atención primaria tienen poco conocimiento respecto a las prácticas sexuales juveniles “reales” y sobre las culturas juveniles actuales en general, lo que genera una distancia generacional y, a su vez, repercute en la atención en salud sexual-reproductiva que estos entregan a adolescentes y jóvenes. En este contexto, la mayoría de las personas jóvenes entrevistadas reporta que, en las consultas de salud sexual, por lo general no hay una conversación sobre la identidad sexo-genérica de las personas, y se asumen estándares heterosexuales. Esto, en opinión de diversas personas entrevistadas, genera el que en muchas ocasiones se mienta respecto a dicha identidad, con el fin de evitar discriminaciones. Esto puede llevar a prácticas inadecuadas de cuidados en sexualidad, pues, como plantea una matrona: “No estarían atendiendo tu necesidad particular, porque no saben cuál es tu identidad, sino que te están tratando como si tuvieras conductas que no son las que estás teniendo como práctica real” (Personal de salud). En esta misma línea, el personal de salud entrevistado reconoce tener grandes falencias para trabajar con población LGBTIQ+ dado que no cuentan con entrenamiento en estas áreas:

Tenemos mucho desconocimiento en temas de terapias de consejería, de orientación y prevención de ITS para personas de las diversidades que no sean gay, que es lo que más se conoce y de lo que te enseñaron algo en la universidad. Y es grave en los grupos que tienen más complejidad como el mundo trans, o cuando llega una persona no binaria; para muchas colegas es un mundo totalmente nuevo. (Personal de salud)

Yo encuentro que en la carrera de nosotros lamentablemente se enfoca mucho hacia la mujer, biológicamente hablando, independiente si es hetero, o es homo o es lesbiana, pero se enfoca mucho en las mujeres. Entonces muchas colegas como que le tienen un poco de miedo a trabajar con hombres, tanto con hombres cisgénero, que son los hombres que biológicamente nacieron como hombres y se expresan como hombres, y los hombres trans, les cuesta un poquito ahí las colegas de APS han hecho, hacen cursos de formación aparte para poder subsanar esas brechas. (Personal de salud)

Yo creo que no tienen tantos problemas con la población gay o lesbiana, porque en la carrera igual nos enseñan muy bien lo que es el mundo de la diversidad sexual propiamente tal, cómo acercarnos nosotros, y realizar consejerías en SSR. Así como algunas cosas básicas, porque hay matronas de la antigua escuela que decían: “Pero ¿por qué a una lesbiana le tenemos que tomar el PAP si no tiene relaciones penetrativas?”, y como que ahí vienen las nuevas generaciones a decir: “Pero lo que pasa es que las mujeres lesbianas igual a lo mejor tienen prácticas penetrativas con juguetes, tienen prácticas en las cuales hay intercambio de fluidos, y VPH igual se puede contagiar, entonces igual hay riesgo de cáncer”, entonces ahí como que las colegas dicen ay ya, pero, conlleva un poco de capacitación o una charla de por medio. (Personal de salud)

Hay muchas barreras con respecto a todo lo que es personas transgénero, personas que son de los grupos no binarios, y eso sí o sí conlleva capacitaciones aparte. Los servicios tienen que ir capacitando a sus profesionales, sobre todo en APS que es lo que más cubre en área de prestaciones en salud sexual y no reproductiva. (Personal de salud)

De acuerdo a una persona entrevistada, integrante de una organización de jóvenes viviendo con VIH, en el caso en que las personas acceden a la atención de salud usando su expresión diversa de género: “Se dan muchos conflictos y problemas, y ven como cuestiones de falta de reconocimiento del nombre social, o como malos tratos; es una cuestión de cómo te tratan, cómo te ven, cómo te perciben y cómo te hacen sentir” (Informante clave). Otras experiencias en el sector formal de salud calificadas como negativas por parte de las personas jóvenes, se caracterizan por ser atenciones poco personalizadas, cargadas de prejuicios y críticas respecto a sus expresiones sexuales y/o identidades sexo-genéricas. Estos prejuicios los perciben con mayor fuerza jóvenes LGBTIQ+.

Cabe destacar que la invisibilización que existe en el sector formal de salud no se restringe solo a jóvenes de las diversidades sexo-genéricas, sino que también recae en otros grupos, tales como juventudes pertenecientes a pueblos originarios, migrantes, de contextos rurales, entre otras. Esto se acentúa aún más si se analiza desde un enfoque interseccional, es decir, cuando las pertenencias antes mencionadas se cruzan, por ejemplo, con identidades juveniles LGBTIQ+. Así lo relata un joven mapuche LGBTIQ+ entrevistado, quien sostiene que existe escasa información por parte del personal de salud en general, y en SSR en particular, respecto a la cultura y las tradiciones mapuche en los ámbitos de las construcciones de género:

Yo soy un joven no binarie mapuche, me muevo en el ámbito disidente y también político, entonces sé que antiguamente en el pueblo mapuche la conducta no era tan normativa como llegó después de la evangelización de la zona, porque esa visión de los géneros es netamente europea, y eso no estaba acá. Acá la gente se quería, se amaba, se apoyaba, y había un punto de comunicación, entonces eso antes no era tema. (Joven Mapuche)

Esto, de acuerdo a los diversos actores sociales entrevistados, se acentúa en profesionales descritos como “mayores”. Esta desconexión provendría de las ya mencionadas falencias en la formación de los/as profesionales de la salud. Si bien las temáticas mencionadas están integradas en las mallas curriculares de las carreras de salud, es de forma aún insuficiente. Con respecto al VIH/Sida, si bien está incorporado en dichas mallas, el enfoque que predomina es el epidemiológico, más bien técnico, sin incluir una perspectiva sociocultural de la enfermedad, y mecanismos para su prevención y detección que sean acordes a las prácticas y saberes de adolescentes y jóvenes en relación a sus sexualidades. Se señala como barrera el desconocimiento y/o desactualización de trabajadores y profesionales de la salud sobre el VIH.

Yo creo que sí y no, o sea, sí está incorporado el tema en las mallas, eso de todas maneras y ya hace bastantes años pero está incorporado desde un enfoque muy médico, muy técnico digamos, que es lo que aparece en las mallas en general, que se da a conocer cuál es la epidemiología de la situación del problema, cuales son las maneras de prevenirlo, cuáles son las manifestaciones, los tratamientos, etc., pero desde el punto de vista que tu mencionas, de una mayor comprensión hacia lo que es la cultura juvenil yo creo que no, no está eso suficientemente desarrollado. (Informante clave)

Junto con lo anterior, se reporta que jóvenes de las diversidades sexo-genéricas son tratados de forma discriminatoria, donde se les estigmatiza (sobre todo a hombres homosexuales y

personas trans) en relación al VIH, y que no se respetan las opciones sexuales de los grupos de adolescentes y jóvenes de las disidencias sexuales y de género. En esta línea, se reconoce por parte de los y las informantes clave la necesidad de capacitar a todos quienes trabajan dentro de un centro de atención primaria de modo que, desde la persona que abre la puerta del centro de salud hasta el profesional que entrega la atención, ofrezcan una atención inclusiva y sin discriminación para la prevención del VIH.

Los profesionales en la salud que están hoy día saliendo a trabajar en los diferentes niveles de atención tienen un conocimiento del tema, pero no me parece que tengan un enfoque digamos más pertinente o más de acercamiento a lo que es la cultura juvenil y las prácticas juveniles. (Informante clave)

Yo creo que uno tiene que capacitar a los proveedores, ya no solo profesionales, si no también los técnicos, las personas que residen en todo esto que tiene que ver con la no discriminación de quien sea, porque puede ser una persona que tienen VIH, una persona extranjera, no discriminar porque ya eso carga ¿no es cierto?. (Informante clave)

Los/as informantes clave entrevistados/as identifican además una serie de barreras administrativas para que los y las jóvenes se realicen el examen del VIH. De acuerdo a los y las entrevistados/as, esta trayectoria comprende múltiples visitas al centro de salud involucrando tiempo y recursos de adolescentes y jóvenes. Tal como se mencionó anteriormente, los y las adolescentes menores de 14 años necesitan asistir a la consulta médica con una persona adulta, lo que dificulta que un/a joven que ha tenido una conducta de riesgo pueda acceder a realizarse el test de manera expedita y, por consiguiente, si su resultado arroja positivo, que comience su tratamiento. Sin embargo, los jóvenes mayores de 14 años no requieren ir con un adulto para solicitar el test pero de igual manera se generan una serie de barreras para que esto ocurra:

Pero yo creo que todavía hay barreras, todavía, yo trabajo en CEMERA y existen muchas barreras, o sea llega un adolescente, aunque no llegue a pedir un test de VIH, ya no siendo un adolescente una adolescente en salud sexual, no importa si es chico, si es chica, tiene que venir con la mamá, con el papá, fue una lucha grande poder tomar el examen a menores de catorce años sin el consentimiento de los papás, porque no, tenían que contarle a los papás, entonces siempre vamos luchando con esas barreras que es como, yo pienso que es como este doble discurso, ya hay que detectarlo pero cuando llega esta joven empezamos con tantas cosas, ya para el chico o la chica ya es difícil llegar a tomarse el examen, que es reconocer frente a extraños que tuvo una conducta sexual de riesgo, entonces más encima el extraño con una sola palabra, con solo una mirada ya lo encasilla, o sea es complicado y ellos y como te digo las barreras de salud primaria que son obstáculos lamentablemente. A nosotros nos pasa en el CEMERA con el método anticonceptivo, si tiene la niña catorce años la mandan a CEMERA porque no se atreven a darle un anticonceptivo entonces imagínate tú un examen de VIH o sea más todavía. (Informante Clave)

Si alguien va a un consultorio donde no está inscrito le puedan hacer el test rápido, los jóvenes entre catorce y dieciocho años no necesitan ir con un adulto para solicitar el examen, que son cosas que nosotros les reforzamos a los chicos y también a los equipos, pero a veces los equipos ponen más barreras que las que realmente existen, entonces es entregarles esa información para que ellos digan mire en tal lugar, acá está la normativa, acá está el reglamento, usted me tiene que atender, es para que ellos tengan esas herramientas y puedan y puedan desde sus derechos también solicitar las atenciones. (Informante clave)

Quienes se infectan hoy, primero los jóvenes y se infectan en las primeras relaciones sexuales de un ITS, la gran mayoría de los urólogos, y de esto, los que trabajan en el sector, son los primeros que hacen el diagnóstico, pero a ninguno se le ocurre tomarle una muestra y hacerle un VIH y hacer un test de diagnóstico. (Informante clave)

Con respecto a las juventudes migrantes, se identificó desinformación entre los trabajadores de la salud sobre los derechos de salud de los migrantes. Por lo tanto, muchas de las normativas que protegen el acceso a salud de migrantes pueden no ser respetadas por desinformación por parte de trabajadores de la salud a nivel local:

Me da la impresión de que falta información veraz en quienes tienen que ejecutar las políticas de salud, que son los trabajadores de salud del CESFAM. Creo que hay poca preparación del personal de salud para dar esta primera información; dan la primera respuesta que se les ocurre y si no quieren atender a los migrantes, no. (Informante clave)

La información es necesaria. Nos hemos dado cuenta de que los extranjeros piensan que deben tener su DNI para poder acceder a la atención médica, y no es así. En atención primaria, el pasaporte es suficiente. A veces los jóvenes se enferman y pasa más de un año y no buscan atención porque no saben que tienen derecho. (Personal de salud)

Cabe destacar que miembros de organizaciones pro migrantes entrevistados puntualizan, respecto a la especificidad de salud en jóvenes migrantes, que la salud no es una prioridad para los jóvenes migrantes que viven en contextos vulnerables, ya que su prioridad es la sobrevivencia:

La salud no es una prioridad, porque en el esquema prioritario sería alimentarme yo mismo, permanecer con vida y tener un lugar para dormir por ahora, por lo que la salud va en cuarto, quinto lugar. (Informante clave)

En relación a las juventudes mapuche, se reporta que los equipos de salud carecen de entrenamiento en interculturalidad en salud, que no se ofrecen atenciones en salud con sensibilidad cultural, lo que hace que se dejen de lado las concepciones y restricciones propias del mundo mapuche cuando se realizan atenciones clínicas de SSR.

V. RECOMENDACIONES

Los resultados del estudio muestran una serie de ámbitos clave en los cuales resulta necesario trabajar tanto para promover una salud sexual integral en juventudes, como para prevenir y diagnosticar oportunamente ITS en general y VIH en particular, los cuales se exponen a continuación. Cuando corresponde, se desarrollan puntos específicos para el caso de juventudes migrantes y juventudes mapuche, que fueron incluidas en el estudio. Estos ámbitos se organizan en una serie de niveles: “Nivel Central/Intersector” cuando son acciones que corresponden a la administración central y/o a la coordinación entre diversos sectores gubernamentales y sociales; y “Sector Salud” cuando competen más específicamente a dicho sector. Por último, en “Investigación” se plantean recomendaciones en torno a ciertas temáticas en que se hace relevante generar mayor conocimiento.

V.1. Nivel Central/Intersector

Educación sexual integral (ESI)

A nivel transversal, todos los perfiles de personas entrevistadas mencionan la carencia de programas de educación sexual integral en el país como base de las problemáticas que se dan en materia de SSR en las juventudes. En este marco se recomienda:

- Abogar por la creación e instalación de programas de ESI en el país, los cuales se gesten a partir de los enfoques de interculturalidad, interseccionalidad y género, y que tengan alcance nacional y especificidad territorial. Es de crucial relevancia que estos programas se ajusten a las prácticas e imaginarios en torno a las sexualidades que viven las juventudes en la actualidad, incorporando temáticas específicas de diversidades sexo-genéricas, etnicidades, entre otras.
- Generar mesas intersectoriales para impulsar ESI a nivel nacional desde los enfoques antes mencionados. En este contexto, fortalecer ESI con especificidades culturales y de condiciones de vida como las que experimentan personas pertenecientes a pueblos originarios, así como personas Juventudes migrantes. Asimismo, en el trabajo territorial incluir en las estrategias de ESI a las diversas juventudes mapuche, sus comunidades y familias mapuche en tanto agentes validados para hablar de sexualidad en la cultura mapuche.
- Generar capacidades entre profesionales de diversas áreas para su especialización en ESI, con competencias en mediación intercultural.
- Articular el trabajo gubernamental con el de organizaciones de la sociedad civil que han desarrollado programas de ESI al alcance de la población, y que son habitualmente utilizadas por la población joven.

Determinantes estructurales

- Analizar las implicancias derivadas de los determinantes sociales de la salud a nivel estructural, como políticas y normativas que inciden directa e indirectamente en las condiciones de salud de la población joven y VIH. En el caso de Juventudes migrantes, poner especial énfasis en las legislaciones actuales en la materia y la vinculación entre escaso acceso a sector salud y situación migratoria en el país. En el caso de Juventudes mapuche, poner énfasis en la relación entre sistema de salud y comunidades rurales, haciendo hincapié en los aspectos culturales de la relación, pero también en la disponibilidad y accesibilidad de estos grupos al sistema de salud.

Articulación entre Estado, sistema de salud, organizaciones de la sociedad civil y redes sociales

Uno de los principales resultados del estudio se refiere al uso, por parte de la población joven, de diversos recursos en materia de SSR, que van mucho más allá del sector salud. En estos recorridos o trayectorias, las personas jóvenes utilizan habitualmente recursos de Internet y redes sociales, y siguen a *influencers*, agrupaciones de diversas características, y organizaciones de la sociedad civil en materia de SSR. Asimismo, hay una creciente utilización de aplicaciones de citas en línea para gestionar encuentros sexo-afectivos, recursos que rara vez están incorporados en las estrategias de educación en sexualidad y de prevención de ITS y VIH. En paralelo, se identifica que las organizaciones de la sociedad civil lideradas por personas jóvenes en materia de SSR y VIH están desarrollando un trabajo muy efectivo de ESI y promoción, prevención y detección de VIH. Por todo lo anterior se recomienda:

- Generar una comisión/plataforma intersectorial, con liderazgo desde el sector salud, que cuente con la participación de representantes de los sectores de salud, educación, desarrollo social, mujeres y género y sociedad civil liderada por jóvenes en materia de SSR y VIH, y con participación de jóvenes representantes de los diversos grupos que componen las identidades juveniles actuales el territorio nacional, que fomente la comprensión y acercamiento a las representaciones que existen en la actualidad en torno a sexualidades y VIH, y para articular el trabajo que se desarrolla actualmente desde el sector público en la materia y el que desarrollan las organizaciones de jóvenes. Esto es de especial importancia dado que existen avances importantes por parte de las organizaciones en la sociedad civil lideradas por jóvenes, trabajo que no siempre es conocido ni incorporado dentro del quehacer del sector público.
- Incorporar a las organizaciones de la sociedad civil en SSR y VIH lideradas por jóvenes, en la planificación que realiza el MINSAL en relación a la agenda anual de prevención y detección del VIH en jóvenes, desde un rol activo y con injerencia en la toma de decisiones.

- Facilitar el trabajo articulado y coordinado entre MINSAL y las organizaciones de la sociedad civil en SSR y VIH lideradas por jóvenes para acciones de prevención y detección de VIH, fortaleciendo el liderazgo de dichas organizaciones en estas acciones, entre ellas, testeos en comunidades específicas de jóvenes, entre otras.
- Capacitar a los equipos de salud en la navegación por internet y redes sociales para que puedan conocer las diversas redes en SSR a las que las juventudes actuales están accediendo, para así poder establecer un diálogo de confianza y fortalecimiento de la adherencia a la atención de salud dentro del sistema de salud.
- Fomentar la utilización de las redes sociales e internet en tanto espacios prioritarios para la prevención de SSR y VIH en particular. En esta línea, capacitar a diversos agentes de salud y de las comunidades juveniles y expertos/as en la generación de cápsulas audiovisuales y otras herramientas para ser compartidas por las redes sociales, con el fin de llegar a las juventudes con los mensajes de prevención e información.
- Crear estrategias para la inserción de trabajadores de la salud en las redes sociales y aplicaciones que utilizan las juventudes en temáticas de sexualidades, para desde dicha inserción generar acciones de prevención que sean respetuosas y validen las prácticas que allí se socializan, desde un enfoque preventivo y de salud pública.

Juventudes LGBTIQ+

- Regular el cumplimiento del derecho de las personas a ser reconocidas por su nombre social en las instituciones públicas, y con ello facilitar el acceso a los trámites públicos sin barreras administrativas vinculadas al nombre de las personas.
- Generar normativas que resguarden la no discriminación y el buen trato hacia las juventudes de las diversidades sexo-genéricas en la atención de salud en general, y SSR en particular, en todos los niveles de atención del sistema de salud.
- Potenciar el trabajo intersectorial en materia de juventudes LGBTIQ+ para con ello resguardar sus derechos humanos en todos los ámbitos de relación con el Estado, incluido el sistema de salud.

Juventudes migrantes

- Incluir estrategias intersectoriales que puedan abordar las vulnerabilidades a las que están expuestas las adolescencias y juventudes migrantes durante todo su proceso migratorio y de asentamiento, incluidas violencias sexuales, de género y violencias sociales.

- Realizar acciones específicas para Juventudes migrantes, con pertinencia territorial, que validen y contengan las experiencias vividas por ellos/as durante el proceso migratorio y de asentamiento, para que a partir de ello se generen estrategias comunitarias participativas de prevención y detección del VIH.
- Concientizar al intersector sobre las aprehensiones que existen en esta población de acercarse a las instituciones públicas por miedo a ser deportados en el caso de estar en situación irregular en el país. En este sentido, reforzar en el intersector, y en el sector salud en particular, que se debe garantizar la atención de salud a toda persona, cualquiera sea su status migratorio.
- Implementar campañas y procesos de entrega de información desde el intersector, dirigidas a personas y Juventudes migrantes sobre el acceso al sistema de salud, enfatizando que su status migratorio no les impide dicho acceso.
- Visibilizar los procesos y prácticas de sexualización que experimentan adolescentes y Juventudes migrantes, y generar campañas de alerta social en relación a estos ámbitos, lideradas por el sector salud en coordinación con organizaciones pro migrantes, dada la exposición que esto conlleva a Juventudes migrantes en relación a riesgos referidos a violencias de diversa índole y en SSR.

Juventudes mapuche

- Visibilizar las múltiples realidades y procesos de construcción de identidades que existen actualmente entre las adolescencias y juventudes mapuche, y socializar las particularidades que conlleva esta heterogeneidad en relación a SSR y VIH entre adolescentes y Juventudes mapuche. En este sentido, fomentar una comprensión de la diversidad de posiciones que las personas jóvenes ocupan en relación a su identidad indígena, evitando esencializar su pertenencia étnica.
- Visibilizar las consecuencias que el conflicto Estado-pueblo mapuche tiene entre adolescentes y Juventudes mapuche: distancias con las instituciones públicas, generación de estigmas y discriminaciones, violencias, entre otras, y socializar esta información con las comunidades indígenas rurales y urbanas por diversas plataformas, tanto redes sociales como radios comunitarias locales, entre otras.
- Hacer efectivas las normativas y decretos de inclusión de pueblos originarios en la prevención de VIH, acorde a su propia cosmovisión y saberes en relación a la sexualidad y al VIH.

Prevención y testeo de VIH

- Generar de campañas de prevención de VIH a nivel nacional, con énfasis en el trabajo territorial, que convoque a las juventudes actuales, desde sus especificidades y medios acordes a ellos/as/es, es decir, plataformas como redes sociales y material audiovisual, y a través del trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil lideradas por jóvenes que se avocan a SSR y VIH. En esta línea, se considera prioritario incorporar a la sociedad civil liderada por jóvenes en materia de VIH para la generación de campañas de prevención, validando sus saberes en la materia, así como los alcances que éstas tienen dentro de los mundos juveniles del país y de la región América Latina y el Caribe.
- Fortalecer las estrategias de testeo rápido para la detección del VIH, pero con focalización en grupos particulares y, por ende, a ser ejecutadas en los territorios que estos grupos habitan o en los que socializan. Para esto es crucial que estas estrategias se organicen en conjunto con las comunidades a testar y con las organizaciones de la sociedad civil presentes en cada territorio, para que tengan la aceptación y validación por parte de los grupos. Asimismo, que las campañas de testeo sean pertinentes culturalmente, así como respetuosas con las cosmovisiones propias de cada grupo social.

V.2. Sector Salud

Educación y capacitación continua de equipos de atención de salud

Si bien las personas entrevistadas reconocen avances en los enfoques que el sector salud ha incorporado para abordar la SSR, hay acuerdo en plantear que las mallas educativas de las carreras de salud vinculadas a la atención de SSR continúan centrándose en cuerpos con vulva, identidades heterosexuales, y en la salud reproductiva (en desmedro de la sexual), enfoques que se reproducen y perpetúan en los contextos de atención de salud. Con respecto a los enfoques y marcos de comprensión de SSR, se recomienda:

- Potenciar una reflexión crítica entre trabajadores de la salud en relación a los enfoques hegemónicos de abordaje de las juventudes en Chile, y sus consecuencias en relación a la prevención y detección del VIH: enfoques adultocéntricos, patriarcales y heteronormativos. Junto con esto, el enfoque de riesgo individual, que predomina en el sistema de salud y que impacta negativamente en adolescentes y jóvenes.

- Incluir en las mallas de pre y postgrado de todas las carreras de la salud y afines, tanto profesionales como técnicas, y en programas de capacitación continua de equipos de salud:
 - » La temática de identidades y culturas juveniles, así como representaciones juveniles en torno a sexualidades, ITS y VIH desde los enfoques de interculturalidad, género e interseccionalidad.
 - » Las dimensiones positivas y de bienestar asociadas a la sexualidad, como el placer, responsabilidad afectiva, autocuidado; que son temáticas que aparecen como centrales en los discursos de las juventudes.
 - » Diversidades/disidencias sexo-genéricas, incluyendo todo el espectro de identidades, adscripciones y prácticas, incluidas aquellas fluidas y que no desean etiquetarse. Dentro de este punto, es relevante indagar tanto en adscripciones identitarias como en prácticas sexuales, debido a que hay personas que pueden tener prácticas con personas del mismo sexo sin identificarse como parte de la comunidad LGBTIQ+. Esto es, además, de crucial importancia dado que muchas veces se asume la heterosexualidad en la atención de salud, lo cual distancia a las personas LGBTIQ+ de los servicios de salud.
 - » Enfoque de interculturalidad en salud, incluyendo pueblos originarios, población migrante y a los diversos grupos sociales y culturales que habitan el territorio nacional.
- Facilitar y promover el perfeccionamiento y capacitación de la figura de encargados/as de programas de atención en SSR a población adolescente y joven en atención primaria, en las temáticas antes mencionadas.
- Facilitar y promover el perfeccionamiento y capacitación de facilitadores y mediadores interculturales en el trabajo de prevención y detección del VIH con población joven, en la atención de salud de Juventudes migrantes internacionales y jóvenes pertenecientes a pueblos indígenas, en las temáticas antes mencionadas.

Prevención y diagnóstico del VIH

- Capacitar y sensibilizar a todos quienes trabajan dentro de un centro de atención primaria de modo que, desde la persona que abre la puerta del centro de salud hasta el profesional que entrega la atención, ofrezcan una atención informada, resolutive, pero a la vez inclusiva y sin discriminación para la prevención del VIH.
 - » Incluir programas de capacitación para todos/as los/as trabajadores de Atención Primaria del país en temáticas de identidades y sexualidades juveniles, derechos de las juventudes en materia de SSR, estrategias para facilitar el acceso de las juventudes a preservativos, PrEP y otros dispositivos de prevención.

- Reforzar el que los profesionales de la salud informen que el examen de VIH se realiza de manera reservada, confidencial y privada. Esta acción es clave para que las personas jóvenes decidan realizarse el examen y facilitar la accesibilidad al test de VIH.
 - » Capacitar a todos/as los/as trabajadores de Atención Primaria del país en estrategias de orientación para la toma de muestras de detección de VIH a jóvenes, y los derechos que las personas tienen en relación a este tema.

Pertinencia cultural

- Robustecer el quehacer de los Espacios Amigables en atención primaria, fomentando el trabajo en redes con programas como PESPI y Migrantes, entre otros, con el fin de generar agendas conjuntas de trabajo en SSR de jóvenes con pertinencia cultural.
- Fortalecer la comunicación intercultural en la región de La Araucanía entre los equipos de salud de atención primaria y hospitalaria con las comunidades mapuche, generando espacios de diálogo de saberes en relación a juventudes, sexualidades y VIH, con continuidad y permanencia en el tiempo, con el fin de establecer lazos de confianza y generar estrategias conjuntas, participativas, para abordar la problemática del VIH en población mapuche.

Sector salud fuera de sus fronteras tradicionales

- Potenciar las acciones tanto de difusión como de intervención y atención de salud fuera del territorio del sector salud, buscando los canales más adecuados para comunicarse con la población adolescente y joven, que estén en concordancia con sus identidades y prácticas, por ejemplo, a través de redes sociales; en espacios de actividades recreativas o deportivas, en agrupaciones juveniles, entre otros, y desde allí generar estrategias participativas de conversación sobre el VIH, a modo de diálogo de saberes, para luego generar estrategias conjuntas de prevención y detección del VIH.
- Impulsar y potenciar en los casos en que ya exista, la instalación permanente de equipos de salud de atención primaria al interior de las escuelas, tanto a nivel de enseñanza básica como media, para el apoyo y atención en salud de adolescentes y jóvenes en SSR durante su jornada escolar, así como acciones en aula de prevención y detección de ITS y VIH.

Participación juvenil en salud

- Fomentar instancias de encuentro presenciales o virtuales entre el sector salud y adolescentes y jóvenes, propiciando la participación de grupos diversos de jóvenes a nivel nacional, con el fin de generar un diálogo participativo en torno a sexualidades, prácticas sexuales, cuidados en sexualidad y prevención y detección del VIH, con pertinencia cultural.
- Incorporar participativamente a adolescentes y jóvenes, y sus comunidades, en el diagnóstico, ejecución y monitoreo de planes y acciones de salud sexual y reproductiva en general, y prevención y detección del VIH en particular.
- Incluir a grupos históricamente invisibilizados, como juventudes LGBTIQ+, para que de ese modo puedan expresar sus puntos de vista, necesidades y recomendaciones en materia de SSR y prevención de ITS/VIH.

V.3. Investigación

- Fomentar nueva investigación en el país en relación a las juventudes en el Chile actual, incorporando las diversidades presentes en todo el territorio desde una perspectiva intercultural y de género, con el objetivo de indagar en sus múltiples representaciones en torno a sexualidad y VIH.
 - » Fomentar la investigación participativa, que incluya a las juventudes como investigadores y en todas las fases de los estudios y que, con ello, aseguren la inclusión de sus puntos de vista y estrategias de acción en materia de SSR en general, y prevención y detección del VIH en particular.
 - » Fomentar la investigación regional en el país, para con ello asegurar la visibilización de las necesidades de cada territorio y sus juventudes.
- Difundir los resultados de dichos estudios, así como otros que se estén desarrollando en la academia y otros espacios de generación de conocimiento, para que sean accesibles a toda la red de atención de salud a nivel nacional, con especial énfasis en quienes trabajan con población adolescente y joven, y en temáticas de SSR, ITS y VIH.

Referencias Bibliográficas

Alarcão, V., Stefanovska-Petkovska, M., Virgolino, A., Santos, O., Costa, A. (2021). Intersections of Immigration and Sexual/Reproductive Health: An Umbrella Literature Review with a Focus on Health. *Equity. Soc. Sci.*, 10(2), 63. <https://doi.org/10.3390/socsci10020063>

Alarcón, A. M., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M., y Northland, R. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 35(3), 276–282. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182018000300276>

Angeleri, S. (2022). Access to health care for Venezuelan irregular migrants in Colombia: Between constitutional adjudication and human rights law. *Int. J. Hum. Rights*, 26, 1056–1082. <https://doi.org/10.1080/13642987.2021.2002303>

Araya, A., Urrutia, M., Vega, P., Rubio, M., Carrasco, P., Pérez, C., Fernández, A., Obregón, M., Arancibia, F., Lasso, M. (2014). Optimizando el acceso oportuno al test de ELISA para el diagnóstico del VIH: Recomendaciones desde los usuarios y profesionales de la Atención Primaria de Salud. *Rev Med Chile*, 142(10), 1284-1290. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000008>.

Arcarazo, D.A. y Sartoretto, L.M. (2020). ¿Migrantes o refugiados? La Declaración de Cartagena y los venezolanos en Brasil. *Análisis Carol*, 9, 1–17. https://doi.org/10.33960/AC_09.2020

Barroso, C. (2014). Beyond Cairo: Sexual and reproductive rights of young people in the new development agenda". *Global Public Health*, 9(6), 639-646. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.917198>

Brown, E., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nolan, H., Hughes, E., Graham, M., Simmons, M. (2021). Improving the Sexual Health of Young People (under 25) in High-Risk Populations: A Systematic Review of Behavioural and Psychosocial Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17),9063. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179063>

Bustamante Cifuentes, I. (2017). Desigualdades que atraviesan fronteras. Procesos de inserción laboral de mujeres haitianas al mercado de trabajo en Chile. *Sophia Austral*, (20), 83–101. <http://doi.org/10.4067/S0719-56052017000200083>

Bustos, J. (2021). Coronavirus y wigka küxan: la percepción mapuche de la pandemia. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, 21, 1626–0252. <https://doi.org/10.4000/NUEVOMUNDO.84740>

Cabieses, B. y Oyarte, M. (2020). Acceso a Salud en Inmigrantes: Identificando Brechas Para La Protección Social en Salud. *Rev. Saúde Pública*, 54, 20. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001501>

Cabieses, B., Darrigrandi, F., Blukacz, A., Obach, A., Silva, C. (2021). Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: Findings from an opinion poll. *Medwave*, 21, e8103. <http://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8103>

Cáceres-Burton, K. (2019). Report: Epidemiological situation of sexually transmitted infections in Chile, 2017. *Rev Chil Infectol*, 36(2), 221-233. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>

Caffe, S., Plesons, M., Camacho, A., Brumana, L., Abdool, S., Huaynoca, S., Mayall, K., Menard-Freeman, L., de Fransciso, L., Gomez R., Chandra-Mouli, V. (2017). Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas?. *Reproductive Health*, 14(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0345-y>

Calderón, F. y Saffirio, F. (2017). Avances y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud desde la experiencia del SJM. En B. Cabieses, M. Bernal, A.M. McIntyre (Eds.), *La Migración Internacional Como Determinante Social de la Salud en Chile: Evidencia y Propuestas Para Políticas Públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo, pp. 51–59.

Carrère Álvarez, C. y Carrère Álvarez, M. (2015). Inmigración Femenina en Chile y Mercado de Trabajos Sexualizados. La Articulación Entre Racismo y Sexismo a Partir de la Interseccionalidad. *Polis (Santiago)*, 14(42), 33-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000300003>

Casas, L., y Ahumada, C., (2009). Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 88-98. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)34471-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)34471-7)

Castro, Á., Bermúdez, M. y Buela-Casal, G. (2009). Variables Relacionadas con la Infección por VIH en Adolescentes Inmigrantes Latinoamericanos. *Rev. Argent. De Clínica Psicológica*, 18(3), 227–240.

Castro-Arroyave, D. M., Gamella, J. F., Gómez Valencia, N., y Rojas Arbeláez, C. (2017). caracterización de la situación del VIH/SIDA en los Wayuu de Colombia: una aproximación a sus percepciones. *Chungará (Arica)*, 49(1), 109–119. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562017005000001>

Causevic, S., Salazar, M., Orsini, N., Kågesten, A., Ekström, A.M. (2022). Sexual risk-taking behaviors among young migrant population in Sweden. *BMC Public Health*, 22, 625. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12996-2>

Centro Interdisciplinario de Estudios de Género [CIEG]. (2006). *En los dominios de la salud y la cultura estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios*. CONASIDA, Ministerio de Salud. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/En-los-dominios-de-la-salud-y-la-cultura-estudio-pueblos-originarios-2005.pdf

Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. *Rev. Chil. De Salud Pública*, 12, 103–109.

Citarella, L. (2014). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Pehuén.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2011). *Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas*. México: CDI. <https://avispasenaccion.files.wordpress.com/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>

Correa Urquiza, M., Martínez Hernández, A., Martorell Poveda, M. (2021). Mundos vitales y malestar emocional en el tránsito adolescente: una mirada desde la antropología fenomenológica. En D. Cruz, E. Mollejo, F. González (Coords.) *Adolescencias. Nuevos Retos, Nuevas Transiciones* (pp.69-79). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Cosío, I. y Fernández, M. (2005) Entre masculinidades y gayasidades: Tirindaro, Michoacán. Un caso etnográfico. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1 (1), 127-140.

Decreto 67, 10 de marzo de 2016. [Ministerio de Salud]. Modifica decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. <https://bcn.cl/2mvjy>

Dides Castillo, C., y Pérez Moscoso, M. S. (2007). Investigaciones en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta Bioethica*, 13(2), 216–222. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200009>

Elias, N. y Scotson, J.L. (1994). *The Established and the Outsiders*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Fassin, D. (2007). *When bodies remember*. University of California Press.

Figueroa, E. (2012). Política pública de educación sexual en Chile: Actores y tensión entre el derecho a la información vs Libertad de elección. *Revista Chilena de Administración Pública*, 19, 105-131.

Flores Rojas, M.X. (2020). “VIH/Sida awajún”: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 38(44), 235–266. <https://doi.org/10.18800/ANTHROPOLOGICA.202001.010>

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2018). Women: at the heart of the HIV response for children. New York: UNICEF. <https://data.unicef.org/resources/women-at-the-heart-of-the-hiv-response-for-children/>

FondodeNacionesUnidasparalaInfancia[UNICEF].(2020).EstudioExploratoriodeCaracterización de Niños, Niñas y Adolescentes Migrantes de América Latina y el Caribe y sus Familias en Chile. <https://www.unicef.org/chile/media/4361/file/Estudio%20exploratorio%20de%20caracterizaci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20migrantes%20de%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20y%20sus%20familias%20en%20Chile.pdf>

Fuentes-García, A. (2019). El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. *Rev. Chil. De Salud Pública*, 23, 93–94. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.56343>

Galaz, C. y Menares, R. (2021). Migrantes/refugiadas trans en Chile: Sexilio, transfobia y solidaridad política. *Nómadas*, 205–221. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n54a12>

Ganle, J.K., Amoako, D., Baatiema, L., Ibrahim, M. (2019). Risky sexual behaviour and contraceptive use in contexts of displacement: Insights from a cross-sectional survey of female adolescent refugees in Ghana. *Int. J. Equity Health*, 18, 127. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1031-1>

- García Sosa, J. C., Meneses Navarro, S., Palé Pérez, S. (2013). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH-SIDA. Los chamulas entre barras y estrellas. *LiminaR*, 5(1), 119–144. <https://doi.org/10.29043/LIMINAR.V5I1.239>
- Gitlin, L.N. y Fuentes, P. (2012). The Republic of Chile: An Upper Middle-Income Country at the Crossroads of Economic Development and Aging. *Gerontologist*, 52(3), 297–305. <https://doi.org/10.1093/geront/gns054>
- Gundermann, H., González, H., Larisa, Y., Ruyt, D. E. (2009). Migración y movilidad Mapuche a la Patagonia Argentina. *Magallania*, 37(1), 21–35.
- Hoyos A., Sanabria J., Orcasita L., Valenzuela A., Gonzalez M., Osorio T. (2019). Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos. *Saúde Soc. São Paulo*, 28(2), 227-238. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180586>
- Instituto de Salud Pública [ISP], (2022a). Casos confirmados de VIH por el ISP, según grupo de edad. Chile, 2014-2021 [Datos estadísticos.]
- Instituto de Salud Pública [ISP], (2022b). Reporte mensual [en línea]. Vigilancia ISP. https://vigilancia.ispch.gob.cl/app/reporte_mensual
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2017). CENSO 2017. <http://www.censo2017.cl/>
- Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2015). *Jóvenes y juventudes indígenas: Vivencias y tensiones en el Chile contemporáneo*. https://issuu.com/iciis/docs/libro_injuv/5
- Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2018). Juventudes Migrantes: Nuevos Contextos y Desafíos en Chile. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_ndeg28_-_juventudes_migrantes.pdf
- Krauskopf, D. (2015). Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. *Última Década* 42, 115-128.
- Lampert, M. (2019). *Programas de VIH/SIDA: 2010–2018. Prevención, vigilancia, pesquisa, tratamiento y control*. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27412/1/BCN_2010_2018_programas_prevencion_tratamiento_VIHSIDA_final.pdf
- Leighton, C.S., Báez, C.L., Maldonado, N.G., Alvarez, A. (2014). Barreras Interaccionales en la Atención Materno-Infantil a Inmigrantes Peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*, (6), <https://sy.e.uchile.cl/index.php/RSE/article/view/27213>
- Leyva, R., Caballero, M., Ochoa M., S. C., Bronfman, M., y Mújica, C. R. (2009). VIH/Sida y Grupos móviles en México y Centroamérica: Estrategias regionales para la reducción de la vulnerabilidad. En M.A.C. García, R.C. Piñeiro, & J.S. Romellón (Eds.), *Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional: Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional. Tomo 3*, pp. 277–296. El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3dnp14.11>
- Magis, C., Bravo-García, E., y Carrillo, A. M. (2003). *La otra epidemia: el Sida en el área rural*. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58220/otraepid.pdf>

Martínez Pizarro, J. (Ed.). (2011). *Migración internacional en América Latina y el Caribe Nuevas tendencias, nuevos enfoques*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de La CEPAL.

Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., Monteiro, M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *Int. J. Behav. Med.*, 24, 836–845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>

Miano, M. (1998). Gays tras bambalinas. Historias de bellezas, pasiones e identidades. *Debate Feminista*, (18), 186-236.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011a). *Modifica Decreto N°182, De 2005, Del Ministerio de Salud, Reglamento del Examen para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/DECRETO-45-MODIFICA-DECTERO-182.pdf

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011b). *Estrategia Nacional de Salud, Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011–2020*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Directrices Estrategia Regional para Avanzar en Prevención Combinada del VIH y Abordaje de Otras Infecciones de Transmisión Sexual*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/01/Directrices-Hacia-la-Prevencio%CC%81n-Combinada-VIH-ITS.-2017.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018a). *Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018–2019*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018b). *Boletín epidemiológico: Evolución del VIH-SIDA Chile 2019*. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/02/BET_VIH_2019.pdf

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2019a). *Orientaciones Técnicas 2019 Profilaxis Pre Exposición (PrEP) a la Infección por VIH*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/OT-2019-Profilaxis-Pre-Exposici%C3%B3n-PrEP-a-la-infecci%C3%B3n-por-VIH.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2019b). *Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018–2019. Adenda 2020*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-Nacional-VIH-SIDA-e-ITS-2018-2019-ADENDA-2020.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2020). *Estrategia de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Estrategia-de-Prevencio%CC%81n-de-las-Infecciones-de-Transmisio%CC%81n-Sexual-final-09-07-2020.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Plan Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS, Para el periodo 2021-2022*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/RES.-EXENTA-N%C2%B0-1111-Plan-nacional-VIH-SIDA-e-ITS-2021-2022.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2022a). *Estrategia Nacional de Salud Para los Objetivos Sanitarios al 2030*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2022b). *Indicadores de Epidemiología*. <http://epi.minsal.cl/datos-drs/#/KKCBSG6MX>

Ministerio de Salud [MINSAL], (2022c). *Sistema reportes REM* [en línea]. <https://reportesrem.minsal.cl/>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. [MDSF] (2015). Resultados encuesta Casen, 2015. Gobierno de Chile.

Morales A., Espada J., Orgilés M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 135–141. <https://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>

Morgan, L., y Roberts, E. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19 (2), 241–254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>

Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., y Reading, C. (2015). HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic. *AIDS and Behavior*, 19(9), 1720–1734. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1023-0>.

Núñez-Noriega, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, 35, 2448–5144. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-050X2011000100002&script=sci_abstract&tlng=es

Obach, A., Sadler, M., Jofré, N. (2017) Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. Salud Pública (Colombia)*, 19(6), 852-858. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.70023>

Obach A., Sadler M., Aguayo F., Bernales M. (2018). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica*, 42, e124. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.124>

Obach A., Sadler M., Cabieses B. (2019). Intersectoral strategies between health and education for the prevention of adolescent pregnancy in Chile: findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 22(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/hex.12840>

Orellana, E. R., Alva, I. E., Cárcamo, C. P., y García, P. J. (2013). Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1240–1250. <https://doi.org/10.1177/1049732313502129>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH, 2016-2021. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contra-vih-2016-2021-hacia-fin-sida-2016>

Organización Naciones Unidas [ONU] (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. Todas las mujeres, todos los niños. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2006). *Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. Report of a technical consultation*. Washington DC: PAHO. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34493>

Ojeda, J.P. (2016). Afecciones afrocolombianas: Transnacionalización y racialización del mercado del sexo en las ciudades mineras del norte de Chile. *Latin American Research Review*, 51(2), 24-45. <https://doi.org/10.1353/lar.2016.0021>

Patton M. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. SAGE.

Parrado, E.A., Flippen, C.A., McQuiston, C. (2004). Use of commercial sex workers among Hispanic migrants in North Carolina: Implications for the spread of HIV. *Perspect. Sex. Reprod. Health*, 36, 150–156. <https://doi.org/10.1363/psrh.36.150.04>

Peralta L., Griffin Deeds B., Hipszer S., Ghalib K. (2007). Barriers and facilitators to adolescent HIV testing. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(6), 400-408. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0112>

Ponce, P., Forcada, H., Torres, J., y Rascón, A. (2011). El VIH y los pueblos indígenas. Comisión Nacional de Derechos Humanos México. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/vih_indigenas.pdf

Ponce, P., Muñoz, R., y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537–554. <https://doi.org/10.18294/SC.2017.1120>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2014). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA. <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2020a). *Avanzando hacia las metas 2020: progreso en América Latina y el Caribe*. <http://onusidalac.org/1/images/advancing-towards-2020esp-032020.pdf>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2020b). *Estrategia Mundial Contra el SIDA 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2021a). *Country fact sheets Chile 2021*. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2021b). La importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en la respuesta mundial al VIH. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210621_HLM_yp_srhr

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2022a). *Fact sheet 2022*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2022b). *IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022*. Geneva. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>
- Reyes Eguren, A. (2013). Juventudes migrantes. Indocumentados, invisibilizados y mitificados. Marco conceptual para una agenda de investigación en el estudio de la migración juvenil. *Revista de EL Colegio de San Luis*, 3(5), 288–307.
- Rodríguez Vignoli, J., Roberts Pozo, A. (2020). *El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de la Juventud.
- Samet J., Winter M., Grant L., Hingson R. (1997). Factors associated with HIV testing among sexually active adolescents: a Massachusetts survey. *Pediatrics*, 100(3), 371-377. <https://doi.org/10.1542/peds.100.3.371>
- San Martín D., Díaz P., Soto A., Calzadilla A., Díaz V. (2019). Tendencias de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Chile, según edad y género 2010-2017. *Rev Salud Pública*, 21(5), 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n5.80949>
- Sadler M., Obach A., Luengo X., Biggs A. (2011). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud/ MINSAL. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d077631463de04001011e011b94.pdf>
- Servicio Jesuita a Migrantes [SJM]. (2022). Migración en Chile. Lecciones y desafíos para los próximos años: Balance de la Movilidad Humana en Chile 2018 - 2022. Santiago, Chile. <https://www.observatoriomigraciones.cl/wp-content/uploads/2022/07/ANUARIO-2022.pdf>
- Servicio Nacional de Migraciones [SNM]. (2022). *Demografía de Los Principales Colectivos a Nivel Nacional—Venezuela; Estudios internos*. Santiago: Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
- Shaw, D. (2009). Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 132-136. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.025>
- Stefoni, C., Jaramillo, M., Urzúa, A., Macaya, G., Palma, J., Bravo, A., Díaz, C. (2022). *Informe Necesidades humanitarias Personas Venezolanas Con Ingreso Reciente a Chile*. <https://coes.cl/wp-content/uploads/Informe-Situacion-deVenezolanos-Ingresando-por-pasos-no-habilitados.pdf>
- Torres López, T.M., Iñiguez Huitrado, R.A., Pando Moreno, M., Salazar Estrada, J.G. (2009). Riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv.*, 7, 135–154.
- Ussher, J.M., Perz, J., Metusela, C., Hawkey, A.J., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J. (2017). Negotiating Discourses of Shame, Secrecy, and Silence: Migrant and Refugee Women’s Experiences of Sexual Embodiment. *Arch. Sex. Behav.*, 46(7), 1901–1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0898-9>

Vaca, J. (2003) "Los tarahumaras: ¿grupo de bajo riesgo?". En Magis, C. Bravo-García, E., Carrillo, A. *La otra epidemia: el Sida en el área rural*, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA. p. 97. CENISIDA, México.

Vega P., Araya A., Urrutia M., Carrasco P., Rubio M. (2015). Barreras percibidas por los usuarios para acceder al test de Elisa para VIH. *Ciencias y Enfermería*, 21(2),77-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200008>

Wolff M., Pinto M., Santolaya M., Aguilera X., Child R. (2020). *Infección por el Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH): antecedentes, situación actual, fortalezas, logros, brechas, desafíos y recomendaciones*. Academia Chilena de Medicina. https://www.academiachilenademedicina.cl/wp-content/uploads/2020/06/informe_vih.pdf

Zapata A., Muenza C., Quiroz S., Valenzuela J. (2020). Programa de Profilaxis Pre-exposición contra el VIH (PreP) del Ministerio de Salud en Chile. *Rev Med Chile*, 148, 1860-1867. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001201860>



PROYECTO FONIS #SA19I0091, ANID