

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA 2018

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital
Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes



Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Ciclo Vital
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Primera Resolución Exenta N°406 (09 marzo 2018)

Nota: Versión actualizada de documento de trabajo "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Nivel Secundario y Terciario de Atención" (octubre 2013) y Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada" (2017).

Segunda Resolución Exenta N° 1676, del 16 de noviembre de 2018

Colaboradores de primera versión del “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Nivel Secundario y Terciario de Atención” (2013)

Responsables Técnicos Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano Encargada Nacional de Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Jefa Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Pamela Burdiles Fraile Matrona Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Patricia Narváez Espinoza Enfermera y Matrona Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>María Angélica Caprile Araneda Asistente Social Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.</p>

Colaboradores Ministerio de Salud (2013)

<p>Alfredo Pemjeam Psiquiatra, Jefe Depto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Alfredo Silva Cirujano Dentista, Depto. Odontológico, División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>
<p>Ana Ayala González Matrona, División Atención Primaria, Unidad de Programas de Reforzamiento de APS. Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>	<p>Ana Cristina Pinheiro Nutricionista, División de Promoción y Políticas Públicas, Departamento de Alimentos y Nutrición. Subsecretaría de Salud Pública</p>
<p>Ana María Bustamante Asistente Social, Depto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Ana María San Martín Enfermera, Jefa Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Bárbara Hayes Frabasile Periodista, Unidad de Género y Salud. Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública</p>	<p>Anselmo Cancino Asistente Social, Depto. Promoción de la Salud. División de Promoción y Políticas Públicas. Subsecretaría de Salud Pública</p>
<p>Cecilia Zuleta Psicóloga, Depto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública</p>	<p>Carolina Peredo Matrona, Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>

<p>Edith Ortiz Enfermera. Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Lorena Arellano Nutricionista, División de Promoción y Políticas Públicas, Departamento de Alimentos y Nutrición. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Hernán Soto Fonoaudiólogo, Jefe Depto. Discapacidad y Rehabilitación. División de Promoción y Políticas Públicas. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Marta Prieto Matrona, Depto. Enfermedades No Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Jessica Villena G. Enfermera, Dpto. Gestión y Coordinación APS, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales</p>	<p>Miriam González Matrona, Programa Salud de la Mujer. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Laura Gajardo Profesora Educación Física, División de Promoción y Políticas Públicas. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Rodrigo Baeza G. Profesional, Depto. Gestión en TICs.</p>
<p>Lilian Urrutia F. Psiquiatra, Unidad de Salud Mental, División Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>	<p>Xenia Benavides Nutricionista, División de Atención Primaria. Unidad de Programas de Reforzamiento de APS. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>
<p>Maria José Letelier Ruiz Cirujano Dentista, Profesional Depto. Salud Bucal.</p>	<p>Ximena Carrasco Matrona. Jefa Depto. de Estadísticas e Información en Salud</p>
<p>Marie Jossette Iribarne W. Ingeniera Comercial, Depto. Estadísticas e Información en Salud</p>	<p>Mayra Torres Matrona, Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Pilar Monsalve Médico Cirujano, Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública</p>	<p>Carlos Becerra Jefe Programa Nacional de Salud en la Infancia, Dpto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Cecilia Reyes Enfermera /MINSAL</p>	

Destacamos el valioso aporte de diversas instituciones, cuyos representantes colaboraron en los distintos niveles de elaboración, análisis y consulta (año 2013):

<p>Adela Montero Vega Médico, directora CEMERA, Académico Facultad de Medicina Universidad de Chile</p>	<p>Anita Román Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile</p>
<p>Carmen Luz Rivera Académica Universidad de Santiago</p>	<p>Carolina Jorquera Psicóloga, Escuela de Psicología Universidad de Santiago</p>
<p>Claudia Saavedra Sectorialista SENAME</p>	<p>Claudia Sagredo Médico, Hospital Exequiel González Cortés. Universidad de Chile</p>
<p>Daniela Cabezas Sectorialista SEGEOB</p>	<p>Diego Salazar Académico Universidad de Chile</p>
<p>Dina Krauskopf Consultora, Universidad de Chile, UDD</p>	<p>Emilia Sanhueza Médico, Académica Universidad de Chile.</p>
<p>Francisca Hidalgo ONG en Marcha</p>	<p>Francisco Aguayo Cultura y Salud Programa EME Masculinidades y Equidad de Género</p>
<p>Hilda Bonilla Directora Escuela de Obstetricia Universidad de Chile</p>	<p>Juan Salinas Sociedad de Psiquiatría y Neurología Infantil y Adolescente (SOPNIA)</p>
<p>Lorena Hoffmeister Directora Escuela Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Mayor</p>	<p>Loreto Podestá Médico, Docente Universidad Austral</p>
<p>M^a Loreto Correa Venegas Médico. Encargada Programa Adolescente Hospital Padre Hurtado/Programa Adolescencia P. Universidad Católica</p>	<p>María Luisa Alcázar Médico Pediatra, Endocrinóloga, Dpto. Gestión de Redes, SSMSO</p>
<p>María Inés Romero Médico, Salubrista. Académica Universidad San Sebastián. Miembro del Directorio de la Sociedad de Adolescencia</p>	<p>Pablo Salazar Coordinador Participación Comunitaria Municipalidad de Santiago</p>
<p>Pamela Oyarzún Gomberoff Presidenta Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (SOGIA)</p>	<p>Patricia Elgueta Matrona, docente Escuela de Obstetricia Universidad de Chile</p>
<p>Patricio Altamirano Médico, Director Escuela de Medicina, Universidad Austral.</p>	<p>Paulina Cid Sectorialista SERNAM</p>
<p>Paz Robledo Hoecker Pediatra Especialista en Adolescencia, Presidenta Comité de Adolescencia Sociedad Chilena de Pediatría</p>	<p>Ramiro Molina Cartes Médico Académico Facultad de Medicina, Universidad de Chile</p>

<p>Ramón Florenzano Urzúa Médico, Director de Investigación / Vicerrectoría de Investigación y Postgrado Universidad del Desarrollo. Presidente de la Sociedad de Adolescencia</p>	<p>Rocío Nuñez Presidenta del Colegio de Enfermeras Universidad de Santiago</p>
<p>Rubén Alvarado Muñoz Profesor y Coordinador Ejecutivo de Postgrado, Escuela de Salud pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.</p>	<p>Tamara Zubarew Gurtchin Médico Pediatra, Jefa Unidad Adolescencia, Depto. Pediatría, Facultad de Medicina. P. Universidad Católica de Chile</p>
<p>Stella de Luigi de Marco Enfermera. Colegio de Enfermeras</p>	<p>Yohana Beltrán Matrona, Docente Escuela de Obstetricia UACH</p>
<p>Valentina Andraca Depto. de Participación del INJUV</p>	<p>Ximena Luengo Charath Médico. Directora Ejecutiva Programa FONIS de CONICYT/MINSAL</p>
<p>Viviane Jofre Directora Escuela de Enfermería Universidad de Concepción</p>	<p>Hilda Iturralde Matrona USA Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</p>
<p>Elizabeth Ripoll Psicóloga Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</p>	<p>Gonzalo Menchaca Médico Pediatra Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</p>

Responsables técnicos del documento, segunda versión 2017.

Lorena Ramírez Concha

Matrona

Encargada Nacional del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

María Luisa Alcazar Saldivia

Médico Pediatra

Endocrinóloga Infantil

Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados

División Gestión de Redes Asistenciales

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Cettina D'Angelo Quezada

Matrona

Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

Colaboradores Ministerio de Salud, segunda versión 2017

Juan Baeza Correa

Matrón

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

Daniela Vargas Guzmán

Matrona

Magister en Salud Pública

Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados

División de Gestión de Redes Asistenciales

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Rebeca Paiva Reinero

Médico

Encargada Unidad de Salud Respiratoria

División de Atención Primaria

Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Colaboradores Externos, segunda versión 2017

<p>Tamara Zubarew Gurtchin Médico Pediatra. Especialista en Adolescencia División de Pediatría, Facultad de Medicina P. Universidad Católica de Chile</p>	<p>Claudia Sagredo Barrios Médico Pediatra Especialista en Adolescencia Hospital Padre Hurtado</p>
<p>Maria Eugenia Henríquez Canessa Médico Pediatra Especialista en Adolescencia Hospital Dr. Roberto del Río</p>	<p>Macarena Velarde Lizama Médico Familiar Unidad de Salud del Adolescente Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río</p>
<p>Francisco Funes Díaz Médico Pediatra. Especialista en Adolescencia Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna</p>	<p>Mónica Galanti de la Paz Médico Pediatra. Nefróloga infantil Hospital Dr. Roberto del Río</p>
<p>Fernando González Escalona Médico Pediatra. Magister® en Salud Pública. Programa NANEAS. Hospital Dr. Exequiel González Cortés</p>	<p>Pablo Araya Vía Médico Familiar Programa Adolescente. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Dr. Gustavo Fricke</p>

Equipo revisor y validador versión final 2018

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano Jefe División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>	<p>Macarena Valdés Correa Enfermera/ Encargada Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. de Ciclo Vital, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>
<p>Maria Eugenia Henríquez Canessa Médico Pediatra Especialista en Adolescencia Hospital Dr. Roberto del Río.</p>	<p>Tamara Zubarew Gurtchin Médico Pediatra Especialista en Adolescencia. División de Pediatría, Facultad de Medicina. Universidad Católica de Chile.</p>
<p>Pamela Meneses Cordero Socióloga Depto. Modelo APS. División Atención Primaria Subsecretaría Redes Asistenciales.</p>	<p>María Verónica Gaete Pinto Médico Pediatra. Especialista en Adolescencia. Profesora Titular, Fac. de Medicina. U. de Chile. Jefa Centro Adolescentes y Jóvenes, Clínica Las Condes.</p>
<p>Cettina D'Angelo Quezada Matrona Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública</p>	<p>Felipe Hasen Narváez Antropólogo Programa Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
	<p>Patricia Narváez Espinoza Enfermera/Matrona Directora Centro de Salud Mental Comunitario de Recoleta</p>

CONTENIDO

CAPÍTULO I	11
1.1. INTRODUCCIÓN	11
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
Prolongación de la edad pediátrica	12
CAPÍTULO II	14
2.1. ANTECEDENTES	14
2.1.1. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (2008 - 2015)	14
2.1.2. CONTEXTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES 2012-2020	14
2.1.3. ÁREAS TEMÁTICAS DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	16
2.1.4. SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	16
2.2. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES	25
2.3. ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL ESPECIALIZADA Y DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	28
2.3.1. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN	29
2.3.2. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DIFERENCIAL DE ADOLESCENTES	31
2.3.3. PRESTACIONES DE SALUD DEL PROGRAMA ADOLESCENTE A NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA	34
2.3.4. CONCEPTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	35
CAPÍTULO III. PROGRAMA ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	38
3.1. OBJETIVO GENERAL	38
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3.3. POBLACIÓN DESTINATARIA	39

3.4. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA	40
3.4.1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA	40
3.4.2. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN CERRADA	44
CAPÍTULO IV. COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DIFERENCIAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A NIVEL ESPECIALIZADO ABIERTO Y CERRADO	52
CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS Y LEGALES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES	55
5.1. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES	55
5.2. MARCO LEGAL VIGENTE Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES	57
CAPÍTULO VI. MONITOREO	61
6.1. TIPOS DE INDICADORES	61
6.2. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA	64
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	73
GLOSARIO	84

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

En 1995, el Ministerio de Salud de Chile formula el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes, con el propósito de dar respuesta a las necesidades específicas de atención sanitaria de esta población. En el año 1999, se publica la Política en Salud de Adolescentes y Jóvenes, que propuso cambiar el paradigma asistencial hacia un enfoque holístico, integral y bio-psicosocial. En el año 2008, esta política se actualiza y se enfoca en el desarrollo humano, la participación y la articulación con otras políticas y programas orientados a adolescentes y jóvenes, considerando sistemáticamente los determinantes sociales de la salud y promoviendo el ejercicio de derechos. Posteriormente, en el año 2012, se elabora el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y su respectivo plan de acción para el período 2012-2020 (aprobado por Resolución Exenta N° 466 del 20 de julio 2012 del Ministerio de Salud), orientado inicialmente al quehacer del nivel primario de atención [1].

Es así, como el Programa Nacional propone diseñar e implementar una oferta de servicios de salud integral en el sistema público de salud para la población de adolescentes y jóvenes, que dé respuesta a las necesidades de este grupo de personas. De acuerdo a recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales, se utiliza como base del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, un modelo de atención de salud integral y ecológico, con enfoque de ejercicio de derechos, determinantes sociales, género, curso de vida, interculturalidad, familiar y comunitario [2]. En consecuencia con el modelo propuesto, se señala la importancia de contar con una red de servicios coordinados y articulados en niveles de atención, que permita abordar las necesidades de esta población en forma integral, integrada e intersectorial, que promuevan la equidad y favorezca una atención diferenciada y de alta calidad.

Por ello, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional, reconoce la necesidad de desarrollar un segundo documento que aborde la atención de adolescentes y jóvenes en los niveles especializados de atención abierta y cerrada, en ese entonces mencionado como niveles secundario y terciario [1].

Fundamentado en lo anterior, y dado que Chile se encuentra en implementación y desarrollo de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) y un régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en población adolescente y joven, que permite cubrir algunas patologías, y cuya resolución y responsabilidad le compete principalmente al nivel especializado de mayor complejidad, es que el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional, elabora este documento, denominado **Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada**, con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud de esta población en niveles de mayor complejidad y resolutivez, cuyo desafío es cerrar brechas y prestar servicios de salud de calidad, diferenciados, más equitativos, integrales e integrados a los y las adolescentes y jóvenes de nuestro país.

A esto se suma, como un importante sustento para la presente propuesta, los Objetivos del Desarrollo Sostenible planteados por la Organización de Naciones Unidas en el año 2015 y la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, donde la atención de esta población, en los niveles especializados, está directamente involucrada en el cumplimiento de las Metas de Impacto definidas en ella.

En consecuencia y alineado con el modelo de atención y gestión de Sistemas de Salud basados en la atención primaria, los niveles de atención especializado abierta y cerrada, deberán ser complementarios al modelo implementado en el nivel primario de atención, sumando todas sus características

y agregando aquellas propias que requiere la atención en niveles de mayor complejidad y resolutivez. De esta manera, se conforma una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) que opera en forma articulada y complementaria, con el fin de lograr un óptimo nivel de salud de adolescentes y jóvenes, basada en la continuidad de la atención.

El programa propuesto, y cuya formulación inició el año 2013, se enmarca en recomendaciones internacionales y en la vasta experiencia desarrollada por profesionales clínicos y académicos chilenos, que se encuentran desarrollando su quehacer profesional con adolescentes y jóvenes que presentan problemas de salud complejos y que requieren de una mayor resolutivez, quienes han aportado con generosidad a la elaboración del presente documento, nutrido además, de la experticia de diversos equipos técnicos vinculados al Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes al interior del Ministerio de Salud, así como de diversos equipos asesores externos, compuestos por expertas y expertos del nivel especializado de atención abierta y cerrada, con los cuales, a partir del año 2012, se conformaron mesas de trabajo permanentes. Como programa, tenemos la certeza de que, sin su activa colaboración y participación, no habríamos obtenido los mismos resultados.

Finalmente, se deja a disposición de Directores, Subdirecciones y Jefaturas de Servicios, profesionales y técnicos, un documento que guiará el desarrollo de Servicios de Salud en niveles especializados, debiendo ser implementado progresivamente por las Secretarías Regionales Ministeriales y los Servicios de Salud, liderados por los gestores y referentes en los niveles de mayor complejidad de atención abierta y cerrada, tanto pediátricos como de adultos, que atienden a la población 10 a 24 años, en el Sistema Público de salud. Así, también se constituye en una recomendación para el Sistema Privado de atención de salud.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Prolongación de la edad pediátrica

Cada vez existen más niños y niñas con enfermedades crónicas y/o complejas que llegan a la adolescencia y a la adultez [3], denominados NANEAS (niños y adolescentes con necesidades especiales en la atención de salud), quienes necesariamente tendrán que transitar desde una atención pediátrica, hacia una atención de persona adulta.

La mayor parte de los servicios de salud, especialmente a nivel hospitalario, fraccionan la atención de adolescentes, debiendo ser transferidos a servicios de adultos una vez cumplidos los 15 años. Esto impacta en la adherencia a los controles y en la continuidad de los tratamientos, aumentando la morbimortalidad, sobre todo en adolescentes con necesidades especiales en la atención de salud.

El Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría, en el 2011 [4] frente a la organización de los servicios dirigidos a adolescentes en el sistema público, recomendó “la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red de atención de salud, considerando como límite de edad aquel establecido por OMS/OPS”. Algunas razones que explican tal recomendación son:

- Se requiere un enfoque biopsicosocial, preventivo y de desarrollo, propio de la atención pediátrica, la cual no es entregada en la atención de adultos [5], [6]. Ello, porque en la adolescencia, como en otras etapas de la vida, los problemas de salud necesitan del enfoque biopsicosocial, en donde incluso las enfermedades tradicionalmente biomédicas afectan los ámbitos psicológico y social [7] Es sabido, además, que una alta proporción de las problemáticas juveniles resultan prevenibles, en especial las conductas de riesgo y sus consecuencias. Sin embargo,

éstas no constituyen motivo de consulta para el adolescente y/o su familia, hasta que son mucho más complejas y de difícil resolución [8], [9], [10].

- Se trata de un período en el cual se producen múltiples y rápidos cambios biológicos, psicológicos y sociales, que condicionan tanto vulnerabilidades como oportunidades para los jóvenes, quienes requieren de una orientación adecuada para alcanzar un desarrollo positivo [9], [11], [12], [13].
- La adolescencia, es la etapa de la vida en que se transita progresivamente desde la absoluta dependencia de los padres hacia -potencialmente y dependiendo de las posibilidades- la total autonomía. Durante todo este período, los padres son habitualmente el principal sistema de apoyo del adolescente y joven, fundamentales para su adecuada atención de salud y cumplimiento de las indicaciones [14] [15]. Por otro lado, la familia también es relevante en algunas problemáticas del adolescente y joven [16], [17], por lo que resulta esencial involucrarla en su abordaje de salud. Si bien, la atención en los servicios pediátricos incluye a la familia, en los servicios de adultos, la familia tiende a ocupar un rol secundario.
- Separar al joven de su equipo de atención antes de que haya completado su proceso de adolescencia -sobre todo si presenta necesidades especiales de atención de salud-, puede provocar un quiebre en su relación con el sistema de salud y una mala adherencia a las indicaciones y los controles. La transición en el cuidado de salud, debe ser un proceso gradual e, idealmente, la transferencia al sistema de atención del adulto tiene que producirse una vez terminado el crecimiento y desarrollo del joven, cuando éste ya posee la capacidad de cuidar de su propia salud y de tomar decisiones autónomas en este ámbito [18], [19] [17].
- Es el equipo pediátrico el que tiene una formación profesional que le permite una visión evolutiva del crecimiento y desarrollo, un enfoque preventivo en salud y el que se relaciona mejor tanto con el grupo de adolescentes como con sus familias. Además, se encuentra en una posición de privilegio para dar continuidad a la atención del adolescente, ya que, producto de haber cuidado a éste desde la más temprana infancia, conoce en profundidad al adolescente y sus padres, y ha establecido un vínculo de confianza con ambos.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el ordinario N°1791 del 14 de junio 2012, autoriza a los establecimientos pediátricos y servicios de pediatría para otorgar prestaciones a pacientes hasta los 19 años, 11 meses, 29 días de edad, según los recursos disponibles para ello. A partir de esa comunicación, se comienzan a desarrollar esfuerzos para cerrar las brechas y poder brindar una atención de calidad y especializada a este grupo de edad en el mediano y largo plazo. Esto abre las puertas para iniciar estos procesos, así como para intencionar recursos que faciliten la atención de adolescentes mayores de 15 años en servicios de pediatría.

La estrategia de prolongación de la edad pediátrica, es consistente con el actual enfoque de curso de vida del Ministerio de Salud de Chile [20], que reconoce la continuidad del desarrollo y evita la segmentación en etapas, especialmente en periodos críticos del crecimiento y desarrollo, como es la adolescencia.

CAPÍTULO II

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES (2008 - 2015)

El propósito de esta Política, es “contribuir al máximo estado de bienestar bio-psicosocial de la población de adolescentes y jóvenes en Chile, con equidad, y enmarcando este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano” [5]. Esta política reconoce a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y deberes, y obliga al sector salud a satisfacer sus necesidades y estimular su protagonismo para la búsqueda del estado pleno de bienestar.

Esta política, propuso una serie de estrategias de acción, distinguiéndose dos estrategias que resultan relevantes para el desarrollo de este documento:

1. Potenciar el desarrollo de servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes, señalando que se debe hacer innovaciones organizacionales para implementar servicios de salud con espacios diferenciados, accesibles y amigables, que resguarden la privacidad y brinden una atención oportuna, integral y de calidad.
2. Desarrollar una Red Asistencial que satisfaga las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes. A nivel de atención de mayor complejidad, se requiere el desarrollo de servicios que den respuesta adecuada a la población adolescente, integrales e integradas, con equipos transdisciplinarios que formen parte de la red integrada de salud. También enfatiza la importancia de constituir equipos de especialistas para el abordaje de patologías crónicas o emergentes, con competencias en el manejo de adolescentes y jóvenes para brindar una atención integral y el desarrollo de programas de traspaso de usuarios complejos desde servicios pediátricos a los del adulto, donde además se estimule la permanencia en el sistema escolar y mejore la adherencia a tratamientos.

2.1.2. CONTEXTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES 2012-2020

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2012-2020, se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (ENS), además de la Estrategia Regional de OPS 2010-2018 para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, junto a su respectivo Plan de Acción de Salud para este grupo etario. Tiene como metas aumentar y mejorar el acceso a los servicios amigables de atención, promover la legislación sobre derechos y las necesidades de adolescentes y jóvenes, ampliar la participación juvenil en la planificación de los planes y programas, implementar intervenciones efectivas basadas en evidencia, propiciar una política integrada con el sector, entre otras medidas [1].

Algunas metas planteadas en la Estrategia Nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, orientadas a la población de adolescentes y jóvenes son:

1. Disminución de la tasa proyectada de embarazo adolescente. Meta de impacto “disminuir en un 10% la tasa de fecundidad proyectada en la población de 10 a 19 años”.
2. Disminución de la tasa de mortalidad por suicidio en población adolescente. Meta de impacto “disminuir en un 15 % la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años”.
3. Otras metas en salud mental, VIH e ITS y estilo de vida saludable.

El Programa Nacional, adscribe a los principios que son transversales para la atención de población adolescente y joven, ya sea sana o portadora de enfermedades, en cualquier nivel de atención y en toda oferta de salud dirigida a este grupo, los mismos que son recomendados por la Organización Panamericana de la Salud, que se expresan en un modelo de atención que brinde:

- Espacios físicos agradables, atractivos y cercanos para adolescentes, con disponibilidad de material educativo, acorde a sus necesidades y a las de sus familias.
- Servicios que aseguren accesibilidad en cuanto a horarios de atención, tiempos de espera, gratuidad.
- Servicios que aseguren la accesibilidad, respetando la cultura, la diversidad, sin discriminación alguna.
- Servicios que incorporen enfoque de derechos, determinantes sociales y género.
- Servicios que aseguren la privacidad y confidencialidad de la atención.
- Servicios de calidad, que brinden atención adecuada y oportuna, considerando las necesidades específicas de adolescentes e incluyan actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Servicios que cuentan con personal de salud empático, motivado y con competencias para la atención de adolescentes.
- Servicios integrados y articulados entre los diferentes niveles de atención, los establecimientos educacionales y la comunidad.
- Servicios que promuevan y faciliten canales de participación de adolescentes, su familia y la comunidad.

De esta forma, desde el Programa Nacional, se da lugar al desarrollo de diversos documentos regulatorios con recomendaciones que promueven intervenciones efectivas. Algunos de estos documentos son:

- Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual - 2011.
- Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes -2011.
- Orientaciones Técnicas para el Monitoreo del Programa - 2012.
- Programa Nacional Salud Integral Adolescentes, 2º edición - 2012.
- Orientaciones Administrativas para el control de Salud Integral de Adolescentes "Control Joven Sano" - 2012.
- Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores - 2013.
- Orientaciones Técnicas para el control de Salud Integral "Control Joven Sano"- 2014.
- Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes - 2016.
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria -2016.
- Guías Anticipatorias para la adolescencia - 2016.
- Instructivo para completar Historia Clínica del Adolescente CLAP/OPS/OMS: Versión modificada - 2016.

2.1.3. ÁREAS TEMÁTICAS DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

En el Programa Nacional 2012-2020, se expresa que las principales causas de enfermedad y de riesgo en adolescentes y jóvenes, están vinculadas a comportamientos, conductas, factores psicosociales y condiciones de vida. La evidencia indica que muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, se adquieren en el período de la adolescencia [21].

Según prevalencia, se pueden distinguir las siguientes áreas temáticas, que fueron priorizadas en las actividades del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes:

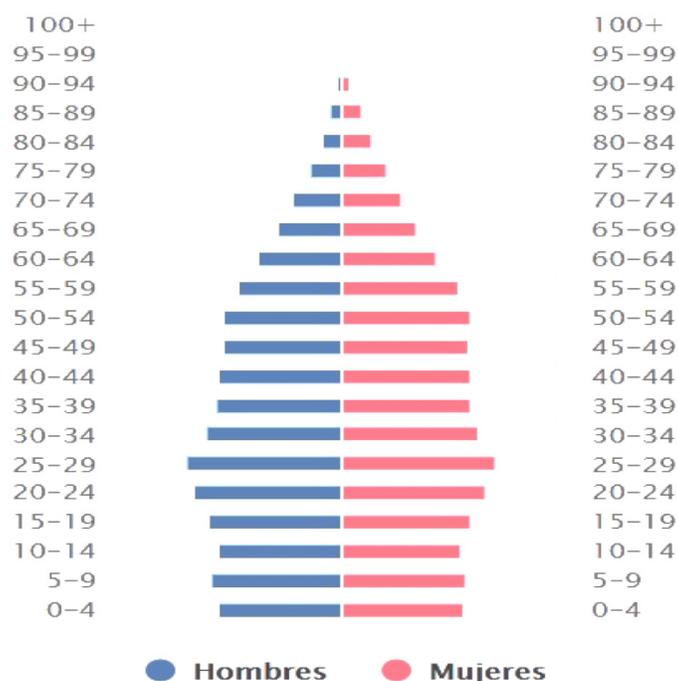
- Promoción de la salud
- Salud Mental
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Nutricional
- Enfermedades Crónicas - Adolescentes con necesidades especiales en la atención de salud
- Enfermedades Oncológicas
- Discapacidad
- Salud Bucal

Por su parte, el **Plan de Acción** del Programa Nacional, desarrolla una planificación de las líneas estratégicas en concordancia con los resultados esperados de la Estrategia Nacional 2011-2020, con énfasis en el nivel primario de atención, priorizando acciones a desarrollar en los niveles de mayor complejidad. Este Plan de Acción, propone una estrategia a 10 años, cuyo objetivo es responder a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes del país. Se respalda en la evidencia disponible, utilizada para elaborar los Objetivos Sanitarios de la Década, enfatiza que se requieren respuestas integrales e integradas del sector salud, con especial atención en los adolescentes y jóvenes más vulnerables y propone disminuir brechas identificadas en relación a los problemas de salud por sexo, edad, regiones, comunas y barrios [1].

En este contexto, los Servicios de Salud reforzarán las acciones para responder a los requerimientos específicos de adolescentes de sus territorios, en atención de especialidad ambulatoria o cerrada.

2.1.4. SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población en Chile registrada en el CENSO 2017, es de 17.574.003 habitantes, de la cual 8.601.989 son hombres y 8.972.014 son mujeres. Chile, además, está en una etapa avanzada de transición demográfica, caracterizándose por un envejecimiento continuo y constante de su población, con un porcentaje creciente de población mayor de 60 años (16,1 %), por sobre el grupo de población más joven.

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 2017.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). CENSO 2017

El angostamiento de la base de la pirámide da cuenta de la menor cantidad de nacimientos ocurridos en los últimos 20 años, mientras que la mayor cantidad de población que se aprecia está entre los 20 y 29 años [22].

Según el último CENSO 2017, la población adolescente asciende a 2.392.112 personas, lo que corresponde al 13,16 % de la población total; de ellos el 48 % corresponde a adolescentes de 10 a 14 años y el 52 % a adolescentes de 15 a 19 años. Con respecto a la distribución por sexo, del total de adolescentes, el 51,08% corresponde a hombres y el 48,92% restante a mujeres.

TABLA N.º. POBLACIÓN DE ADOLESCENTES, SEGÚN RANGOS ETARIOS, CHILE. 2017.

Población 2017	TOTAL PAÍS	% NIVEL PAÍS	HOMBRE	% NIVEL PAÍS	MUJERES	% NIVEL PAÍS
POBLACIÓN 10-14 AÑOS	1.147.415	6,5	585.855	3,3	561.560	3,1
POBLACIÓN 15-19 AÑOS	1.244.697	7,0	636.064	3,6	608.633	3,4
TOTAL POBLACIÓN ADOLESCENTES	2.392.112	13,16	1.221.919	6,9	1.170.193	6,6
POBLACIÓN TOTAL PAÍS	17.574.003	100,0	8.601.989	48,9	8.972.014	51,1

Fuente: Instituto de Estadística, CENSO 2017.

Por otro lado, según datos de la CASEN 2015, el 77,3% de la población son beneficiarios del sistema público de salud, equivalente a 2.921.888 adolescentes y jóvenes. Esta información concuerda con la de FONASA. Cabe destacar que el número de beneficiarios incluye a un 17,8% de población en situación de pobreza, sin previsión, los que suman 520.096 adolescentes y jóvenes [23].

En relación con la salud física, el grupo de adolescentes y jóvenes ha sido considerado tradicionalmente como una población “sana”, dado que su mortalidad es entre siete y diez veces menor que en la población general. Además, manifiestan una escasa demanda asistencial. Por ejemplo, dentro de los egresos hospitalarios, este grupo etario corresponde sólo al 10%.

Sin embargo, en este mismo grupo, la prevalencia de patologías de salud mental, consumo abusivo de alcohol y drogas, e infecciones de transmisión sexual (ITS), muestra señales preocupantes. Muchas causas de muerte y morbilidad en esta edad son atribuibles a condiciones y estilos de comportamientos riesgosos. Es posible observar en las últimas décadas, un importante aumento de conductas de riesgo en este grupo poblacional: conducta sexual riesgosa, consumo problemático de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otros [24] [25] [26].

Salud Sexual y Reproductiva

De acuerdo a datos recogidos de la **8° Encuesta Nacional de Juventud, 2015** [26], al llegar a los 19 años, la cantidad de adolescentes iniciados sexualmente (con prácticas penetrativas) alcanza un 47,5%, con una edad promedio de inicio a los 15,47 años. Cabe destacar que, a los 15 años, un 22,5% del grupo de adolescentes declaran haberse iniciado sexualmente. El grupo entre 15 y 19 años informa una media de 1,95 parejas sexuales en el último año, el más alto en la población de adolescentes y jóvenes, lo cual va declinando a mayor edad. El 11,5% de los jóvenes entre 15 y 19 años ya iniciados, ha tenido tres o más parejas en los últimos doce meses. Entre las prácticas sexuales la encuesta destaca que el 14,9% de la población adolescente ha tenido prácticas de sexo anal, cifra que va aumentando con la edad.

Entre los métodos de protección podemos señalar que el 72,4% del grupo de adolescentes, señalan haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual, y un 60% de ellos habría utilizado el condón. Esta cifra es más alta a mayor nivel socio económico y en población urbana. La cifra desciende a un 53,9% de uso del condón al ser consultados sobre la última relación sexual. En el grupo de mayor edad el descenso es más marcado, aunque aumentan quienes se califican a sí mismas como “pareja estable”.

El embarazo en adolescentes ha tenido una sostenida disminución, con una tasa de fecundidad 21,11 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 19 años, en el año 2015. Sin embargo, al segregarlo por grupos etarios, las adolescentes de 10 a 14 años resultan con una tasa de 1,21, que no ha variado mayormente en los últimos años. No así en el caso de las adolescentes de 15 a 19 años, donde hay una tendencia a la baja y cuya tasa de fecundidad específica en el año 2015, fue de 39,31 por 1.000 mujeres de ese tramo. Por otro lado, en relación al embarazo repetido, en el año 2015 hubo un total de 2.625 adolescentes que tuvieron su segundo, tercero e incluso - en cuatro casos - cuarto nacido vivo antes de los 20 años, cifra que corresponde al 10% de los nacimientos de hijos de madres adolescentes. [27].

De acuerdo a los datos entregados por el Departamento de Estadísticas e Investigación en Salud (DEIS), la mortalidad materna en el grupo de 15 a 19 años, definida como aquella ocurrida hasta los 42 días postparto, causada por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, para el año 2015, fue de 2 muertes, con una tasa de 6,6 (por 100.000). Las causas de estos decesos asociados al proceso reproductivo, fueron infección ovular y la otra por trastorno del puerperio no especificado. En el año 2014, también se registraron 2 muertes maternas por causas obstétricas directas. De igual manera, en 2013 se registraron 2 muertes en mujeres entre 15 y 19 años, cuya causa para ambas fue aborto ¹.

¹ Solo desde el año 2013, el Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS) dispone de información desagregada por tramos de edad, para el indicador de mortalidad materna.

En relación a las infecciones de transmisión sexual, los casos de gonorrea en el quinquenio 2011-2015, obtuvo las tasas más elevadas en el grupo de 20 a 24 años, con valores entre 28,7 a 36,7 por 100.000 mil habitantes, observándose un aumento de la cifra desde el año 2014 al 2015, lo que representó un 30% de aumento [28]. Durante el año 2011, se observa que la tasa del grupo de 15 a 19 años, alcanza valores similares al grupo de 25 a 29 años, y a partir del 2013 la tasa en menores de 19 años sobrepasa a este grupo. En 2015, el grupo de adolescentes mostró valores que oscilan entre 18,3 a 27,0 por 100.000 mil habitantes, donde los menores de 14 años, representaron el 1,7% del total de casos, mostrando tasas entre 0,7 y 0,9 por 100.000 mil habitantes [29].

Sobre las notificaciones por VIH, en el quinquenio 2011-2015, el grupo de 15 a 19 años mostró una tasa ascendente. El grupo de 10 a 14 años 2015 obtuvo una tasa de 0,1 por 100.000. En el rango de 15 a 19 años fue de 6,0 por 100.000. Cabe señalar que la vía sexual constituye la principal vía de transmisión [29].

De acuerdo a cifras preliminares de sífilis en el año 2017, el grupo de adolescentes presentó una tasa de 0,1 para el segmento de 10 a 14 años, 4,5 para el de 15 a 19 años, y en el caso de jóvenes de 20 a 24 años resultó de 11.1 por 100.000 habitantes. [30]

Prevalencia patologías de Salud Mental

De acuerdo al último estudio de prevalencia publicado en Chile, se estima que, en adolescentes, un 16,5% entre 12 y 18 años presenta algún trastorno mental [31]. Los resultados de éste, señalan que los más frecuentes serían trastornos disruptivos con una prevalencia de 8,0, trastornos ansiosos con prevalencia 7,4, y en tercer lugar los trastornos del tipo afectivo (prevalencia 7,0).

La sintomatología depresiva aumenta el riesgo de suicidio en ambos sexos [32], [33], siendo la depresión uno de los factores de riesgo más importantes en mujeres [34].

Respecto al suicidio en adolescentes, en el año 2015 la tasa por muerte a causa de lesiones auto-infligidas intencionalmente, resultó de 1.7 por 100.000 para ambos sexos en edades entre 10 a 14 años y de 8.1 en el rango 15 a 19 años. Al comparar con periodos anteriores, en el grupo de 15 a 19 años la tasa de suicidio el año el 2005 fue de 8.9 y presentó un alza hasta el año 2008, llegando a una tasa de 12.8; posteriormente la tasa presentó una disminución (2014 tasa de 8.03). En el grupo de 10 a 14 años la tendencia de suicidio ha sido errática, con leves bajas y alzas (2005: 2,6; 2008: 2.12; 2013:1,6; 2014: 1,8, respectivamente).

Por último, la tasa en jóvenes de 20 a 24 años en el año 2015, fue de 12.4 para ambos sexos, siendo considerablemente mayor en los hombres (19.5). La tasa en este grupo, ha tenido oscilaciones que tienden principalmente a la baja. En el año 2010, llegó a 16.1, mientras que el año 2012 bajó a 12.6, y el año 2013 llegó a un 11.7. Sin embargo, según datos del año 2014, se presentó un alza al 12.8, para posteriormente disminuir en el año 2015.

TABLA N°II. TASA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (CIE 10: X60-X84) SEGÚN SEXO Y GRUPO ETARIO, CHILE 2015. TASAS POR 100.000 HABITANTES.

Grupo etario	2015		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
10 - 14 años	1,7	1,3	2,2
15 - 19 años	8,1	11,7	4,3
20 - 24 años	12,4	19,5	5,0

(*) Datos, Estadísticas Vitales, DEIS. 2015.

Consumo de sustancias y alcohol.

Según los resultados del **XI Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (SENDA, 2015)** [25], que considera la población de 8° básico a 4° año de enseñanza media, se muestra que la prevalencia de consumo diario de cigarrillos (20 o más días de consumo en el último mes con respecto a la encuesta), desciende desde 15,8% en 2003 a 6,0% en 2015, mientras que la proporción de estudiantes que inician el consumo de tabaco antes de los 15 años, muestra un descenso de 2.3 puntos porcentuales respecto de 2013. Esta baja se da tanto en hombres como en mujeres. Mientras que la edad de inicio del consumo de tabaco se encuentra en los 13,7 años (2015).

Respecto del consumo de alcohol, el mismo estudio señala que las prevalencias de consumo en el “último año y consumo alguna vez en la vida”, muestran estabilidad respecto al estudio anterior. Con respecto a las declaraciones de consumo de alcohol en el último mes, los resultados del estudio de 2015, muestran que alcanzan el 35,6%, igual cifra que el año 2013 (última fuente de datos comparable). El estudio muestra, además, que independiente del sexo, dos de cada tres estudiantes que han consumido alcohol alguna vez en su vida, lo probaron por primera vez antes de los 15 años, cuya edad promedio de inicio llega a los 13,8 años [25]. Mientras que respecto de los estudiantes que reportaron consumir alcohol en el último mes, la proporción que declaró haber bebido cinco o más tragos en una sola ocasión, fue de 64,4%. Es decir, dos de cada tres estudiantes tuvieron a lo menos un episodio de consumo intenso (o embriaguez) en los últimos 30 días respecto a la fecha de realización de la encuesta.

Para el consumo de marihuana, se observa nuevamente un aumento significativo en el porcentaje de alumnos que la han consumido alguna vez en la vida, durante el último año y en el último mes de consulta. El inicio precoz en el consumo, es decir aquel antes de los 15 años, en los estudios de 2009 y 2011 tuvo un alza de 0,7 puntos porcentuales. Mientras que, en el año 2013, descendió en 2,6% (44,2%), para posteriormente presentar nuevamente un alza durante el año 2015, periodo en el cual el 49,3% declaró haber probado marihuana antes de los 15 años, sin observarse diferencias por sexo, siendo la edad promedio para el primer consumo, a los 14,5 años.

Desde el año 2009, las declaraciones de consumo en alumnos de 8° básico vienen aumentando (2009: 6,5%; 2011: 10,5%; 2013: 15,7%). Mientras que, en los resultados del año 2015, el aumento es significativo, llegando a 18,9% [25]. Respecto a la preocupante percepción que tienen los escolares acerca de que “probar marihuana no hace daño”, muestra un aumento sistemático a lo largo de la serie de estudios, el cual se confirma en el más reciente, elevándose de 33,0% hasta 57,7% a lo largo de la serie [25].

El consumo de cocaína, por su parte, ha ido mostrando un aumento desde el año 2011. Según el estudio SENDA en el año 2015, el 7,1% de población escolar refiere su uso por al menos una vez en la vida. En relación a la prevalencia de último año, para este informe, resultó de 4,2%, superando el registro del año 2011 (3,6%). Respecto de la precocidad, señala que la edad promedio de inicio es 14,9 años, manteniéndose respecto a años anteriores.

En relación al consumo de pasta base, éste presentó una estabilización en la proporción de escolares que la han probado antes de los 15 años (44,7). Y su prevalencia de consumo en el último año tuvo un alza desde un 2,3% (2013) a 2,7% (2015) [25].

Con respecto a los resultados de la **Encuesta Nacional de Salud 2016-2017** (ENS 2016-2017), que mide aproximadamente 60 indicadores de salud para enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, los principales resultados, para el grupo de 15 a 19 años fueron:

- Consumo de cigarrillo actual: 22,8% (Disminuye en relación a la medición 2009-2010, cuyo resultado fue de 35,1%).
- Consumo riesgoso de alcohol en últimos 12 meses: 12,2% (disminución 4,9%, en relación a resultado anterior).
- Consumo riesgoso de alcohol en hombres disminuye a 17,8%.
- Consumo riesgoso de alcohol en mujeres aumenta a 6,8%.
- Sedentarismo en el último mes (<3 veces por semana): 73,5%.
- Estado nutricional: 5,1% enflaquecido, 54% normopeso, 27,6 sobrepeso, 12,2% obesidad y 1% en estado de obesidad mórbida.
- Edad promedio de menarquia: 12,8 años.
- Uso de preservativo en el último año en población de 15 a 24 años: 22,1%.

A partir del año 2017, se cuenta con un registro de población bajo control en Atención Primaria de Salud de 10 a 19 años (REM P-09), disponible a través del Departamento de Estadística en Salud (DEIS). Este registro permite obtener datos por región, Servicio de Salud, comuna y establecimiento de salud, segregada por edad y sexo. Se incluye, además, la variable de pertenencia a pueblo indígena, para lo cual se registra un 6,38% de adolescentes bajo control, mientras que los adolescentes migrantes bajo registro de control, es de tan solo un 1,36% del total de adolescentes registrados en la REM P-09.

En base a estos registros, es posible además observar algunas prevalencias de atención, según el corte de diciembre 2017, en base a 206.976 adolescentes con control de salud integral:

- Intento suicida: 1,09% del total (2.258).
- Ideación suicida: 2,79% del total (5.795).
- Consumo de alcohol y drogas: 8,03% del total (16.623).
- Riesgo nutricional: 32,34% del total (66.948).
- Riesgo en salud sexual y reproductiva: 15,46% del total (32.010).

No obstante, de acuerdo a resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2015 [35], el 82% del total de adolescentes hombres y 80,9% del total de adolescentes mujeres, entre 15 y 19 años, autocalifican su calidad de vida como "buena o muy buena"; obteniendo los mayores valores de todos los grupos etarios encuestados con dicho instrumento.

Mortalidad

Según los últimos datos validados para el año 2015 del Anuario de Estadísticas Vitales del INE, las principales causas de muerte en la población adolescente entre 10 y 19 años, son las de origen externo (55.1%), seguido de las muertes por neoplasias (14.3%). Mientras que el 65,9% de las muertes en jóvenes de 20 a 24 años es por causas externas (lesiones autoinfligidas, accidentes de tránsito y agresiones con resultado fatal).

TABLA N°III: DEFUNCIONES ADOLESCENTES Y JÓVENES, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, SEGÚN GRANDES CAUSAS DE MUERTES. CHILE, 2015.

CIE - 10	Total País	Total 10 a 19	% Total	Total 20 a 24	% Total
		826	100,0	871	100,0
CIE - 10	Hombres	558		659	
	Mujeres	268		212	
A00-B99 (excluye B20 - B24)	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10	1,2	20	2,3
	Hombres	8		6	
	Mujeres	2		4	
B20-B24	Enfermedades por virus de inmunodeficiencia humana	1	0,1	10	1,1
	Hombres	1		9	
	Mujeres	0		1	
C00-D48	Tumores (neoplasias)	118	14,3	79	9,1
	Hombres	77		44	
	Mujeres	41		35	
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	0,4	3	0,3
	Hombres	2		1	
	Mujeres	1		2	
F00-F90	Trastornos mentales y del comportamiento	3	0,4	1	0,1
	Hombres	1		1	
	Mujeres	2		0	
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	37	4,5	33	3,8
	Hombres	24		24	
	Mujeres	13		9	

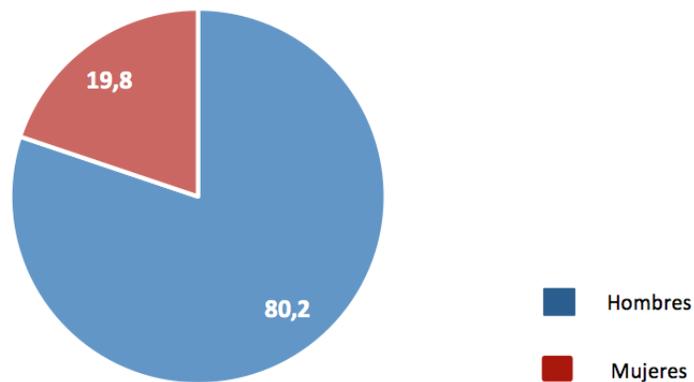
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	10	1,2	6	0,7
	Hombres	5		1	
	Mujeres	5		5	
K00-K99	Enfermedades del sistema digestivo	3	0,4	3	0,3
	Hombres	1		2	
	Mujeres	2		1	
M00 - M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	7	0,8	4	0,5
	Hombres	2		1	
	Mujeres	5		3	
P00-P96	Otras afecciones originadas en el período perinatal	2	0,2	3	0,3
	Hombres	1		2	
	Mujeres	1		1	
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	3,9	18	2,1
	Hombres	12		10	
	Mujeres	20		8	
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	18	2,2	26	3,0
	Hombres	10		19	
	Mujeres	8		7	
V00-Y98	Causas externas de mortalidad	455	55,1	574	65,9
	Hombres	337		488	
	Mujeres	118		86	
	Resto de causas	127	15,4	91	10,4
	Hombres	77		51	
	Mujeres	50		50	

Fuente: Datos según información de Anuario de Estadísticas Vitales, INE. 2015.

TABLA N°IV: CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD, POR GRUPO ETARIO. 2015

Causas externas de mortalidad	Total	10 a 14	15 a 19	20 a 24	% total
Accidente transporte	306	33	103	170	29,7
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	19	0	9	10	1,8
Contratiempos durante atención médica, reacciones anormales, complicaciones ulteriores	1	0	0	1	0,1
Caídas accidentales	17	1	7	9	1,7
Exposición fuego, humo, llamas	12	6	5	1	1,2
Otros accidentes, incluso las secuelas	147	19	54	74	14,3
Drogas y medicamentos causan efectos adversos	2	0	1	1	0,2
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	309	21	107	181	30,0
Agresiones	213	5	83	125	20,7
Las demás causas externas de mortalidad	3	0	1	2	0,3
Total	1029	85	370	574	100,0

Fuente: Elaborado en base a datos preliminares DEIS, MINSAL 2015.

GRÁFICO 2: CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO, POBLACIÓN DE 10 -24 AÑOS. 2015

Fuente: Elaborado en base a datos preliminares DEIS, MINSAL 2015.

2.2. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS POR ADOLESCENTES Y JÓVENES

En relación al uso que el grupo de adolescentes hacen de los servicios de especialidad del sistema público, según datos para el año 2015 del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), se visualiza lo siguiente:

Consultas médicas especialidades y sub-especialidades de adolescentes de 10 a 19 años.

Las consultas médicas de especialidad realizadas a adolescentes de 10 a 19 años, según registros del Sistema Nacional de Servicios de Salud, ascienden a 730.987 atenciones el año 2015, lo que representa el **9,77%** de las consultas médicas de la población total consultante ese año. De ellas, el 60% corresponde al rango de 10 a 14 años, con 438.268 atenciones y el 40% entre los 15 y 19 años.

Las especialidades médicas que más atenciones entregan, son Psiquiatría y Neurología, que juntas alcanzan un **24,5%** y traumatología con un **14,14%**. Al agrupar las consultas por Ginecología y Obstetricia, se llega al **7,37%** del total de las consultas de adolescentes (ver tabla N° V).

TABLA N°V: CONSULTAS DE ADOLESCENTES AL NIVEL AMBULATORIO DE ESPECIALIDAD, 2015.

Especialidades y Sub-especialidades	10 a 14 años	15 a 19 años	Total consultas adolescente	%
Psiquiatría	55.172	48.418	103.590	14,2
Traumatología	67.065	36.324	103.389	14,1
Neurología	52.767	22.887	75.654	10,3
Obstetricia y ginecología *	9.266	44.586	53.852	7,4
Pediatría	42.873	6.443	49.316	6,7
Otras	211.125	134.061	345.186	47,2
Total	438.268	292.719	730.987	100,0

* Incluye consulta ginecológica por patología cervical. Fuente: Elaborado en base a datos preliminares DEIS, MINSAL 2015.

Consultas y controles por otros profesionales en especialidad a adolescentes 10 a 19 años

En relación a las atenciones realizadas en el año 2015 por otros profesionales, del total de 2.962.116 consultas /controles, el 7% (207.374) correspondió a adolescentes de 10 a 19 años. Las principales consultas fueron con kinesiólogo(a) (26%), enfermera (20%), asistente social (12%), matrona (12%) y nutricionista (10%).

Consultas médicas especialidades y sub-especialidades de jóvenes entre 20 y 24 años.

Las especialidades médicas que más atenciones realizan a los jóvenes de 20 a 24 años son del área de la Obstetricia, que junto a Ginecología (incluye patología cervical), resultan en un 31,53%, seguido de las atenciones de Psiquiatría (10,21%)

TABLA N°VI: CONSULTAS DE JÓVENES AL NIVEL AMBULATORIO DE ESPECIALIDAD, 2015.

Especialidades y Sub-especialidades	20 - 24 años	%
Obstetricia	59.468	23,2
Psiquiatría	26.112	10,2
Traumatología	22.379	8,7
Ginecología *	21.214	8,3
Medicina Interna	12.775	5,0
Cirugía Adulto	12.297	4,8
Neurología	11.617	4,5
Otras	89.990	35,2
Total	255.852	100

* Incluye consulta ginecológica por patología cervical. Fuente: Elaborado en base a datos preliminares DEIS, MINSAL 2015.

Consultas y controles por otros profesionales en especialidad de jóvenes entre 20 y 24 años.

En relación a las atenciones realizadas por otros profesionales, el 4,3% (127.478) son realizadas a jóvenes de 20 a 24 años, siendo principalmente prestaciones entregadas por matrona (35%), kinesiólogo (26%) y asistente social (12%).

Egresos Hospitalarios²

Respecto a los egresos hospitalarios informados a través del Departamento de Estadísticas en Salud para el año 2015, un 7.7 % correspondió al grupo de 10 a 19 años. De ellos, 27.3% fueron por embarazo, parto y puerperio. Le siguen en frecuencia, según CIE-10, las enfermedades del sistema digestivo con un 15.1%, y traumatismos, envenenamientos y causas externas en un 12,8%. Por debajo siguen los egresos por enfermedades del sistema respiratorio (6,7%), del sistema genitourinario (5,6%). Mientras que las patologías oncológicas (tumores y neoplasias) alcanzan el 3,7% de los casos.

Por la codificación CIE-10, sólo un 4.2% de los egresos corresponden a la categoría de trastornos mentales y del comportamiento, pero dado que el intento suicida por autolesiones y la ingesta medicamentosa son agrupadas en traumatismos y envenenamientos éstas podrían aumentar el porcentaje. Lo anterior, dificulta el adecuado levantamiento de información de suicidalidad adolescente, favoreciendo la segmentación e invisibilización de este problema de salud pública.

² Los registros del DEIS sobre egresos hospitalarios, que incluye a jóvenes, se encuentran incluidos en el tramo de 20 a 44 años por lo que no se analizan en este documento.

TABLA N°VII: EGRESOS HOSPITALARIOS POBLACIÓN ADOLESCENTE, SEGÚN EDAD Y CAUSA, 2015.

Causa egresos	Grupos de edad (en años)			
	10 a 14	15 a 19	Total 10 a 19	%
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	1.051	34.088	35.139	27,3
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	9.324	10.089	19.413	15,1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	7.545	8.933	16.478	12,8
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4.482	4.139	8.621	6,7
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	3.029	4.233	7.262	5,6
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	1.572	3.788	5.360	4,2
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	2.316	2.882	5.198	4,0
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	2.358	2.450	4.808	3,7
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.837	2.629	4.466	3,5
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	2.198	1.754	3.952	3,1
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1.658	1.399	3.057	2,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	1.818	1.190	3.008	2,3
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	1.560	1.219	2.779	2,2
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.121	1.493	2.614	2,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.101	1.171	2.272	1,8
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	800	1.144	1.944	1,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	628	446	1.074	0,8
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	434	273	707	0,5
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	235	240	475	0,4
Total	45.067	83.560	128.627	100

2.3. ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL ESPECIALIZADA Y DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Múltiples razones explican la necesidad de disponer de una **oferta organizada de servicios especializados y diferenciados de atención de salud integral para adolescentes**, que reúnan condiciones suficientes de calidad, y que garanticen una atención basada en derechos, siendo algunas de ellas:

- Políticas públicas que no priorizan acciones dirigidas a la población adolescente, sin respuestas diferenciadas y amigables en los niveles especializados de atención de salud, sin consideración a las condiciones y evolución de la enfermedad, desde el diagnóstico, al tratamiento integral y la recuperación de la salud.
- Aumento de la prevalencia de adolescentes que cursan con una enfermedad crónica, por sobrecarga cada vez más prolongadas. Estas situaciones demandan acompañar a esta población y su familia en el proceso de transición hacia la vida adulta, lo que requiere una transferencia planificada, desde los equipos pediátricos hacia los equipos de atención de adultos, en un proceso que tenga en cuenta las necesidades médicas, psicológicas y educativas de cada adolescente o joven. El objetivo, deberá estar centrado en la preparación para cambiar en forma progresiva el entorno protegido de la atención pediátrica a uno de funcionamiento más autónomo, como es la clínica de adultos.
- Existencia de un programa de atención diferencial de adolescentes a nivel primario, con acciones en Espacios Amigables de Adolescentes a lo largo de todo el país, sin servicios complementarios en los niveles especializados de atención.

Algunos **nudos críticos a superar** para la atención de la salud de la población adolescente en el nivel especializado de atención, detectados por el grupo de expertos que elaboró el presente documento son:

- Fragmentación de la atención de salud a los 15 años, en plena etapa de desarrollo adolescente, en servicios pediátricos y adultos, interrumpiendo el proceso de crecimiento y desarrollo y la continuidad del cuidado, así como del vínculo logrado con el equipo pediátrico tratante.
- Invisibilización de la población adolescente como grupo objetivo para políticas públicas específicas.
- Escasa oferta de atención y en particular en el área de la salud mental infanto juvenil.
- Infraestructura no acorde a requerimientos de adolescentes en general, y NANEAS en forma particular.
- Escasa oferta de centros que otorguen atención de salud especializada para adolescentes complejos en regiones.
- Existencia de un número reducido de equipos y profesionales que cuentan con formación y/o capacitación y tengan las competencias necesarias para la atención de adolescentes con problemas de salud complejos.
- Insuficiente inclusión del enfoque de interculturalidad en la atención de salud de adolescentes.
- Débil incorporación de la perspectiva de género y de la diversidad sexual, con insuficiente reconocimiento de sus derechos.
- Existencia de un modelo de atención de salud que no considera una atención integral a la población adolescente.

- Insuficiente financiamiento de las prestaciones necesarias para responder a la demanda y requerimientos de adolescentes y jóvenes con problemas de salud complejos.
- Organización de los servicios de atención no responden a las necesidades y expectativas de esta población en condiciones de salud alterada por enfermedades complejas o de larga duración.
- Escasa articulación de las redes de servicios de salud, con un mecanismo de referencia y contrarreferencia no resolutivo.
- Ausencia de un sistema de gestión de casos, necesario para garantizar adherencia, continuidad y calidad de atención.
- Insuficiente consideración de la autonomía progresiva del adolescente tanto en las indicaciones, como para las propuestas de autocuidado.
- Ausencia de un sistema de supervisión, monitoreo y evaluación, que permita la identificación de avances o limitaciones, evalúe la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora de la adherencia al tratamiento en forma oportuna.

En este contexto, se hace evidente la necesidad de reorganizar la oferta de atención existente, que dé cuenta del reconocimiento de las diferencias y particularidades del grupo de adolescentes usuarios de atención especializada y se avance hacia el desarrollo de estrategias de calidad de la atención y satisfacción de usuarios.

2.3.1. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

La OMS propuso normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud para adolescentes. Estas normas definen el grado de calidad necesario en la prestación de servicios y describen las características de éstos para satisfacer las necesidades del grupo de adolescentes, tales como prestar servicios seguros, equitativos, aceptables, accesibles, eficaces y apropiados [36].

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), asume el liderazgo en el desarrollo de estos Estándares de Calidad de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en América Latina y el Caribe, adaptando las normas o estándares globales al contexto regional, con la colaboración de la OMS, representantes de los países de la región, entre ellos Chile y otras agencias internacionales, con el fin de mejorar los servicios de salud integrales y garantizar el acceso equitativo del grupo de adolescentes a prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva en la región.

En este contexto, en el año 2015, Chile y Colombia participan de un piloto para evaluar estos estándares regionales con el apoyo de UNFPA, procediendo posteriormente a su adopción. Actualmente se está instalando la medición a nivel de todo el país, en los servicios de salud para adolescentes de la atención primaria, orientados a servicios integrales con énfasis en la salud sexual y reproductiva.

Estos 8 estándares propuestos por UNFPA, definen el grado de calidad necesario que deberían tener los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, con el fin de satisfacer las necesidades de este grupo, pues han probado que disminuyen las barreras de acceso y mejoran la adherencia a los programas, especialmente para aquellas en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial, en comparación a los modelos tradicionales de atención de salud.

La adopción de estos estándares y la aplicación de los instrumentos de medición aceptados por Chile, deberán implementarse en un marco de redes integradas para los establecimientos que atienden a adolescentes en el país, tanto a nivel de atención primaria como especializada abierta y cerrada.

Esto a través de Normas y Orientaciones Técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud.

Estos estándares, facilitan la existencia de políticas basadas en las necesidades y los derechos del grupo de adolescentes, sin discriminación por género, nacionalidad, religión, pertenencia a pueblos originarios, y que respeten la privacidad y confidencialidad, favorezcan el acceso y tengan un enfoque de género. Además, con equipos de salud con competencias para la atención de adolescentes, entornos amigables, con canales de participación comunitaria (que incluya a las familias y a toda la comunidad). Pero, además, permitiendo que los servicios de salud sean más efectivos, a través de la implementación de orientaciones técnicas, protocolos y guías basadas en evidencias, con procesos de monitoreo, evaluación y mejoría de la calidad de atención.

Si bien, los objetivos de estos estándares, son ayudar a los responsables políticos y a los planificadores de servicios de salud a mejorar la calidad de sus servicios de atención primaria, de manera que al grupo de adolescentes les resulte más fácil obtener servicios de salud que respondan a sus necesidades, también se propone que el nivel especializado de atención, tanto abierta como cerrada, consideren y adapten algunos de estos estándares, y de manera progresiva apuesten por su instalación, para posteriormente medir la calidad del servicio prestado, considerando los ámbitos señalados en el cuadro que sigue y permitiendo su contribución a nuevos estándares (cuadro N° I):

CUADRO N° I. ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES PROPUESTOS POR UNFPA Y ADOPTADAS POR CHILE.

Conocimiento de los y las adolescentes sobre salud	Estándar 1. Adolescentes hombres y mujeres, conocen de los cuidados en salud y sus derechos, y saben dónde y cuándo obtener servicios de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.
Apoyo de la comunidad	Estándar 2. Padres y madres, tutores, otros miembros de la comunidad y organizaciones juveniles y comunitarias, reconocen la importancia del servicio de salud amigable para adolescentes y apoyan la prestación y su utilización, con énfasis en salud sexual y reproductiva.
El paquete de servicios	Estándar 3. El servicio de salud amigable para adolescentes ofrece un paquete de orientación, información, atención integral, referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de todos los y las adolescentes
Competencias del personal de salud	Estándar 4. El personal de salud demuestra las competencias requeridas para prestar servicios de salud integrales para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva, conforme al paquete de servicios establecido, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada y cuidado integral individual. Así mismo, respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos del grupo de adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad y no discriminación, sin prejuicios y respeto.
Ambiente físico y equipamiento de los servicios de salud para adolescentes	Estándar 5. El servicio de salud amigable para adolescentes, dispone de un horario adecuado, un entorno acogedor y limpio, y mantiene la intimidad y la privacidad. Cuenta con el equipamiento, los medicamentos, los suministros y la tecnología que se necesitan para garantizar la prestación de servicios de salud intramurales o extramurales, conforme al paquete básico establecido.

Equidad	Estándar 6. El servicio de salud Integral y amigable, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, provee prestaciones y atención de calidad a todos los adolescentes, independiente de su capacidad para pagar, edad, sexo, nivel educacional, origen étnico y orientación sexual, entre otras características.
Información y mejora de la calidad	Estándar 7. El servicio de salud amigable para adolescentes, cuenta con un sistema de información, que recopila datos de uso y calidad de la atención entregada, desglosados por edad, sexo y otras variables sociodemográficas, y los utiliza para mejorar la calidad del servicio de salud. El personal de salud recibe apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.
Participación de los y las adolescentes	Estándar 8. El grupo de adolescentes participan activamente en la planificación, monitoreo, evaluación y mejora del Servicio de Salud Integral y Amigable, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, y en las decisiones relacionadas con la atención de su salud.

2.3.2. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DIFERENCIAL DE ADOLESCENTES

La adolescencia como etapa del curso de vida, caracterizada por cambios corporales, psicológicos y sociales, con los que se alcanza la maduración biopsicosocial requerida en la vida adulta, desafía a la organización individual, familiar, social, escolar y otras, a una serie de procesos adaptativos en los niveles y esferas involucradas.

En adolescentes, la aparición de una enfermedad crónica o de larga duración, impacta y tiene consecuencias sobre las necesidades propias de esta etapa del desarrollo y en la atención de salud. Agrega un grado de vulnerabilidad y estrés, que impactará en los distintos ámbitos y dimensiones de este proceso de desarrollo del adolescente.

La situación de enfermedad, supone enfrentar distintas exigencias como cumplimiento de indicaciones médicas, tener que recibir medicamentos, aceptar la posibilidad de hospitalizarse y de otras intervenciones médicas, que supone enfrentar desafíos adaptativos y asumir limitaciones en la vida cotidiana. Implica cambios en el estilo de vida, así como aceptar situaciones que puedan impactar en el aspecto físico y en la imagen corporal, como por ejemplo, que una cicatriz quirúrgica interfiera con su atractivo físico o con la posibilidad de usar ciertas vestimentas.

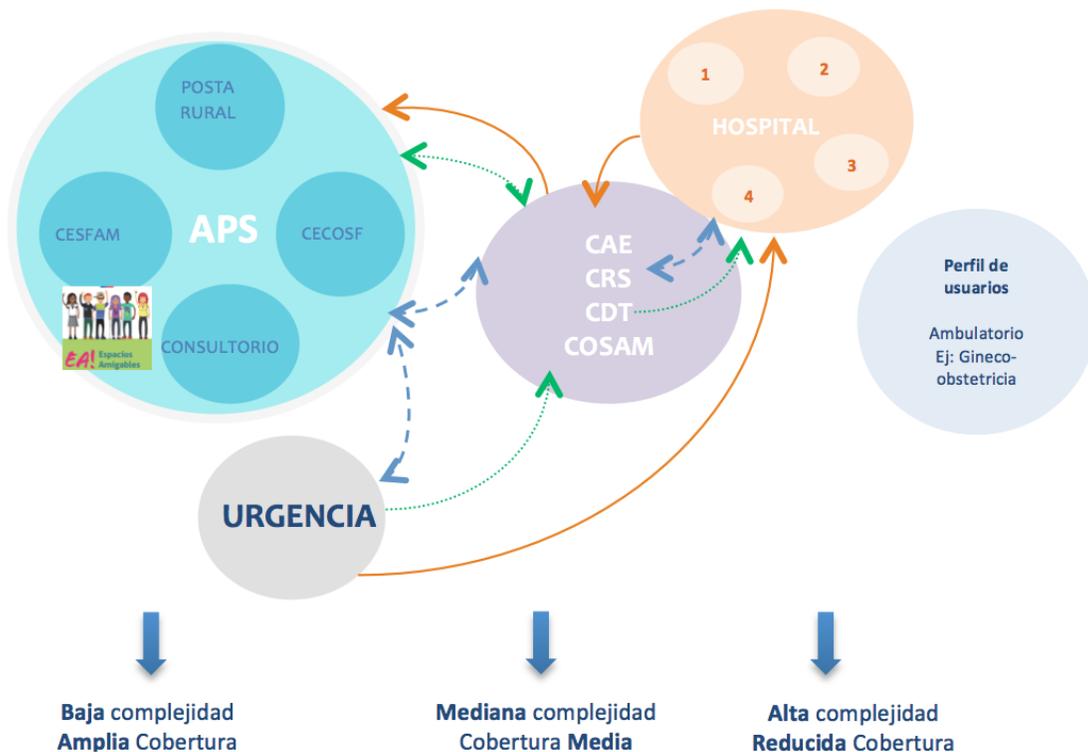
Por otro lado, los procesos de enfermedad, así como las hospitalizaciones, pueden interferir en el logro de la independencia y autonomía, que es fundamental en esta etapa del desarrollo, pudiendo perturbar seriamente las relaciones con padres/madres, hermanos/as u otros. Por otro lado, en algunas circunstancias, como consecuencia de la severidad y duración de la recuperación de la enfermedad, existirá un alejamiento temporal prologado de sus pares, lo que adquiere particular relevancia en la adolescencia para la validación y fortalecimiento de la autoestima y logro de la identidad. Asimismo, el entorno hospitalario y la interrelación con personas desconocidas, puede resultarle amenazador y generar desconfianza y vulnerabilidad emocional [37] [38] [39] [40].

Es en este contexto, que el modelo de atención integral especializada diferencial de adolescentes adquiere particular importancia, desafiando al equipo de salud a adquirir competencias que resguarden todo el proceso de crecimiento y desarrollo propio del adolescente y que disminuyan y atenúen el impacto negativo de la enfermedad en ellos. Algunas de las consideraciones para la intervención son:

- Que éstas sean de abordaje integral y que propicien mantener el proceso normal de crecimiento y desarrollo.
- Que se privilegie la promoción y prevención en las áreas de la salud sexual y reproductiva, nutricional y salud mental, entre otras que se pudieran requerir.
- Que contemple la continuidad del proceso educativo y del uso del tiempo libre en forma adecuada y pertinente según el caso, entre otros factores a considerar.

Asimismo, se sabe que el sistema de salud chileno, está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y acceso universal a los servicios de salud y responde a flujos de atención entre los diferentes dispositivos de salud, en un contexto de redes integradas, esquematizados en la Figura I.

FIGURA N°I. INTERACCIÓN DE ADOLESCENTES CON EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO.



Fuente: Elaboración propia, a partir de Presentación de Damaris Sepúlveda T. MINSAL 2013

Este Modelo de Atención Integral de Salud basado en atención primaria, reconoce al grupo de adolescentes como sujetos de derechos que se encuentran en un proceso de desarrollo dinámico, donde está involucrada la continuidad de su desarrollo en las áreas físico motriz, psicoemocional, psicosexual, espiritual, familiar y social, reconociendo además, que por la situación de enfermedad, el o la adolescente se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad física y emocional [41].

Este modelo es definido como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red”*. Este modelo de atención es una des-

cripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector [42]

El modelo de atención en el ámbito público, funciona en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto, dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia [42].

El modelo considera el énfasis establecido en la Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937, la cual señala que en la organización del sistema de salud público, es la atención primaria el eje central del sistema de salud: *“La Red de cada Servicio se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”* [43].

El rol de los hospitales en el modelo de atención, es de contribuir de una manera concordante, a la resolución de los problemas surgidos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y de especialidades que la propia red le ha definido, tanto en atención abierta como cerrada, incluida la atención de urgencia. Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos [42].

En este contexto, los gestores de establecimientos se ven enfrentados a desafíos y a un cambio de paradigma que tensiona al sistema, al visibilizar a la población adolescente que cursa con enfermedades de larga data o requiere de cuidados especiales, con sus especificidades respecto a otros grupos etarios. El modelo, exige asimismo profesionales capacitados y que el propio sistema asuma los desafíos de salud de esta población, con una perspectiva más amplia y flexible.

El paradigma biopsicosocial de la salud sobre el que se basa este modelo, ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad, en que, sin desconocer la relevancia de sus aspectos biomédicos, incorpora otras dimensiones imprescindibles para el abordaje integral de la enfermedad en la etapa de adolescencia, estimulando que cada adolescente consultante sea progresivamente más crítico, y más atento a su propia salud.

En definitiva, el modelo de atención debe estar **alineado con el sistema instalado, y con los recursos disponibles**; debe ser **concordante con las características propias de las distintas etapas del desarrollo adolescente**, así como contar con **profesionales capacitados** para abordar las distintas enfermedades tanto agudas como crónicas, y con necesidades de cuidados especiales.

En este contexto, el Modelo de Atención Integral en Salud de Adolescentes y Jóvenes en el nivel especializado de atención abierta y cerrada, debe contribuir al acceso universal a los servicios de salud de mayor complejidad y responder a las expectativas de atención, mediante estrategias que permitan:

- **Fortalecer la red de servicios** de atención de adolescentes en los niveles especializados, que permita ir progresivamente cerrando las brechas existentes.
- **La re-organización y desarrollo de la Red de Servicios**, con un sistema de registros diferenciado, por edad, sexo, pueblo originario, migrantes y nivel de ingreso del grupo familiar de cada adolescente.

- **Fortalecer el recurso humano**, capacitando a profesionales y equipos de salud en los diferentes aspectos del desarrollo de adolescentes, incorporando a cada adolescente con necesidades especiales en la atención de salud, NANEAS.
- **Gestión de calidad centrada en las personas**, con financiamiento consistente y progresivo.
- **Implementar e instalar un proceso de transición** de la atención, que fluya desde la adolescencia hacia la adultez.
- **Humanizar la atención** y acompañamiento de adolescentes durante su transición. La humanización de la atención en salud, hace referencia a una confrontación entre una visión que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otro lado, una visión que da la primacía al respeto por el ser humano, por su autonomía y la defensa de sus derechos.

De igual forma, en la atención de adolescentes se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:

- Adecuar los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y sus familias, con el fin de contribuir a entregarles apoyo y herramientas para enfrentar su condición de salud, ya sea alterada en forma transitoria o en forma prolongada o definitiva, buscando atenuar el impacto de la enfermedad en su desarrollo, tomando en consideración decisiones protectoras de su salud y generadoras de bienestar dentro de su condición de vulnerabilidad.
- Crear una plataforma de servicios que faciliten el proceso de transición del grupo de adolescentes a otros niveles de atención o programas de atención de población adulta, en que se resguarde la privacidad, seguridad, continuidad y calidad de la atención.

2.3.3. PRESTACIONES DE SALUD DEL PROGRAMA ADOLESCENTE A NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA

La atención de la población adolescente debe contemplar el enfoque integral bio-psico-social, independiente del profesional que la brinde y los motivos por los cuales la realiza.

Consulta especializada

La consulta de especialidad durante la adolescencia, además de resolver el motivo de consulta, es una oportunidad para realizar una evaluación integral y emitir un diagnóstico completo de la condición de salud, generar un vínculo con el adolescente, educarlo y motivarlo a cumplir las indicaciones, ya sea en la atención abierta como cerrada de especialidad.

Existen diferencias en las consultas hacia niños, adolescentes y adultos. Por ejemplo, en consultas a niños, el profesional se dirige al binomio adulto responsable-niño, dirigiendo la entrevista e indicaciones principalmente al cuidador. Pero, en consultas a adultos, el profesional interactúa directamente con un usuario que posee total autonomía para la toma de decisiones.

Sin embargo, en la consulta de adolescentes, es necesario considerar tres integrantes en la entrevista: profesional-adolescente-adulto responsable. Para promover la autonomía progresiva, la participación del adolescente y su adherencia al tratamiento, se recomienda una entrevista individual con el/la adolescente. La información completa sobre el estado de salud debe ser entregada, además del adulto responsable, siempre al adolescente, y procurando su participación activa en la toma de decisiones, de acuerdo al desarrollo de sus competencias.

Listado de prestaciones

PRESTACIONES	RENDIMIENTO
Consulta especializada en adolescentes por médico	30 minutos
Consulta especializada en adolescentes por otro profesional	30 minutos
Consulta por médico especialista/subespecialista a adolescente	30 minutos
Consulta de transición	30 minutos
Consulta multidisciplinaria	45 minutos
Consulta NANEAS	60 minutos
Consejería individual	30 minutos
Intervención en crisis	45 minutos
Educación en salud individual y/o la familia	30 minutos
Intervención psicosocial individual	45 minutos
Intervención psicosocial grupal	60 minutos
Visita domiciliaria integral	60 minutos

Actividades administrativas

- Gestión administrativa (estadística, informes, resúmenes clínicos)
- Contactos telefónicos y/o por correo electrónico según sea pertinente.
- Coordinación con equipos de salud de la red asistencial.
- Coordinación con profesionales de la red intersectorial.

2.3.4. CONCEPTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

La atención de salud diferencial de adolescentes en servicios especializados de atención abierta y cerrada, se debe otorgar en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud, cuyo propósito es “contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud integrales más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos” [44].

En este contexto, Chile cuenta con una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), basada en la Atención Primaria de Salud (APS), que cuenta con dispositivos tales como: Centro de Salud Familiar, Consultorio General Rural, Consultorio General Urbano, Servicio de Atención Primaria de Urgencia, Servicios de Urgencia Rural, Servicio de Urgencia Alta Resolución y Posta Rural, para toda la población en general.

Estos servicios de APS, acercan la atención sanitaria a toda la población, en condiciones garantizadas, en un modelo de salud familiar y comunitario, poniendo al servicio de las personas un modelo de salud integral respecto al proceso de salud y enfermedad y centrado en las personas, con enfoque en la promoción, prevención y en el cuidado continuo de la salud.

Siguiendo las recomendaciones técnicas propuestas por agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) [45], [46] y el

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes implementó la estrategia de Espacios Amigables (EA), constituyéndose en un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de esta población [47].

Bajo estos principios, en el año 2008 se aprueba la implementación de Espacios Amigables para la atención de salud de adolescentes insertos en Centros de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 597 del 28 agosto 2008, como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria.

Los Espacios Amigables **son una estrategia única que busca mejorar el acceso a la atención de Salud Integral**, a fin de detectar e intervenir oportunamente factores y conductas de riesgo, fortalecer conductas protectoras, contribuir a disminuir el embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual (ITS), suicidio y otros problemas de salud, y además contribuir a potenciar un desarrollo y crecimiento saludable. Esos espacios constituyen una puerta de entrada del grupo de adolescentes hacia el Sistema de Salud, a través de la Atención Primaria y las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Sin embargo, si bien el nivel de atención primaria ha sido el espacio que ha concentrado la mayoría de las acciones en salud dirigidas a adolescentes y jóvenes, es necesario avanzar también hacia la adopción y/o desarrollo de estos espacios a nivel hospitalario, ampliando con ello, el foco de atención desplegado por las políticas y programas en salud adolescente implementados a nivel primario.

El énfasis de la atención está puesto en la Salud integral, desarrollando acciones promocionales y preventivas, con enfoques integradores tales como: de derecho, género, interculturalidad, participación, familiar y comunitario, entre otros, en los centros de salud y en establecimientos educacionales, en horarios de atención diferidos y donde se resguarda la privacidad y confidencialidad, hay respeto por la diversidad y atiende personal con competencias específicas.

Este marco plantea un modelo asistencial caracterizado por:

- a. Poseer una población y territorio a cargo definido, en que se conocen sus necesidades de salud.
- b. Contar con una red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos.
- c. Contar con un primer nivel de atención multidisciplinario como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- d. Contar con prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- e. Disponer de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todos los dispositivos y que aseguran la continuidad de los servicios de salud.
- f. Ofrecer una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Coordinación y articulación de la red

Debe existir un Sistema de Referencia y Contrarreferencia, que permita establecer una relación e interdependencia entre el nivel primario y los niveles especializados, que defina la referencia de adolescentes de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de la atención y cuidado de su salud [41].

Herramientas para la referencia y contra-referencia:

- **Interconsulta:** Formulario que se llena manualmente, o bien interconsulta electrónica. Ambas deben consignar el motivo de la derivación y toda la información requerida.
- **Carnet de alta:** Especifica el diagnóstico, tratamiento, exámenes y procedimientos realizados y las derivaciones.
- **Epicrisis:** herramienta que permite obtener un resumen de lo más relevante de la hospitalización (integralidad de la información).
- **Coordinación telefónica o por correo electrónico:** puede definirse como iniciativa del equipo de salud local con los diferentes niveles de salud. Es una muy buena herramienta en el caso de usuarios/as adolescentes y jóvenes porque permite una derivación personalizada. Es importante resguardar la confidencialidad y sus límites.
- **Uso de procedimientos de referencia y contra-referencia:** deben implementarse procedimientos de referencia a nivel de la red de salud local con el fin de ordenar las necesidades de derivación desde la APS, con las capacidades resolutive del nivel especializado ambulatorio. Esto permite coordinar los flujos de usuarios y que se puedan identificar las brechas que surjan. La contra-referencia devuelve a la APS al usuario con la información necesaria. En la práctica, esto se realiza en algunos servicios a través de la respuesta a la Interconsulta y en otros a través de un documento que se emite al alta y que llega a la Atención Primaria por vía de correo electrónico en forma automática.

Para la óptima articulación del sistema, es necesario contar con un mapa de derivación local y una macrored que indique como circularán los usuarios en los distintos procesos de atención y que debe considerar:

- Cartera de servicios.
- Dispositivos de la red y su oferta de atención.
- Coordinaciones y procedimientos establecidos entre los establecimientos de la red.
- Priorización de acuerdo a demanda de la atención, riesgo, impacto, brechas, o relevancia epidemiológica.
- Instrumentos o herramientas de soporte, seguimiento y registro de los procesos, que permitan su análisis y la gestión de cambios, cuando sea necesario.
- Validación en los Consejos Integrados de la Red Asistencial: CIRA
- Evaluación periódica de funcionamiento.

CAPÍTULO III. PROGRAMA ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

3.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar en forma progresiva un Programa de Atención de Salud Integral y Diferencial a nivel especializado de atención abierta y cerrada para adolescentes y jóvenes, que fortalezca y optimice la oferta y el acceso a servicios de salud integrales e integrados con el nivel primario de atención, otorgando prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizando en los más vulnerables.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Crear una plataforma de servicios que faciliten el proceso de transición de adolescentes a los servicios de adultos, en que se resguarde la seguridad, continuidad y calidad de la atención y asegure un enfoque de curso de vida en la atención de salud, que respete la autonomía progresiva.
2. Considerar la prolongación de la edad pediátrica en forma progresiva hasta los 18 años (17 años 11 meses y 29 días), en los niveles especializados de atención, tanto en los Servicios de Urgencia como en los Servicios Especializados abiertos y cerrados.
3. Adecuar los servicios especializados de salud a las necesidades y realidades de adolescentes, jóvenes y sus familias, adaptando infraestructura y entregando herramientas para enfrentar su condición de salud, atenuado el impacto de la enfermedad en su desarrollo.
4. Fortalecer el sistema de información respecto a la atención en salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, y previsión de salud y generando información de calidad en los distintos niveles, que permita facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales.
5. Mejorar la oferta de servicios de salud especializados abiertos y cerrados de calidad, diferenciados, integrales e integrados, que respondan a las necesidades del grupo de adolescentes, priorizando el acceso a los portadores de enfermedades crónicas, patologías GES y al grupo de adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad y exclusión.
6. Fortalecer las competencias del equipo de salud para la atención de salud integral a adolescentes con problemas de salud complejos.
7. Implementar las políticas y programas para la atención de salud especializada y diferenciada que el grupo de adolescentes y jóvenes requieren, centradas en el paciente y su familia, en forma progresiva y de acuerdo a las necesidades y recursos de los establecimientos hospitalarios.
8. Fortalecer el acceso a los servicios especializados de salud por parte de adolescentes y jóvenes en situación de migrantes o pertenecientes a familias migrantes, independiente de su estado jurídico, no estableciendo restricciones arbitrarias, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a los y las adolescentes y jóvenes migrantes, basadas en las condiciones de salud que estos experimentan.

9. Fortalecer la coordinación y articulación entre los niveles de atención primaria y especializada, mejorando procedimientos de derivación con criterios y estándares de calidad, que asegure la continuidad de la atención de adolescentes y el seguimiento post alta, considerando la posibilidad de hospitalización domiciliaria.
10. Implementar en forma progresiva programas y políticas de transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas, desde servicios pediátricos a servicios de adultos.
11. Implementar un sistema de monitoreo, evaluación y mejora continua de la atención de adolescentes en el nivel especializado, que establezca el desarrollo de estándares de calidad.
12. Impulsar la sustentabilidad del programa considerando la asignación de los recursos financieros necesarios para su ejecución tanto a nivel secundario como terciario y que aseguren la equidad y accesibilidad a los servicios.



3.3. POBLACIÓN DESTINATARIA

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, se focaliza en la población de 10 a 24 años beneficiarios del sistema público de salud y propone un acceso diferencial de éstos al nivel especializado de atención, tanto abierta como cerrada.

La implementación de este programa en estos niveles de atención será progresiva considerando la infraestructura, los recursos y grado de desarrollo de cada establecimiento. Debe ser incorporado en los servicios pediátricos y de adultos. Los servicios pediátricos deben considerar los 18 años como edad mínima de transferencia a los servicios de adultos. En casos de adolescentes portadores de discapacidad cognitiva severa, enfermedades crónicas severas, patologías que por sus características sean propias de manejo pediátrico o que por sus condiciones físicas o mentales sean de difícil manejo por los servicios de salud de adultos, se recomienda que se consideren dentro de este Programa hasta los 24 años.

3.4. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA

3.4.1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA

En la Red de Salud Pública de nuestro país, los adolescentes son referidos al Nivel Especializado de atención abierta para su atención desde:

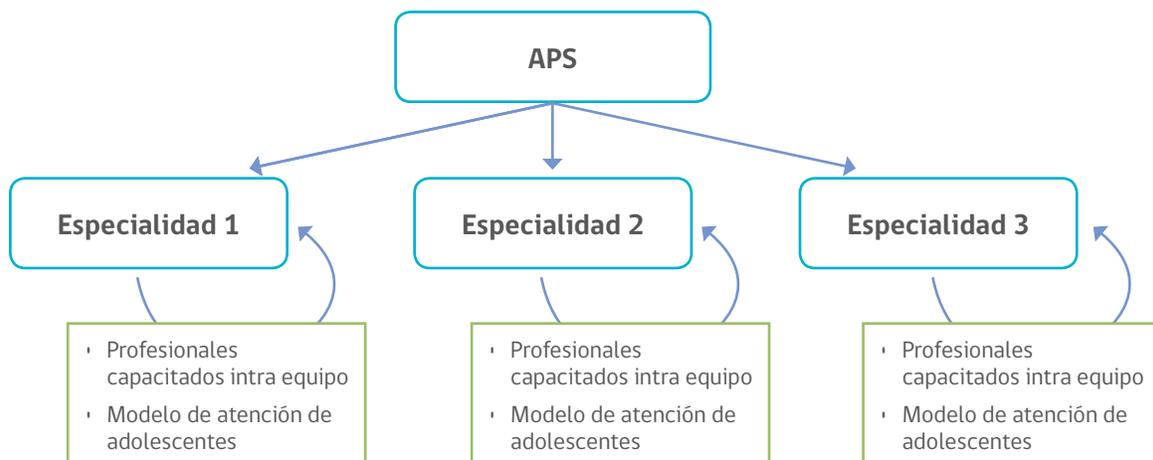
- La Atención Primaria de Salud (APS): Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Urgencia de Alta Resolución (SAR), Centro de Salud Mental (COSAM). La APS constituye la mayor fuente de referencia a este nivel.
- Del mismo Nivel Especializado de atención abierta: Unidades de Urgencia, otras especialidades de atención abierta y servicios o unidades de hospitalización o atención cerrada.
- Desde otros Hospitales del Servicio de Salud que corresponda.

Considerando, por un lado, la infraestructura, los recursos económicos y humanos (profesionales capacitados en adolescencia y subespecialistas) y, por otro, las necesidades de priorización de los problemas de salud a nivel local de cada Servicio de Salud, es que a continuación **se proponen 2 modalidades de organización de las atenciones en este nivel**. Si bien se muestran por separado estas pueden realizarse a la vez en forma complementaria sin ser excluyentes.

3.4.1.1. Modalidad de organización: Atención de adolescentes integrada en la especialidad

Esta modalidad de atención considera la infraestructura y recursos económicos y humanos, que tienen los servicios de especialidad abierta. Por tanto, el modelo de organización se centra en fortalecer las competencias de los recursos humanos disponibles en cada especialidad para la atención de adolescentes según modelo ya propuesto.

FIGURA II. MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN 1: ATENCIÓN DE ADOLESCENTES INTEGRADA EN LA ESPECIALIDAD



Fuente: Elaboración propia

3.4.1.2. Modalidad de organización: Unidad de Adolescencia como equipo de apoyo y/o de atención en patologías específicas.

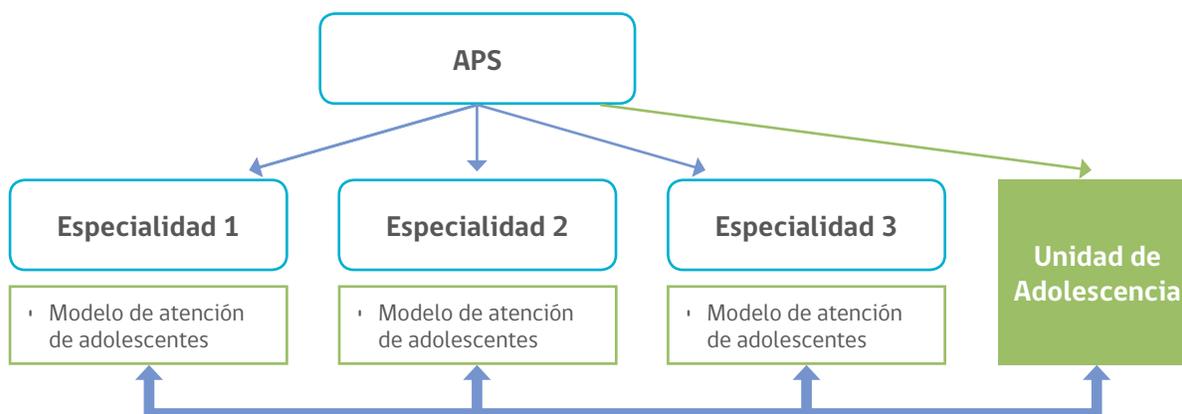
Manteniendo la responsabilidad de que cada especialidad incorpore el modelo de atención integral, el Nivel de Especialidad Ambulatorio, puede incluir una “Unidad de Adolescencia”.

Esta Unidad debe cumplir la función de apoyo, capacitando y/o asesorando a los especialistas que atienden adolescentes, o bien coordinándose para realizar una atención integral de adolescentes con problemas de salud específicos definidos de acuerdo a los recursos y prioridades a nivel local; como por ejemplo necesidades en el ámbito de la salud sexual – reproductiva, trastornos de la conducta alimentaria, suicidalidad.

Debe complementar la atención integral de adolescentes portadores de enfermedades crónicas en su proceso de transición a los servicios de adultos. Esta Unidad asumiría un rol coordinador con los otros niveles de la red y realizará el seguimiento.

Estas Unidades deben contar con un espacio diferenciado, en horario definido y un equipo de profesionales capacitados en adolescencia: Pediatra, Médico de Familia, Médico especialista en Adolescencia, u otros especialistas, Asistente social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Enfermera y Matrona, equipo técnico y administrativo, entre otros.

FIGURA III: MODALIDAD DE ORGANIZACIÓN 2: UNIDAD DE ADOLESCENCIA COMO EQUIPO DE APOYO Y/O DE ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS



Fuente: Elaboración propia

3.4.1.3. Recomendaciones para la implementación del modelo de atención integral y diferenciada de adolescentes a nivel especializado abierto

Los establecimientos de la Red de Salud Pública del país que entregan atención especializada abierta, deben implementar estándares de calidad definidos desde el Ministerio de Salud para la atención de adolescentes y jóvenes. Esto debe ocurrir en forma progresiva y de acuerdo a las necesidades y recursos locales.

A continuación, se definen un conjunto de recomendaciones, adaptados de los criterios entregados por la Organización Panamericana de Salud que orientan esta implementación.

Recurso humano: Equipo de salud.

- Cada establecimiento de acuerdo a los recursos disponibles y a la población asignada, deberá contar con un equipo transdisciplinario capacitado en las competencias básicas del modelo de atención integral de salud del adolescente (biopsicosocial), junto a las competencias clínicas propias de cada especialidad, además del manejo de los aspectos éticos y legales referidos a la atención de salud de adolescentes y jóvenes.
- Según las 2 modalidades de organización planteadas anteriormente, estos profesionales pueden constituir un equipo de la Unidad de Adolescencia del establecimiento, o bien entregar esta atención en cada una de las especialidades. Se recomienda que estos profesionales tengan horarios totales o parciales exclusivos para la atención de adolescentes.
- El equipo, de acuerdo a la realidad y los recursos locales según los 2 modelos de organización, puede estar constituido por: Enfermera, Matrona, Médico (Pediatra, de Familia, General u otro que esté capacitado y motivado, o especialista en adolescencia), Ginecóloga Infanto -Jovenil, Psiquiatra; Psicólogo; Nutriólogo y/o Nutricionista; Asistente Social; Terapeuta Ocupacional; Psicopedagogo; Secretaria o Recepcionista.
- Coordinación de Interconsultas con otras especialidades del establecimiento: odontólogos, traumatólogos, kinesiólogos, cirujanos, oncólogos, infectólogos, entre otros especialistas.

Recurso físico: Infraestructura y equipamiento.

- Destinar espacios y salas de espera exclusivas y prioritarias para adolescentes y jóvenes, o bien, destinar espacios en horarios diferidos parciales para ellos.
- Ambientación adecuada de las salas de espera y los boxes de atención.
- Disponer de material educativo impreso y audiovisual en las salas de espera, específico para adolescentes y sus familias.
- Contar con instrumental clínico y quirúrgico de acuerdo a la edad.
- Horarios de atención idealmente adaptados a las necesidades del adolescente.
- Recomendable disponer de un espacio para trabajo grupal, con familias, y para reuniones de equipo y docencia.

3.4.1.4. Características de la atención para adolescentes y jóvenes en nivel abierto.

Los adolescentes consultantes al nivel especializado ambulatorio de atención, en cualquiera de sus modalidades de organización, deben recibir atención de salud que incluya:

- Evaluación integral biopsicosocial de acuerdo a la etapa de desarrollo: adolescencia inicial, media y tardía; y con instrumento de apoyo: Ficha Clínica Integral de adolescentes o similar.
- Atención con respeto de la confidencialidad.
- Atención de salud de calidad de acuerdo a normas.
- Respeto de los derechos y deberes del adolescente y los de su familia.
- Educación amplia en salud, fomento de estilos de vida saludables, factores protectores/resilientes, prevención de conductas de riesgo y capacitación en habilidades para la vida del adolescente y joven.
- Atención que evalúe y fomente la autonomía progresiva, el autocuidado y la responsabilidad de la toma de decisiones en relación a su salud.

- Considerar que los adolescentes portadores de enfermedades crónicas deben ingresar a un proceso de transición progresivo, que permita el traslado planificado a la atención en servicios de adultos.
- Manejo de sus necesidades y problemáticas de salud en equipo interdisciplinarios.
- De acuerdo a su nivel de competencias, el adolescente debe ser informado acerca de su estado de salud y tratamiento. Recabándose su asentimiento o consentimiento, según corresponda.
- Conocer y tener acceso a su equipo de salud de APS, en forma personal o por otras vías que se acuerden y coordinen.
- Acceso a otras prestaciones de este nivel de atención, a través de interconsultas coordinadas.
- Establecer e informar acerca de la posibilidad de atención en forma expedita cuando requiera una atención de emergencia.
- Posibilidad de participar en el diseño y evaluación de los servicios y prestaciones.

Si bien, las características que se enuncian, son el estándar básico y deseable para la atención primaria, es decir, la mejor referencia disponible en condiciones ideales, responden también a un “modelo amigable” y replicable a nivel secundario y terciario.

Reglamentación interna

Los establecimientos que entregan atención especializada ambulatoria para adolescentes y jóvenes, deberán disponer y divulgar su reglamentación interna de funcionamiento de la Unidad: horarios de los profesionales, reuniones del equipo (clínicas y administrativas), formas de coordinación y posibilidad de consulta ante situaciones contingentes, además del resguardo de la confidencialidad de la atención.

Referencia y contra-referencia

La Red de Salud Pública coordina y complementa las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y cuidados paliativos de los adolescentes y jóvenes que presentan problemas de salud. Estos se abordan con elementos estructurales (establecimientos), funcionales (protocolos, referencias y contra-referencias, coordinaciones y redes de apoyo social), y por los equipos de salud.

El trabajo en red es necesario para que los cuidados se entreguen en forma diferencial a través del curso de vida de la persona y su familia y para que las necesidades de atención consideren las características y capacidades resolutivas de cada nivel de atención.

Entre las estrategias comunes a toda la red debe existir un sistema de referencia y contra-referencia constituida por una serie de coordinaciones, procedimientos e instrucciones para prestar atención al adolescente y joven dentro del sistema de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los establecimientos y con la debida oportunidad y eficacia. Esto facilita el flujo de usuarios y de elementos diagnósticos y terapéuticos entre los establecimientos, considerando que el usuario adolescente transita por la red y no pertenece a algún componente específico de ella. También permite evaluar y mejorar la pertinencia en la derivación entre los distintos niveles de atención.

De particular importancia es la implementación de sistemas expeditos de contrarreferencia a APS, asegurando la entrega de información completa sobre los procedimientos realizados y de las indicaciones a los profesionales de APS.

Criterios de referencia a Nivel Especializado de Atención Abierta.

Los Servicios de Salud deberán definir y difundir en la red los criterios de referencia al nivel especializado ambulatorio, de acuerdo a sus recursos y necesidades.

3.4.2. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN CERRADA

La hospitalización de la población adolescente requiere que la atención brindada sea oportuna y que se cumplan con criterios y estándares de calidad que garanticen la prestación de todos los servicios disponibles para la resolución del problema que motivó la hospitalización. Debe garantizar además el cuidado del crecimiento y desarrollo propio de la edad, en un contexto de atención integral, incorporando en su plan de atención, aquellos ámbitos propios de la adolescencia, como por ejemplo, promoción de salud y prevención de conductas de riesgo, la mantención del proceso educativo, el desarrollo de la salud sexual y reproductiva, la sociabilidad e integración con pares, uso del tiempo libre y otros, con pleno resguardo de sus derechos y de su participación en procesos clínicos e intra-hospitalarios.

Debe estar articulada a la red asistencial y cumplir con indicadores mínimos de evaluación, que certifiquen un proceso de desarrollo constante en calidad y seguridad. Lo anterior debe incluir la ambulatorización de los procesos clínicos, en base a recursos locales y nacionales.

3.4.2.1. Necesidades básicas en la atención de salud de adolescentes a Nivel Especializado de Atención Cerrada

La atención especializada cerrada de adolescentes requiere de un ambiente que les provea de sus necesidades de desarrollo básicas y que los equipos a cargo comprendan estas necesidades. Se recomienda que los servicios intrahospitalarios cumplan con los siguientes requisitos [48]:

Privacidad: Durante su entrevista, examen físico y procedimientos. Respetar el deseo de compañía durante la atención clínica. Además de reconocer y respetar el pudor de los pacientes durante la atención y procedimientos clínicos.

Confidencialidad: Respetar la confidencialidad de la información entregada por adolescentes y jóvenes, durante la atención de salud, de acuerdo a la normativa vigente y toda vez que no se presenten situaciones de riesgo vital.

Acompañamiento por pares: La infraestructura hospitalaria debe permitir instancias de intercambio entre adolescentes y jóvenes.

Necesidades educativas y de aprendizaje para el autocuidado: El adolescente debe ser informado, de acuerdo a su etapa de desarrollo, de su enfermedad, tratamiento y procedimientos, así como debe recibir educación en promoción de salud y prevención de conductas de riesgo. La situación de hospitalización debe considerarse como una oportunidad de fomento de hábitos de vida saludables. Se debe fomentar la participación de adolescentes en el propio cuidado de su salud. Se debe reconocer su autonomía progresiva y sus capacidades para la toma de decisiones. Tanto el adolescente como su familia deben conocer sus derechos y responsabilidades durante su estadía hospitalaria. En casos de hospitalizaciones prolongadas, deben implementarse programas de mantención y continuidad de la escolaridad, para minimizar el impacto de la hospitalización en el progreso académico.

Infraestructura y equipamiento: Se debe contar con una infraestructura que resguarde la privacidad y equipamiento adecuado a las necesidades de adolescentes y jóvenes.

Necesidades recreativas: Se deben adaptar espacios de recreación junto a sus pares, con disponibilidad de material educativo, computadores, música, materiales de arte, juegos, entre otros.

Familia: Debe tener información completa respecto a la enfermedad, tratamientos e intervenciones en relación a su hijo y debe tener autorización permanente de visitas. **Desde la perspectiva de derechos, se debe informar al adolescente y joven qué temas serán abiertos a la familia, resguardando siempre la privacidad y la confidencialidad.**

Equipos profesionales: Deben tener competencias generales y de acuerdo a especialidad, adecuadas para la atención integral de adolescentes y deben estar atentos y responder a las necesidades de éstos.

Protección de adolescentes y jóvenes: Se debe asegurar a adolescentes y jóvenes protección frente a cualquier forma de abuso, explotación o discriminación. Incluso acudiendo a las instancias judiciales pertinentes.

Participación: Se debe facilitar la participación e involucramiento de adolescentes y jóvenes en sus procesos clínicos y en el desarrollo de un hospital con servicios más amigables.

3.4.2.2. Recomendaciones para la implementación del modelo de atención de salud integral de adolescentes a Nivel Especializado Cerrado

Equipo interdisciplinario de salud: de iguales características que en atención especializada abierta.

- En atención especializada cerrada, cada establecimiento de acuerdo a la población asignada y a los recursos disponibles, deberá contar al menos con un equipo de salud que trabaje desde la interdisciplina, motivado y capacitado en las competencias genéricas y clínicas, de acuerdo a su especialidad. Se recomienda que estos profesionales tengan horarios totales o parciales exclusivos para atención de adolescentes.

Infraestructura y equipamiento.

- Destinar en forma progresiva y de acuerdo a los recursos de los establecimientos, salas prioritarias o exclusivas para adolescentes mayores o iguales a 10 años y menores de 18 años. De preferencia individual o doble, o en su defecto utilizar biombos. Las salas deben estar separadas por sexo y etapa del desarrollo, considerando disponer de espacios compartidos mixtos, cuyas dimensiones dependerá de la infraestructura local.
- Debe existir instrumental de uso clínico y materiales quirúrgicos de acuerdo a su edad.
- Se debe habilitar una sala para entrevista individual o familiar y/o examen físico individual.
- Se debe habilitar una sala de recreación: material educativo, libros, revistas, computadores.
- Baños accesibles y para uso alternativo de ambos sexos.
- Se debe implementar y mantener una escuela hospitalaria donde se posibilite el desarrollo de programas de continuidad de la escolaridad para aquellos adolescentes con hospitalizaciones prolongadas producto de enfermedades crónicas, de manera de minimizar el impacto de la hospitalización en su progreso académico. Estos espacios deben asegurar la existencia de docentes que se dediquen a atender a los adolescentes hospitalizados, con el fin de que conserven y continúen adquiriendo habilidades y destrezas escolares que serán necesarias cuando el menor se reintegre a la escuela formal.

Características de la Atención diferencial

Todo adolescente hospitalizado debe contar con:

- Existencia de un referente clínico conocido.
- Conocimiento sobre quién es el o la profesional a cargo de su atención.
- Recibir una evaluación biopsicosocial.
- Recibir una atención con manejo integral de salud.
- Recibir una atención confidencial y con respeto del pudor.
- Conocer sus derechos y deberes y los de su familia y recibir una atención respetuosa de sus derechos y que exija sus deberes.
- Participar en toma de decisiones en cuanto a su enfermedad, uso de asentimientos o consentimientos, de acuerdo al grado de desarrollo y normativa vigente.
- Recibir educación amplia en salud y fomento de hábitos de vida saludables.
- Recibir una atención que fomente su autocuidado y autonomía en la toma de decisiones en salud.
- Recibir apoyo pedagógico para evitar retraso en su escolaridad, a través de coordinación entre el equipo clínico y educadores hospitalarios o de su colegio.
- Tener acceso a espacios recreativos y educativos (sala recreación).
- Todo adolescente portador de una enfermedad crónica debe recibir atención de transición para una atención adulta planificada y programada.
- Participar en la decisión del grado de presencia de padres y/o cuidadores.
- Ser informado ampliamente acerca de su salud y tratamientos, de acuerdo a su nivel de competencia.
- Participar en el diseño y evaluación de la calidad de servicios y prestaciones.
- Firma consentimiento o asentimiento informado.

Reglamentación interna

Los servicios de hospitalización de adolescentes deben disponer y divulgar su reglamentación interna respecto a:

- Uso de la infraestructura: horarios de visita en salas de hospitalización y de uso de espacios recreativos.
- Restricciones al uso de internet, celulares, uso de cámaras fotográficas, ruidos molestos, etc.
- Guía para Servicios de Transición.

3.4.2.3. Servicios de Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas de Servicios Pediátricos a Servicios de Adultos

Para la implementación de un programa o modelo de transición, debemos considerar dos grupos de usuarios portadores de enfermedades crónicas, definidos por sus características diferentes, particularmente, por la capacidad o no de desarrollar autonomía.

1. El primer grupo, y que son la mayoría, corresponde a adolescentes con enfermedades crónicas con capacidad cognitiva y física que les permitirá desarrollar autonomía para el manejo de su enfermedad en la adultez. Por ejemplo: Diabetes Mellitus, Asma, etc.
2. El segundo grupo, que es el menor, es el de aquellos adolescentes con necesidades especiales y diversas en su atención de salud: NANEAS y jóvenes que se encuentran en programas paliativos, con diferentes necesidades multidisciplinarias, grados de complejidad y de pronóstico. Por este motivo, representan un grupo especial, cuyo compromiso médico, cognitivo y físico, no les permitirá ser autónomos y van a depender de cuidadores aún en la adultez. Este grupo atendido en los servicios pediátricos (NANEAS y paliativos), necesitan evaluación individual de sus capacidades y pronóstico por quienes los atienden y conocen y ser ellos quienes, caso a caso, determinen su proceso de transición que, probablemente será a una edad mayor que el grupo anterior.

Modelo de atención

La transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas y/o NANEAS, desde los servicios pediátricos a adultos, debe ser un proceso programado y planificado que busca fomentar su autonomía, comprensión de su situación de salud y manejo en forma eficiente de sus necesidades de salud. El objetivo es maximizar el funcionamiento y el potencial de desarrollo de adolescentes a través de la prestación de servicios de salud de alta calidad, y que continúen sin interrupción hasta la edad adulta. En cambio, la transferencia sin un proceso de transición, es un traspaso desde servicios pediátricos a servicios de adultos, sin planificación ni programación y con evidente impacto en la adherencia al tratamiento.

Actualmente la mayor parte de adolescentes con enfermedades crónicas, no han vivenciado un proceso de transición y solo han sido transferidos a servicios de adultos. Se ha visto que afecta su adherencia al tratamiento y continuidad del tratamiento e indicaciones, impactando directamente en su salud. Estudios internacionales, han demostrado que la falta de un proceso de transición aumenta el estrés a los usuarios y su familia [49], puede prolongar la edad de atención pediátrica más allá de lo razonable [50] y puede empeorar la autopercepción del estado de salud [51]. Los usuarios que no tienen esta transición tienen más riesgo de hospitalizaciones [52]; pueden tener mayor abandono de controles [53] y mayores complicaciones médicas [54]. Por otro lado, la presencia de un proceso de transición disminuye la posibilidad de que factores emocionales afecten la adherencia al tratamiento, e incluso aumenta la posibilidad de continuar con los estudios y conseguir empleo [55]. Desde el año 2001, existe un consenso entre las sociedades científicas internacionales (AAP³, AAFP⁴ y ACP⁵), que enfatiza la necesidad de implementar servicios de transición apropiados a las necesidades de adolescentes y jóvenes. La Rama de Adolescencia de la SOCHIPE, también hace recomendaciones coherentes al respecto [56]. Finalmente es importante considerar que las recomendaciones pueden

³ American Academy of Pediatrics

⁴ American Academy of Family Physicians

⁵ American College of Physicians–American Society of Internal Medicine

ser aplicadas a toda enfermedad crónica durante la adolescencia, sin embargo, una aproximación diferente se debe considerar de acuerdo a la gravedad y manifestaciones de la enfermedad y a la capacidad cognitiva de cada adolescente.

3.4.2.4. Lineamientos para Servicios de Transición para adolescentes portadores de enfermedades crónicas desde Servicios Pediátricos a Servicios de Adultos

- Diseño e implementación de políticas de transición

Se deben diseñar e implementar políticas de transición a nivel nacional y en cada servicio de salud, incluyendo atención primaria y especializada que incluyan guías de manejo clínico, registros sistemáticos y tiempo protegido del equipo profesional para esta actividad [57].

Los equipos pediátricos y adultos deben trabajar en forma conjunta en la elaboración de instrumentos de apoyo a la transición y de atención que deben estar a disposición de adolescentes y sus familias [58].

Se recomienda que la prolongación de la edad pediátrica sea hasta los 18 años y que se dispongan las adecuaciones administrativas necesarias para la atención de adolescentes con ciertas enfermedades crónicas hasta los 24 años, en los servicios pediátricos.

Ello es concordante con la Convención de los Derechos del Niño, que nuestro país suscribió en el año 1990, que define la edad pediátrica hasta los 18 años, y que se constituye en una obligación de Estado, el adecuar la legislación vigente y todas las acciones que de ella emanan a esta Convención.

- Constitución de un equipo multidisciplinario de transición pediátrico y adulto

Es necesario designar a un profesional a cargo de la coordinación de la transición: enfermera, asistente social u otro, cuyo rol sea el contacto permanente con el usuario y su familia para canalizar sus dudas, inquietudes y necesidades y coordinar a los equipos de atención. Además, debe coordinar y asegurar la asistencia a controles, el acceso oportuno a medicamentos e instrumental de apoyo, e identificar y fomentar el uso de redes de apoyo por parte de los usuarios (educativas, instituciones comunitarias, salud mental). Su labor se debe iniciar al menos 6 meses antes y extenderse 6 meses después de realizada la transferencia a adultos. El equipo mínimo de atención debe estar conformado por: enfermera o asistente social coordinadora, médicos especialistas pediátrico y de adultos, médico de cabecera (si existe), matrona, psicólogo, terapeuta ocupacional u otro que haya atendido al adolescente, de acuerdo a la enfermedad y modelo de atención integral. La identificación de profesionales del equipo adulto de cada especialidad interesados y capacitados en el trabajo con jóvenes portadores de enfermedades crónicas, y el fomento del contacto entre los profesionales en el proceso de la transferencia, asegurará la continuidad de la atención y el trabajo en red necesario para optimizar este proceso de transición.

- Planificación de la transición

Coordinación de equipos de adultos y pediátricos.

Una vez conformado el equipo de transición, es necesario diseñar e implementar actividades conjuntas que favorezcan la coordinación y la continuidad de la atención. Algunas modalidades pueden ser:

- a. Visitas o atenciones médicas conjuntas o alternadas con médico especialista pediatra y de adultos, previo a la transferencia.
- b. Reuniones periódicas clínicas y administrativas entre equipos pediatría-adultos para coordinar y evaluar instrucciones, procesos y resultados del proceso de transición.
- c. Seguimiento en adultos: El equipo pediátrico mantiene el contacto durante la transferencia, hasta que el joven esté inserto en la red de atención de adultos, ya sea telefónicamente o con controles clínicos.

Momento de la transferencia

Este momento dependerá de distintos factores, como el tipo de enfermedad, la preparación del adolescente y de su familia y la organización del servicio de salud [59].

Se recomienda comenzar a conversar y preparar para la transferencia a partir de los 12 años, entregando educación y fomentando el automanejo de la enfermedad crónica por parte del adolescente e incentivando la autonomía progresiva. La transferencia propiamente tal a los servicios de adultos se debe realizar después de los 18 años [58].

Los siguientes son aspectos críticos al momento de la transferencia:

- Siempre se debe transferir una vez que el/la adolescente y cuidador estén preparados para este paso, por lo que previamente se debe evaluar el nivel de autonomía y conocimientos de cada adolescente y cuidador, con herramientas diseñadas para este efecto [57] [60].
- La transferencia debe ser realizada en momentos de estabilidad de la enfermedad.
- Es necesario garantizar el contacto previo del adolescente y su familia con el centro y el equipo adultos que le recibirá.
- Se debe asegurar el seguimiento del equipo pediátrico hasta la inserción completa del adolescente en el equipo adulto.
- Es necesario asegurar la continuidad en la provisión de recursos e insumos necesarios para el manejo de la enfermedad crónica.

- Autocuidado y autonomía del adolescente.

La intervención debe comenzar en forma precoz, considerando los siguientes aspectos:

- Fomentar progresivamente el autocuidado, de acuerdo al nivel de desarrollo, capacidad cognitiva y situación emocional del adolescente. Identificar las necesidades y reforzar las fortalezas de cada adolescente en el período de transición.
- Capacitar de manera progresiva en habilidades de autocuidado al adolescente: manejo de la enfermedad, autoimagen y autoestima, autoeficacia, tolerancia a la frustración, desarrollo progresivo de independencia, manejo de estrés, etc.

- Evaluar y educar en: crecimiento y desarrollo, nutrición, salud mental, fertilidad, sexualidad, conductas de riesgo, educación vocacional.
- Mantener amplia información a adolescentes y cuidadores en cuanto a la enfermedad, tratamiento, pronóstico y también informar claramente acerca del momento y procedimiento de la transferencia.

- Registros para la transferencia

El proceso de transición se facilita al implementar registros sistemáticos durante la transferencia, que estén a disposición del usuario, cuidadores y profesionales de salud en todo momento [61]:

- a. Resumen de historia clínica disponible en todo momento.
- b. Checklist de preparación para transición, que son cuestionarios que evalúan la capacidad de automanejo de la enfermedad por el adolescente [60].
- c. Documentos con información respecto a la enfermedad, precauciones a tomar y necesidades de cuidado.
- d. Plan de acción en emergencias, conocido y compartido con el adolescente y cuidador.
- e. Indicaciones escritas claras en relación a: desarrollo integral y autocuidado, terapia, previsión, etc., conocidas y compartidas con el adolescente y cuidador.

- Participación y apoyo

Participación de la familia

Al planificar servicios de transición, es fundamental asegurar el acompañamiento de la familia y mantener la participación activa del padre, madre o tutor en los controles médicos y durante la hospitalización eventualmente, en forma paralela y complementaria al fomento progresivo del autocuidado y automanejo de la enfermedad por el o la adolescente.

Participación del adolescente

El programa de transición debe hacer partícipe a adolescentes y cuidadores en el diseño, implementación y evaluación de las actividades de transición, de esta forma desarrollan sentido de control de su enfermedad e independencia [58]. Debe además asegurar una vía de comunicación expedita entre adolescente, cuidador y equipo médico.

A nivel grupal, fomentar la constitución de Consejos Consultivos Adolescentes en cada hospital, de manera que la información de sus necesidades provenga justamente de ellos y participen en el proceso de implementación y evaluación de la calidad de los servicios prestados. Esto permite hacerlos partícipes de planes de mejora continua de los programas de carácter participativo, los visibiliza como agentes de cambio y no perpetúa el enfoque adultocéntrico. Considerar apoyo de asistente social y/o de Unidades de Participación de los hospitales en este proceso.

Apoyo emocional a adolescentes y familias

El adolescente que vive con una enfermedad crónica presenta con mayor frecuencia síntomas emocionales y morbilidad psiquiátrica. Además, impacta en el funcionamiento familiar, ocurriendo con frecuencia un deterioro de la relación de pareja de los padres y distanciamiento en la crianza de los otros hijos. Es por esto que durante el proceso de transición es fundamental disponer de recursos para mantener y reforzar el apoyo emocional tanto para adolescentes como cuidadores, a través de:

- a. Consejería y psicoeducación permanente
- b. Atención psicológica, psiquiátrica individual, grupal, familiar, según necesidad.
- c. Fomento de la participación en agrupaciones de padres y agrupaciones de adolescentes portadores de una enfermedad crónica.

- Confidencialidad y aspectos éticos

El curso de una enfermedad crónica y sus alternativas terapéuticas, determinan grandes dilemas éticos en el manejo, referidos a aspectos de autonomía en el manejo de la enfermedad crónica, toma de decisiones en salud, confidencialidad de atención y aspectos relativos al consentimiento y/o asentimiento con distintas alternativas terapéuticas y procedimientos. Es fundamental discutir en equipo e informar a los padres del derecho a la confidencialidad del adolescente y de la necesidad de información amplia respecto de su enfermedad, tratamiento y pronóstico; y a su participación progresiva en la toma de decisiones en salud [62] [63].

- Servicios hospitalarios

Los servicios hospitalarios -actualmente inadecuados para con las necesidades de los adolescentes- aparecen como una barrera crítica al manejo de la enfermedad crónica y a la transición, lo que ya ha sido descrito en literatura nacional [64].

Los servicios hospitalarios deben ser adaptados a las necesidades de adolescentes con enfermedades crónicas, de acuerdo a lo descrito en el capítulo "Modelo de servicios de salud a nivel hospitalizado".

- Capacitación profesional

Una de las principales barreras a la atención del adolescente en transición a servicios de adultos, es la escasa capacitación de los profesionales de adultos en enfermedades crónicas complejas infantiles (ej. cardiopatías congénitas), y del poco entrenamiento en el manejo de adolescentes propiamente tal [65] [66].

La integración de aspectos relacionados a la adolescencia y su abordaje en los programas de formación de profesionales de salud tanto médicos, como enfermeras, matronas, profesionales de salud mental, de kinesiología, de nutrición y otros, en pre y postgrado, aparece como una necesidad curricular. Surge también como una necesidad de capacitación de los equipos pediátricos, el fomento del autocuidado y del automanejo de adolescentes portadores de enfermedades crónicas.

- Evaluación

La implementación de servicios de transición debe considerar desde su inicio la definición de indicadores de éxito del programa y la aplicación de estrategias de evaluación de estructura, proceso e impacto [67]. También deben incorporar procesos de evaluación de la calidad del servicio de salud, y adherencia de estándares de calidad, descrito anteriormente y ajustados al nivel de especialidad.

CAPÍTULO IV. COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DIFERENCIAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A NIVEL ESPECIALIZADO ABIERTO Y CERRADO

Los establecimientos de salud que atienden adolescentes, deberán contar con un equipo de salud multidisciplinario, que puede estar conformado por distintos profesionales, de acuerdo al tipo de servicio, especialidad y recursos disponibles. El equipo debe trabajar desde la interdisciplina.

Cualquiera que sea el tipo de servicio, las personas que conforman el equipo de salud, deben desarrollar progresivamente diversas competencias, para la atención de adolescentes y sus familias. La más importante es que debe estar motivado/a para atender adolescentes, ya que es un elemento primordial para el desarrollo de un vínculo profesional -usuario.

Los servicios de salud deben planificar procesos de capacitación formal en adolescencia para los profesionales, técnicos y personal de apoyo que trabaja en la unidad o servicio, con el fin de cerrar brechas en su equipo y aportar al proceso de transferencia técnica.

La actitud empática en la atención de adolescentes y sus familias, es la característica más importante y debe ser requisito para todo el personal de salud y para todos los profesionales que atienden adolescentes, desde el momento del primer contacto, desde la puerta de entrada.

Competencias en atención de salud y del desarrollo de adolescentes para los equipos de atención de salud especializada

(Adaptado de: Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria. OMS. 2015) [68]

Ámbito 1. Conceptos básicos en materia de salud y desarrollo de adolescentes y comunicación eficaz.

- 1.1 Conocimiento sobre el desarrollo biopsicosocial y sexual de adolescentes, y de sus problemas de salud.
- 1.2 Habilidades para interactuar y comunicarse y para establecer y mantener vínculos positivos y de confianza con él o la usuaria adolescente y su familia.
 - 1.2 Habilidades de escucha activa.
 - 1.3 Habilidades de entrevista biopsicosocial individual y familiar.
 - 1.4 Habilidades de consejería con adolescentes y sus familias.
 - 1.5 Respetar la confidencialidad del adolescente y reconocimiento de sus límites.
 - 1.6 Habilidades de trabajo interdisciplinario.
 - 1.7 Habilidades para trabajo intersectorial.
 - 1.8 Habilidades para abordar aspectos de género en forma crítica y transformadora

Ámbito 2. Leyes, políticas, normas de calidad y aspectos éticos

- 2.1 Aplicar a la práctica clínica las leyes y políticas que impactan en la atención de salud de adolescentes.
- 2.2 Promover y respetar los derechos de los y las adolescentes.
- 2.3 Aplicar conceptos éticos de justicia, no maleficencia, beneficencia, autonomía y confidencialidad.

Ámbito 3. Atención clínica de adolescentes con enfermedades específicas a nivel especializado

- 3.1 Evaluar el crecimiento normal y desarrollo puberal y tratar oportunamente las alteraciones del crecimiento y de la pubertad.
- 3.2 Indicar inmunizaciones.
- 3.3 Tratar los problemas de salud complejos que requieran de atención especializada.
- 3.4 Evaluar salud mental y tratar los problemas de salud mental.
- 3.5 Brindar atención en temas de salud sexual y reproductiva.
- 3.6 Prestar servicios de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de VIH.
- 3.7 Fomentar la actividad física.
- 3.8 Evaluar el estado nutricional y tratar los trastornos de nutrición o alimentarios.
- 3.9 Tratar las diferentes enfermedades crónicas, incluida la discapacidad.
- 3.10 Evaluar y tratar el consumo de sustancia y sus consecuencias.
- 3.11 Detectar y prestar atención a adolescentes víctimas de violencia.
- 3.12 Prevenir y manejar las lesiones autoagresivas e intentos suicidas.
- 3.13 Prestar servicios de transición de calidad a adolescentes portadores de enfermedades crónicas.

Actitudes fundamentales para la atención de adolescentes

1. Tratar a cada adolescente con pleno respeto de sus derechos humanos.
2. Respetar las decisiones de los adolescentes, así como su manifestación de voluntad sobre un examen físico, un examen clínico o una intervención, de acuerdo al grado de desarrollo de sus competencias y normativa vigente.
3. Abordar de igual forma a todos los adolescentes sin prejuzgar ni discriminar, respetando su dignidad personal.
4. Demostrar conocimiento y considerar a los adolescentes como agentes de cambio y fuentes de innovación.
5. Demostrar conocimientos del valor de entablar relaciones de colaboración con los adolescentes, sus familias y las organizaciones de la comunidad.
6. Considerar la atención de salud de adolescentes como un proceso, en que necesitan tiempo para tomar decisiones y podrían requerir de apoyo y asesoramiento continuo.

7. Mostrar respeto por los conocimientos y estilos de aprendizaje de cada adolescente.
8. Demostrar empatía, confianza, comunicación no autoritaria y escucha activa.
9. Ofrecer servicios confidenciales respetando la privacidad, conforme a normativa vigente.
10. Demostrar conocimiento de las actitudes, valores y prejuicios que puedan obstaculizar la atención confidencial, no discriminatoria, exenta de juicios de valor y respetuosa.

Lineamientos para la capacitación de equipos de salud y acciones que contribuyen a la formación de los equipos que atienden adolescentes

- Desarrollar un plan progresivo de sensibilización y capacitación en atención de salud diferencial para adolescentes a todo el personal de salud del nivel especializado abierto y cerrado, incluyendo técnicos, administrativos, médicos, enfermeras y profesionales de colaboración médica.
- Establecer estrategias que faciliten la actualización de los profesionales en el ámbito del área clínica y psicosocial para la atención integral especializada de adolescentes.
- Identificar necesidades específicas de capacitación.
- Identificar unidades de atención de adolescentes en funcionamiento a nivel de especialidades y difundir buenas prácticas que puedan aportar apoyo y experiencia a otros establecimientos.
- Favorecer acciones de transferencia técnica de profesionales expertos en adolescencia a otras áreas de especialidades.
- Impulsar en universidades, a nivel de pre y postgrado, la formación de profesionales en el área de Medicina de la Adolescencia y servicios de transición.
- Apoyar encuentros nacionales e internacionales que congreguen especialistas en distintas disciplinas y áreas de la medicina de la adolescencia.
- Favorecer la actualización de profesionales que integran grupos de apoyo.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS Y LEGALES EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES

5.1. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES

En la atención clínica de adolescentes, ya sea primaria u especializada abierta y cerrada, frecuentemente los profesionales de salud se enfrentan a dudas ético-clínicas en relación al manejo de los problemas o necesidades de salud de adolescentes.

Desde un punto de vista bioético, los 4 principios que deben ser resguardados y considerados en la atención de salud de adolescentes, al igual que a toda edad, son: **Justicia, Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía**. En ocasiones éstos pueden entrar en conflicto, alcanzando una gran relevancia en la adolescencia el derecho a la confidencialidad en la atención, así como, la noción de la capacidad o competencia en la toma de decisiones, lo que incidirá directamente en su estado de salud.

El principio de **Beneficencia** es un principio clásico hipocrático. Es la obligación moral de hacer el bien, actuando en beneficio de los otros, previniendo y/o suprimiendo posibles daños, evaluando las consecuencias de una acción determinada. Este principio se encuentra matizado por el respeto a la **Autonomía** del usuario y a la **Confidencialidad** de la atención. Es decir, no se puede buscar hacer un bien a costa de originar algún daño [69].

Con frecuencia en la hospitalización de adolescentes se producen conflictos éticos y contraposición de los principios éticos fundamentales, por ejemplo, en enfermedades terminales la autonomía versus la beneficencia, cuando un adolescente elige no continuar con su tratamiento (autonomía), ante la opción de sus padres de continuar con un tratamiento que pueda causar una recuperación parcial (beneficencia). Estos casos deben ser resueltos junto a la familia y se puede recurrir al apoyo de los Comités de Ética Hospitalaria.

La **No Maleficencia** se refiere al respeto por la integridad física y psicológica de la persona. Es el deber u obligación de no infligir daño a otros, así como prevenir y evitarlo, por consiguiente, prima sobre el deber de hacer o promover el bien. Por ejemplo, la actitud paternalista, impositiva, sin un adecuado manejo respecto a la confidencialidad, se traduce en un deterioro de la relación profesional - usuario, con pérdida de la confianza y riesgo de perder la continuidad en la atención [69].

El principio de **Justicia** en bioética, consiste en el reparto o distribución equitativa de las cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. En relación al principio de justicia y reconociendo que los y las adolescentes son personas con derecho a la atención sanitaria y a servicios de atención de calidad, debemos propender a evitar condiciones de inequidad en el acceso, fortaleciendo las condiciones necesarias y adecuadas para ello, particularmente con aquella población adolescente expuesta a condiciones de mayor vulnerabilidad social y económica o que han sido transgredidos sus derechos básicos [69].

La **Autonomía** se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo, en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Se asume que él o la adolescente posee dos condiciones esenciales: posee la libertad necesaria para actuar en forma independiente de influencias externas, que pudieran interferir en la decisión a tomar, y tiene la capacidad para actuar intencionadamente [69].

En la atención de adolescentes, el principio de autonomía está basada en la comprensión de la información entregada por los y las profesionales, lo que implica un desafío para quien realiza la atención: que la información sea entregada en forma simple, clara, comprensible y verdadera, y que permita que él o la adolescente comprenda la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego, las posibles acciones a tomar y sus consecuencias, y que se le permita comunicar libremente sus preferencias, y de esta manera tomar la mejor decisión. El asentimiento y consentimiento informado potencia la participación activa de adolescentes en las decisiones de salud.

La Circular N°A15/11 del MINSAL (2016) [70] que instruye que no se puede negar la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adultos responsables, alude al principio de autonomía. Negarle la atención lo pone en riesgo, lo que atiende al concepto de no-maleficencia, y vulnera el derecho al bien superior del adolescente, es decir, el principio de beneficencia.

La Ley N° 20.987, vigente en Chile desde enero 2017, modifica el procedimiento de examen de VIH para personas menores de 18 años, explicitando que adolescentes de 14 años y más pueden acudir a realizar este examen sin el consentimiento de sus padres. Esto alude al principio de beneficencia, al principio de autonomía y al derecho de confidencialidad de la atención [71].

Se plantea una jerarquización de estos principios y se los divide en 2 niveles. Los principios de No Maleficencia y de Justicia estarían dentro del nivel 1 y configurarían la "ética de mínimos", es decir aquellos objetivos y cumplimientos que deben ser exigibles y respetados por todos los integrantes de una sociedad. Los principios de Autonomía y Beneficencia constituirían el nivel 2, representando la "ética de máximos", la que considera la búsqueda individual de la felicidad con proyección de valores de vida subjetivos, por ende, no pueden ser impuestos, sino por el contrario, deben ser ofrecidos como un modelo a seguir. La utilidad de esta diferenciación en niveles ayudaría en la solución de problemas, cuando se presentan conflictos morales entre los diferentes principios, debiendo procurar respetar los principios de nivel 1 por sobre los del nivel 2. Es así como se plantea que los deberes derivados de estos principios de ética de mínimos, al tener una mayor exigencia tendrían prioridad sobre los deberes de la ética de máximos.

Capacidad o Competencia y Confidencialidad

La **Capacidad o Competencia**, es considerada como la aptitud de una persona para comprender o entender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles para cada uno de ellos, para tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con la propia escala de valores, para así poder tomar decisiones autónomas e informadas. Ser considerado "capaz" o competente implicaría entonces expresar una elección entre alternativas, entender los riesgos, beneficios y consecuencias cuando se consideran diversas posibilidades, decidiendo razonablemente y sin coerción de ningún tipo. El o la adolescente competente para la toma de decisiones, es capaz de comprender la información, de razonar y deliberar, habiendo incorporado valores en forma madura y siendo capaz de aplicarlos [69].

La **Confidencialidad** se define como la característica que dice relación con el derecho del usuario y el deber del profesional a la preservación de la información obtenida en una relación de consentimiento y confianza en la atención de un usuario y cuyo último fin es el beneficio de éste. Incluye el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos sensibles, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes [69]. La confidencialidad en la atención de adolescentes tiene límites, como es el riesgo de vida para el propio adolescente o terceros.

La confidencialidad en la atención de un adolescente está consagrada también en otras disposiciones legales que benefician y obligan a los prestadores: El Código Penal, Art. 247 sanciona la revelación del secreto; la Ley N°19.628 sobre protección de la vida privada protege todo dato de carácter personal que se refiere a características físicas o morales de las personas. La Convención Internacional de los Derechos del Niño, en su Observación General N° 4, párrafo 11, precisa que los trabajadores de salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica.

El respeto a la diversidad

En la toma de decisiones ético-clínicas en relación a salud de adolescentes, es fundamental considerar y respetar los derechos de adolescentes y jóvenes sin distinción alguna, por motivos de pertenencia a un pueblo originario, situación migratoria, idioma, sexo, opinión política, orientación sexual, identidad sexual, origen, posición social o económica, o cualquier otra condición.

5.2. MARCO LEGAL VIGENTE Y SU APLICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES

En el contexto de la atención especializada de adolescentes, abierta y cerrada, en que se deben tomar decisiones de salud complejas, frecuentemente se plantean dudas ético-clínicas cuya resolución se debe basar en el respeto de los principios bioéticos fundamentales y también en el conocimiento y aplicación de la normativa legal vigente, que es dinámica y a veces desconocida. Todo esto provoca frecuentemente incertidumbre en el accionar de los equipos de salud.

El Programa, se sustenta en normativas legales que involucran el reconocimiento y ejercicio de derechos de la población adolescente, en el ámbito individual y social de convivencia. Es necesario que los profesionales y gestores de servicios, actores claves involucrados en la implementación y ejecución de estrategias para la atención de salud de la población adolescente, conozcan y orienten su quehacer en el marco legal e institucional que lo regula.

En este contexto, se reconoce el principio básico de que niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho, esto quiere decir que, en atención a su respectiva etapa evolutiva, se debe estimular el ejercicio efectivo de sus derechos, lo que implica entre otros derechos, respetar su opinión y ser escuchado/a.

Cabe destacar algunos artículos de la Convención sobre los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, por su relevancia y marco general que orienta y puede ser aplicado por medio de la jurisprudencia nacional respecto a derechos de esta población.

Primero es necesario recordar que la Convención sobre los Derechos del Niño, está incluida en la Convención Americana de Derechos Humanos, de forma interpretativa, en virtud de lo dispuesto en la opinión consultiva número 17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Esto hace que esta Convención, más allá del sistema universal de derechos humanos, y del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, tenga otro espacio de supervisión y control, que es en efecto más contundente, a través de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por entenderse incorporada en el artículo 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

En relación al artículo tercero, este es sindicado como el principal artículo que se refiere al interés superior del niño, sin embargo, debe entenderse que el **interés superior está incorporado en toda la Convención.**

El artículo cuarto por su parte ha sido considerado también uno de los pilares de la Convención sobre Derechos del Niño, en la medida que obliga a los Estados partes a establecer todas las medidas que sean necesarias para el efectivo cumplimiento de los derechos contenidos en la Convención. Esto obliga a todos los Estados, en materia de derechos, a ser activos, y no solamente pasivos, no se trata sólo de abstenerse de vulnerar los derechos de los niños, sino también de promoverlos y garantizar su efectivo goce.

El artículo quinto contiene lo que en doctrina se ha denominado la autonomía progresiva. Pero de lo que realmente trata este artículo es del progresivo ejercicio autónomo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y que el deber real de los padres, contenido en el derecho de crianza de los niños, consiste precisamente en garantizar que progresivamente, y atendidas las facultades evolutivas de los niños en sus diferentes etapas, vayan ejecutando autónomamente, y por ende ejerciendo, los derechos contenidos en la Convención y en otros instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos.

El artículo 12 de la Convención, es considerado uno de los artículos más importantes de esta carta de derechos humanos, toda vez que constituye el reconocimiento expreso de la calidad de sujetos de derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes, reconociendo y garantizando su derecho a ser oído.

El artículo 16, por su parte, debe entenderse como una cláusula de protección, de la intimidad y la vida privada de los niños y niñas y adolescentes. Esta progresiva autonomía en el ejercicio de los derechos, se observa con mayor fuerza justamente, en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. De ahí la conveniencia de una política integral, integrada, inclusiva y evolutiva de la salud sexual y reproductiva de los seres humanos, en la cual se proteja el ejercicio del derecho a una salud sexual y reproductiva positiva.

CUADRO N°II. MARCO LEGAL VIGENTE EN CHILE. DERECHOS CONSAGRADOS A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD, CON REFERENCIA A LA ATENCIÓN EN NIVEL DE ESPECIALIDAD Y HOSPITALARIO

Derechos	Año
Ley N° 19.937: Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. "Ley de Autoridad Sanitaria".	1979
Oficio Circular N°1179, del Departamento de Extranjería e Inmigración, se instruye a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria que tengan como fundamentos el certificado de control de embarazo.	2003
Ley N° 19.966: Establece Régimen de Garantías Explícitas en Salud, "Ley del Auge".	2004
Resolución Exenta N°1914, que aprobó el convenio de colaboración entre Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Mediante dicho instrumento los ministerios acordaron generar los procedimientos necesarios para proporcionar atención en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones de sus pares chilenos a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años migrantes, con independencia de su situación migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales; e inscribir a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentren en condición migratoria irregular, en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio, pudiendo además solicitar un permiso de residencia temporaria con el certificado que acredite esta inscripción.	2008

Ley N° 20.418: Regula la información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.	2010
Constitución Política de Chile. Artículo 19, sobre el "derecho a la protección de la salud, con libre e igualitario acceso"	Última modificación 2010
Ley N° 20.584: Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.	2012
Oficio Circular A 15 N° 06, del Ministerio de Salud, sobre "Atención de salud de personas inmigrantes" desvincula la atención de salud de la situación migratoria y establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento; a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años; a casos de urgencia donde se establece que sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas.	2015
Circular N° A 15/11 del MINSAL. Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable.	2016
Ley N° 20.987. Modificación a la Ley N°19.779, que permite a aquellas personas que tengan una edad igual o superior a 14 años y sean menores de 18 años, consentir por sí mismos la realización del examen de detección del VIH/SIDA.	2017
Ley N° 21.013 que tipifica un nuevo tipo de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial. Sanciona con penalidad el maltrato corporal relevante y el trato degradante que menoscaba gravemente la dignidad de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos mayores y personas en situación de discapacidad.	2017
Ley. N° 21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Entre otras cosas, reconoce que la violencia sexual afecta diferenciadamente a las mujeres menores de edad. Se ampara especialmente en el respeto de la autonomía progresiva y el interés superior de las niñas y adolescentes, estableciendo reglas y procedimientos especiales para ellas. Los Niveles Secundarios y Terciarios son la puerta de entrada para la evaluación, diagnóstico, constitución causal, información y decisión de la mujer.	2017
Ley N° 21.063 que crea el Seguro para el acompañamiento de Niños y Niñas (SANNA). El cual contempla un fondo que financia el seguro para las madres y padres de hijos e hijas mayores de un año y menores de 18 años de edad, afectados por una condición grave de salud.	2018

CUADRO N°III. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y DERECHOS CONSAGRADOS A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD, RATIFICADOS POR CHILE

Instrumento internacional	Año
Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, párrafo 1 y 2.	1948
Declaración de los Derechos del Niño	1959
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5, apartado e) inciso iv). Sobre el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.	1965
El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 10 y 12.	Adoptado por las Naciones Unidas en 1966. Suscrito por Chile en 1969.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, artículo 11 y el artículo 12, párrafo 1, apartado f). Sobre el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.	1979
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 10. Sobre el derecho a la salud.	1988
Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24. Sobre el derecho del niño y niña al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.	1989
Consenso de Montevideo Sobre Población y desarrollo. Cap. D), sobre Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Cap. F). Sobre la migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes.	2013
Agenda 2030 sobre el desarrollo Sostenible de la ONU (ODS 2030). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.	2015

CAPÍTULO VI. MONITOREO

Quienes tienen la responsabilidad de planificar y ejecutar las políticas públicas en el área de la salud, tienen que contar con la mejor información disponible para ello. Esto implica tener la capacidad de captar, interpretar, analizar la información, así como, entregarla con la máxima objetividad y fidelidad, de tal modo, que esto permita medir y evaluar cuantitativamente las actividades, procesos productos y resultados, permitiendo de esta forma, tomar las mejores decisiones en forma oportuna y en el momento adecuado [72]

Uno de los mayores desafíos a los que se ven enfrentados los equipos de salud, cualquiera sea el nivel donde se ejecuta un programa, es la medición sistemática, continua, válida, objetiva y útil de lo que se realiza y desarrolla. Este desafío es tanto, a nivel de organización, como de los equipos de salud.

El monitoreo, permite explicitar cómo se desarrollan las actividades del programa, y cómo funcionan⁶. Así, quienes planifican y gestionan los programas, pueden mostrar resultados, entender el funcionamiento de los programas y evaluar cómo interactúan con otros eventos y fuerzas en los distintos niveles, desde donde se implementa y desarrollan las intervenciones, evaluando la calidad de las actividades y/o servicios entregados.

Por otro lado, permite comparar su desarrollo y avance facilitando:

- Tomar las medidas correctivas en forma oportuna.
- Fijar prioridades para la planificación estratégica.
- Evaluar las necesidades de capacitación y supervisión, y obtener una retroalimentación de los actores relevantes que participan en su implantación y desarrollo.
- Priorizar la asignación de recursos, mejorar la información para la recaudación de fondos.
- Proporcionar información para educar y motivar al personal.
- Proporcionar información para la abogacía.
- Argumentar en favor de la efectividad del enfoque del programa.
- Identificar áreas críticas que estén inhibiendo el progreso de implementación.
- Compartir los resultados, puede ayudar al Programa a establecer o fortalecer la red de individuos y organizaciones que comparten el objetivo de trabajar con adolescentes y jóvenes.

6.1. TIPOS DE INDICADORES

Indicadores de Estructura

Miden como el Sistema de Salud de Especialidad Abierta o Cerrada está equipado y organizado. Da cuenta si los recursos están disponibles y organizados para facilitar la atención de adolescentes. Este tipo de indicadores son relevantes para el desarrollo del Programa en sus primeros años de implementación (ver tabla VIII).

Indicadores de Proceso

Miden procesos relevantes de la oferta de servicios en los Niveles Especializados de Atención Abierta y Cerrada, así como la satisfacción de los adolescentes (ver tabla VIII).

⁶ Esta información se fundamenta en el Plan de Monitoreo del Departamento de Ciclo Vital, que incorpora los Programas de Infancia, Adolescencia, Mujer y Personas Adultas Mayores. Correspondiente a documento interno de gestión de Meta colectiva 2013. Departamento Ciclo Vital

Indicadores de Resultado e Impacto

Miden los resultados que se esperan lograr y los cambios que las acciones del Programa producen en la población objetivo del Programa de Especialidad Abierta y Cerrada (ver tabla VIII).

Indicador Centinela

Miden incidentes críticos, identifica situaciones o hechos graves, que no debieran ocurrir (ver tabla VIII).

TABLA N° VIII. INDICADORES DE PROGRAMA DE ESPECIALIDAD.

TIPO DE INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FORMATO	FUENTE DE DATO	PERIODICIDAD
Centinela	Muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años por causa obstétrica	N° de muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años por causa obstétrica	DEIS	Trimestral
Centinela	Muertes perinatales de madres adolescentes	N° de muertes perinatales de madres adolescentes	DEIS	Trimestral
Centinela	Tasa de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años.	N° de muertes por suicidio de adolescentes de 10 a 19 años X 100.000/ Total población de 10 a 19 años.	DEIS	Anual
Centinela	Tasa de mortalidad por suicidio en población de mujeres de 10 a 19 años.	N° de muertes por suicidio en mujeres de 10 a 19 años X 100.000/Total población de mujeres de 10 a 19 años.	DEIS	Anual
Centinela	Tasa de mortalidad por suicidio en población de hombres de 10 a 19 años	N° de muertes por suicidio en hombres de 10 a 19 años X 100.000/Total población de hombres de 10 a 19 años.	DEIS	Anual
Centinela	Tasa de morbilidad específica por causa, adolescentes de 10 a 19 años	N° de adolescentes de 10 a 19 años con diagnóstico específico X 1000/ Total población de 10 a 19 años	DEIS	Anual
Resultado	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años, por Servicio Clínico o Unidades de Apoyo	N° de adolescentes que reciben consejería en SSR de 10 a 19 años por Servicio Clínico o Unidad x 1000/Total de población adolescentes atendidos en el Servicio Clínico o Unidad de Apoyo	Registro Ad-Hoc	Anual
Resultado	Porcentaje de egresos de población adolescente por rango etario y por sexo	N° de egresos de población adolescente por rango etario y por sexo x 100/ N° total de Egresos del Hospital	Registro Ad-Hoc	Anual
Proceso	Promedio de Días de Estada, según Servicio Clínico o Unidad de Hospitalización en población adolescente	N° total de días de estada en un X Servicio Clínico o Unidad hospitalización en población adolescente/ N° total de egresos en ese Servicio Clínico o Unidad	Registro Ad-Hoc	Anual
Proceso	Tasa anual de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión, por SS.	N° de adolescentes ingresados a tratamiento por depresión X 1000/Total población adolescente inscrita	DEIS	Anual
Proceso	Tasa anual de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, por SS	N° de adolescentes ingresados a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas x 1000/ Total población adolescente inscrita	DEIS	Anual
Proceso	Porcentaje de usuarios/as adolescentes que reciben buen trato de parte del personal de admisión, SOME	N° de usuarios/as adolescentes que reciben buen trato de parte del personal de admisión, SOME x 100/ Total de usuarios/as adolescentes atendidos en admisión, SOME	OIRS	Trimestral
Proceso	Porcentaje de adolescentes con enfermedad crónica con Programa de Transición desarrollado y evaluado	N° de adolescentes con enfermedad crónica con Programa de Transición desarrollado y evaluado x 100/ N° total población adolescente en control por enfermedad crónica	Registro Ad-Hoc	Anual

Proceso	Porcentaje de adolescente con enfermedad crónicas (de larga duración) con Programa de Transición desarrollado y evaluado	Nº de adolescentes con enfermedad de larga duración con Programa de Transición desarrollado y evaluado x 100/ Nº total población adolescente en control con enfermedad crónicas (de larga duración)	Registro Ad-Hoc	Anual
Proceso	Porcentaje de centros de atención especializada abierta y/o cerrada que cumplen con los estándares de modelo de atención propuestos en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en niveles especializados de atención	Nº de de centros de atención especializada abierta y/o cerrada que cumplen con los estándares de modelo de atención propuestos en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en niveles especializados de atención x 100/ Nº de centros de atención especializada abierta y/o cerrada supervisados por la SEREMI	Registro Ad-Hoc	Anual
Proceso	Porcentaje de de centros de atención especializada abierta y/o cerrada que cuentan con planes de evaluación de calidad de atención de adolescentes por región. ⁷	Nº de de centros de atención especializada abierta y/o cerrada que cuentan con planes de evaluación de calidad de atención de adolescentes x 100/ Nº de de centros de atención especializada abierta y/o cerrada por región.	Registro Ad-Hoc	Anual
Proceso	Porcentaje de centros de atención especializada abierta y/o cerrada con sistema definido para la participación activa de adolescentes y jóvenes.	Nº centros de atención especializada abierta y/o cerrada con sistema definido para la participación activa de adolescentes y jóvenes/ Nº centros de atención especializada abierta y/o cerrada.	Registro Ad-Hoc	Anual
Estructura	Porcentaje de camas asignadas a hospitalización de adolescente	Nº de camas asignadas a hospitalización de adolescente por Servicio Clínico o Unidad x 100/ Nº total de camas en uso del hospital	Registro Ad-Hoc	Anual
Estructura	Porcentaje de camas diferenciadas del Hospital, destinadas a hospitalización de adolescentes	Nº de camas diferenciadas del Hospital, destinadas a hospitalización de adolescente x 100/ Total de camas asignadas al Hospital	Registro Ad-Hoc	Anual
Estructura	Porcentaje de funcionarios que cuentan con cursos de capacitación para la atención de adolescentes	Nº de funcionarios que cuentan con cursos de capacitación para la atención de adolescentes x 100 / Nº total de funcionarios del establecimiento	Registro Ad-Hoc	Anual
Estructura	Porcentaje de centros pediátricos de atención especializada abierta que cuentan con Unidad de Adolescencia	Nº de centros pediátricos de atención especializada abierta que cuentan con Unidad de Adolescencia/ Nº de centros pediátricos de atención especializada abierta.	Registro Ad-Hoc	Anual
Estructura	Porcentaje de centros pediátricos de atención especializada abierta y/o cerrada que atienden usuarios hasta los 17 años 11 meses 29 días	Nº de centros pediátricos de atención especializada abierta y/o cerrada que atienden usuarios hasta los 17 años 11 meses 29 días / Nº de centros pediátricos de atención especializada abierta y/o cerrada.	Registro Ad-Hoc	Anual

⁷ Evaluación de calidad de atención con instrumentos ajustados y validados por MINSAL, que incluyen encuestas directores Hospitales, profesionales que atienden adolescentes, usuarios adolescentes atendidos y pauta de observación.

6.2. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El Plan de Acción recoge los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, elaborado para 2012-2020, que contribuyen en el desarrollo de acciones claves para la instalación progresiva del Programa de Salud de Especialidad Abierta y Cerrado, dan continuidad y se articulan con modelo de la atención primaria de salud. Este plan de acción fortalece el modelo de atención de salud integral y diferencial de adolescentes en el nivel de especialidad y contribuye a su vez al logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) en su marco de cumplimiento de la Agenda 2030.

TABLA N° IX PLANIFICACIÓN PROGRAMA ESPECIALIDAD PERIODO 2018-2030

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERIODO	NIVEL
Definir un plan de acción de cierre de brechas de acceso, en el nivel especializado abierto y cerrado	Al 2019, brechas de acceso identificadas, con plan de acción de cierre de brechas de acceso progresivo Al 2030 Plan de acción de cierre de brechas cumplidos	Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades Estudio disponible de evaluación del plan de acción de cierre de brechas	Existencia de Plan de acción de cierre de brechas de acceso. SI / NO Estudio de evaluación del Plan de acción de cierre de brechas realizado. SI / NO	2019 2030	Nacional Regional Servicios Nacional Regional Servicios
Definir conjunto de prestaciones de atención, prevención, tratamiento y rehabilitación en el nivel especializado abierto y cerrado del Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes	100% Prestaciones de adolescentes definidas en el nivel especializado abierto y cerrado. En 2020, prestaciones de adolescentes definidas con FONASA, en nivel especializado abierto y cerrado	Prestaciones de adolescentes definidas para nivel de especialidad abierto y cerrado, incorporadas en las Orientaciones Programáticas para la red. Prestaciones de adolescentes definidas para el nivel especializado abierto y cerrado, incorporada por FONASA	Orientaciones Programáticas para el nivel especializado abierto y cerrado, incorporan prestaciones definidas por Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes. SI / NO Documento de FONASA de modalidades de atención que incorpora prestaciones para adolescentes en el nivel especializado abierto y cerrado	2019 2020	Nacional Nacional
Implementar políticas de transición para la atención primaria y especializada	Al 2021 a nivel nacional y en servicios de salud cuentan con políticas de transición para la atención primaria y especializada	Elaborar políticas de transición para la atención de adolescentes, que incluyen normas, orientaciones técnicas y protocolos	% de servicios de salud han implementado políticas de transición para la atención de adolescentes	2021	Nacional Servicios de Salud

Establecer sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención, de acuerdo a normativa vigente y a los principios orientadores del Programa	Al 2021 Servicios de Salud cuentan con un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención implementados	Sistema de referencia y contra referencia implementado de acuerdo a la normativa vigente y a los principios orientadores del programa.	% de Servicios de Salud que han implementado el sistema de referencia y contra referencia. Estudio de evaluación del sistema de referencia implementado	2021	Nacional Regional Servicios de Salud
Implementar la modalidad diferenciada de atención para adolescentes, en el Sistema Público de Salud, del nivel especialidad abierto y cerrado	Al 2030 el 100% de los establecimientos del nivel especializado abierto y cerrado han implementado una modalidad de atención diferenciada para adolescentes en el Sistema Público de Salud	Adolescentes atendidos con modelo diferenciado en el nivel especializado abierto y cerrado en el Sistema Público de Salud	% de establecimientos de salud del nivel especializado abierto y cerrado, con modalidad de atención de salud diferenciada para adolescentes en el Sistema Público de Salud	2030	Nacional Servicios de Salud
Diseñar e implementar sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud	Al 2021 contar con sistema de evaluación de mejora continua implementado.	Instrumento de criterios y estándares ajustados. Sistema de evaluación de mejora continua de la calidad diseñado. Sistema de evaluación de mejora continua de la calidad implementado	Existencia de instrumento con criterios y estándares. % de Servicios de Salud con sistema de evaluación continua de la calidad implementado	2021	Nacional Regional Servicios
Definir plan de asesorías regionales para seguimiento de la implementación del programa (presenciales, videoconferencias, jornadas macro regionales, otras)	100% de SEREMI, Servicios de Salud, Hospitales con plan de asesorías realizado anualmente.	Seremi con asesorías técnicas recibidas. Servicios de Salud con asesorías técnicas recibidas Hospitales con asesorías técnicas recibidas	% de Seremi con plan de asesorías programadas y realizadas. % de Servicios de Salud con plan de asesorías programadas y realizadas. % de Hospitales con plan de asesorías programadas y realizadas.	Anual	Nacional Regional Servicios
Difundir buenas prácticas de atención de la población adolescente	100% de SEREMI realizan difusión de buenas prácticas de atención cada dos años.	Buenas prácticas de atención identificadas y difundidas en cada región.	% de regiones con buenas prácticas difundidas	Cada dos años	Nacional Regional

Alinear la información de los registros requeridos por el Programa Adolescente de especialidad, con el sistema de información institucional de salud actual, que permita generar información de calidad sobre la salud de adolescentes	Al 2021, el sistema de información nacional ha incorporado los requerimientos de información del programa.	Sistema de información nacional de salud con requerimientos del programa incorporados	Sistema de información nacional de salud incorpora requerimientos del programa. SI/NO	2021	Nacional Regional Servicios
Mantener actualizado Diagnóstico Epidemiológico nacional y regional	Cada tres años el nivel nacional y regional actualiza el Diagnóstico Epidemiológico	Diagnóstico Epidemiológico actualizado cada tres años	Existencia de diagnóstico epidemiológico	Cada 3 años	Nacional Regional
Definir un plan de cierre de brechas de recursos humanos, en el nivel especializado abierto y cerrado	Al 2020, brechas de recursos humanos identificadas en el nivel especializado abierto y cerrado Al 2030, plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel especializado abierto y cerrado	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel especializado Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel especializado aprobado en su financiamiento por las autoridades	Existencia del Plan de cierre de brechas de RRHH, financiado. SI / NO % de disminución de brechas de RRHH.	2020 2030	Nacional Regional
Elaborar perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a población de adolescentes en nivel de especialidad	Al 2020, contar con la definición del perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a población adolescente	Documento de perfil de competencias, habilidades y actitudes	Existencia del documento consensuado e integrado con instituciones formadoras	2020	Nacional
Contar con un mecanismo de asignación de recursos explícitos para el Programa	Al 2021 se ha definido modalidad de asignación de recursos para el Programa de Salud Integral del Adolescente	Programa de Salud Integral del Adolescente, con mecanismo explícito de asignación de recursos	Programa de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes cuenta con recursos. SI/NO	2021	Nacional

BIBLIOGRAFÍA

- [1] MINSAL, «Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes 2012 - 2020,» 2012.
- [2] OPS, «Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010 - 2018,» 2010.
- [3] N. Vargas y A. Quezada , «Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra,» Revista Chilena de Pediatría, vol. 1, n° 78, pp. 103-110, 2007.
- [4] T. Zubarew, V. Gaete, F. Funes, M. E. Henríquez, C. Sagredo y E. Peralta, «Fundamentos para la extensión de la edad pediátrica hasta el término de la adolescencia a nivel de toda la red asistencial de salud. Recomendación del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría,» Rev Chil Pediatr, vol. 5, n° 82, pp. 447-453, 2011.
- [5] MINSAL, «Política Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes 2008 - 2015,» 2008.
- [6] P. Mc Intyre, «Adolescent friendly health services. An agenda for change. WHO/FCH/CAH/02.14, World Health Organization, 2002. http://whqlibdoc.who.int/%20hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf,» Washington, ultima visita 24-04-2011.
- [7] F. Corona y E. Peralta, «Prevención de conductas de riesgo,» Revista Médica Clínica Las Condes, vol. 1, n° 22, pp. 68-75, 2011.
- [8] C. Bethell, J. Klein y C. Peck, «Assessing health system provision of adolescent preventive services: The young adult health care survey,» Med Care, vol. 5, n° 47890, p. 39, 2001.
- [9] M. Radezik, S. Sherer y L. Neinsten, «Common concerns of adolescents and their parents,» de Adolescent Health Care. A practical guide. Fifth Edition, Philadelphia, Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2008, p. 71.
- [10] S. Vasquez, E. Berner y N. Calandra, «Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en salud reproductiva,» Arch Argent Pediatr, vol. 101, n° 6, pp. 466 - 469, 2003.
- [11] National Health Service Scotland. Better health, better care: The Scottish Government, Edinburgh, «Better Health, Better Care: Hospital Services for Young People in Scotland,» 2009. [En línea]. Available: <http://www.gov.scot/Publications/2009/05/07130749/4>. [Último acceso: 30 julio 2017].
- [12] H. Fonseca, «Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office,» Adolesc Med State, vol. 21, n° 1, pp. 152 - 60, 2010.
- [13] P. M. Duncan, A. C. Garcia y B. B. Frankowski, «Inspiring Healthy Adolescent Choices: A Rationale for and Guide to strength promotion in primare care,» Journal of Adolescent Health, vol. 41, p. 525-535, 2007.
- [14] N. Mohajer y J. Earsnest, «Widening the aim of health promotion to include the most disadvantaged: vulnerable adolescents and the social determinants of health,» Health Education Research, vol. 25, n° 3, pp. 387-94, 2010.
- [15] E. Schor, «Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family,» American Academy of Pediatrics, vol. 6, n° 111, pp. 1541-1571, 2007.

- [16] K. Newman , L. Harrison , C. Dashiff y S. Davies , «Newman Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review,» *Rev Latino-am Enfermagem*, vol. 16, nº 1, pp. 142-50, 2008.
- [17] B. C, «Parents and peers in relation to early adolescent problem behavior,» *Journal of Marriage and Family* , vol. 68, p. 109-124, 2006.
- [18] K. L. Franck y C. Buehler , «A family process model of marital hostility, parental depressive affect, and early adolescent problem behavior: the roles of triangulation and parental warmth.,» *J Fam Psychol*, vol. 21, nº 4, pp. 614-25, 2007.
- [19] M. B. Donnellan, R. D. Conger y M. Cui, «Reciprocal influences between parents' marital problems and adolescent internalizing and externalizing behavior.,» *Rev Psychol*, vol. 43, nº 6, pp. 1544 - 52, 2007.
- [20] MINSAL, «Orientaciones para la planificación y programación en Red,» 2017. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf>. [Último acceso: 12 agosto 2017].
- [21] Schütz-Aine, «Salud sexual y desarrollo de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas,» 2003.
- [22] Instituto Nacional de Estadísticas (INE), « Estadísticas Vitales. Anuario 2015,» INE, Santiago.Chile, 2015.
- [23] FONASA, «Población inscrita beneficiaria Sistema Público de Salud,» 2015.
- [24] MINSAL, «Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020.,» 2011.
- [25] SENDA, «XI Estudio Nacional de drogas en población escolar,» 2015.
- [26] INJUV, «Octava Encuesta Nacional de Juventud.,» vol. 8, 2015.
- [27] MINSAL, «Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes,» 2017.
- [28] MINSAL, «Departamento de VIH e Infecciones de transmisión sexual,» 2015.
- [29] MINSAL, Departamento Epidemiología. , «Informe situación epidemiológica del VIH/SIDA Chile 1984 - 2015,» MINSAL, Chile, 2015.
- [30] MINSAL, «Boletín epidemiológico trimestral sífilis. Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.,» Santiago, 2017.
- [31] F. De La Barra, B. Vicente, S. Saldivia y R. Melipilan, «Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual,» *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 23, nº 5, pp. 521 - 529, 2012.
- [32] E. Evans, K. Hawton y K. Rodham, «Factors associated with suicidal phenomena in adolescents:a systematic review of population-based studies,» *Clin Psychol Rev.*, vol. 24, nº 8, pp. 957-979, 2004.
- [33] A. Vander Stoep, M. Adrian, E. Mc Cauley, S. Crowell, A. Stone y C. Flynn, «Suicide Life Threat Behav,» *Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts Associated with Co-occurring Depression and Conduct Problems in Early Adolescence*, pp. 41(3):316-29., 2011.

- [34] American Academy of Child, «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of childrens and adolescents with schizophrenia,» J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, vol. 7, nº 40, pp. 4-23, 2001.
- [35] MINSAL, «Encuesta de calidad de vida,» 2016.
- [36] Organizacion Mundial de la Salud, Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atencion de salud de los adolescentes. Volumen 1: Normas y criterios., Washington, DC: OPS, 2015.
- [37] Canadian Pediatric Society., «Issues of care for hospitalized youth. Canadian Pediatric Society.,» Paediatr. Child Health, vol. 13, nº 1, 2008.
- [38] J. Suris, P. Michaud y R. Viner , «The adolescent with a chronic condition.,» Developmental issues. Arch Dis Child, vol. 89, pp. 938-42., 2004.
- [39] P. A. Michaud, J. C. Suris y R. Viner, «The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare,» Arch Dis Child, vol. 89, p. 943-949., 2004.
- [40] S. J. Rolland , «La tipología psicosocial de la enfermedad; Las fases temporales de la enfermedad.,» de Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la perspectiva sistémica., Barcelona, España, Gedisa, 2000, pp. 43 - 91.
- [41] MINSAL, «Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf [InterOrientaciones para la Planificacion y Programacion en Red,» 2018. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf>. [Último acceso: 6 Noviembre 2017].
- [42] MINSAL, «ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA,» 2013. [En línea]. Available: ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.pdf [Internet]. [citado 6 de noviemhttp://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf. [Último acceso: 6 noviembre 2017].
- [43] «BIBLIOTECA CONGRESO NACIONAL DE CHILE,» 3 Septiembre 2004. [En línea]. Available: SALUD MD. LEY-19937 24-FEB-2004 MINISTERIO DE SALUD [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacio<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>. [Último acceso: 7 Noviembre 2017].
- [44] OPS, «Redes integradas de Servicios ed Salud. Conceptos, Opciones de Politica y Hoja de ruta para su implementación en las Americas,» 28 Mayo 2010. [En línea]. Available: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf>. [Último acceso: 4 Enero 2017].
- [45] OPS, «Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductivo,» 2000. [En línea]. Available: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>. [Último acceso: 25 Septiembre 2017].
- [46] OPS, «IMAN Servicios Normas de atencion de salud sexual y reproductiva de adolescentes,» 2006. [En línea]. Available: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IMAN-Servicios--Normas-atencion-sexual-reproductiva-adolescentes-2006.pdf>. [Último acceso: 25 Septiembre 2017].

- [47] MINSAL, Orientación para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Chile., Chile, 2008.
- [48] National Health Service Scotland. The Scottish Government, Better health, better care: Hospital services for young people in Scotland., Edinburgh, 2009.
- [49] E. GEERTS, H. VAN DE WIEL, y R. TAMMINGA, «A pilot study on the effects of the transition of paediatric to adult health care in patients with haemophilia and in their parents: patient and parent worries, parental illness-related distress and health-related quality of Life,» The official journal of the world federation of haemophilia, vol. 14, n° 5, p. 1007-1013, 2008.
- [50] H. Zhou, P. Roberts, S. Dhaliwal y P. Della, «Transitioning adolescent and young adults with chronic disease and/or disabilities from paediatric to adult care services,» J Clin Nurs, vol. 25, pp. 3113 - 3130, 2016.
- [51] J. F. Woodward, , N. I. Swigonski y M. R. Cic, «Assessing the health, functional characteristics, and health needs of youth attending a noncategorical transition support program,» Journal of Adolescent Health, vol. 51, n° 3, p. 7, 2012.
- [52] P. Y. Lam , B. B. Fitzgerald y S. M. Sawyer, «Young adults in children's hospitals: why are they there?,» Med J Aust, vol. 18, n° 182, pp. 381-4., 2005.
- [53] D. Pacaud, , J. François y D. Stephure, «Problems in transition from pediatric care to adult care for individuals with diabetes,» Canadian Journal of Diabetes, vol. 29, n° 1, pp. 13-18, 2005.
- [54] D. Mahmood, B. Dicianno y M. Bellin, «Self-management, preventable conditions and assessment of care among young adults with myelomeningocele,» Child: Care, health and development, vol. 37, p. 861-865, 2011.
- [55] M. Wolf-Branigin, V. Schuyler y P. White, «Improving Quality of Life and Career Attitudes of Youth with Disabilities: Experiences from the Adolescent Employment Readiness Center,» ERIC, vol. 10, n° EJ803429, pp. 324-333 , 2007.
- [56] T. Zubarew , P. Begregal , C. Besoain, M. T. Valenzuela y M. L. Correa, «Transición de adolescentes con enfermedades crónicas desde servicios pediátricos a adultos: Vision de los profesionales de salud,» Revista Chilena de Pediatría, vol. 89, n° 1, p. 10, 2015.
- [57] M. McPheeters , A. M. Davis, J. L. Taylor , R. F. Brown, S. A. Potter y R. A. Epstein, «Transition Care for Children With Special Health Needs,» Vanderbilt University Evidence-based Practice Center, vol. 15, 2012.
- [58] American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians; Transitions Clinical Report Authoring Group, Cooley WC, Sagerman PJ., «Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home,» Pediatrics, vol. 128, n° 1, pp. 182 -200, 2011.
- [59] L. E. Wisk , J. A. Finkelstein , G. S. Sawicki , M. Lakoma , S. L. Toomey, M. A. Schuster y A. A. Galbraith, «Predictors of timing of transfer from pediatric- to adult-focused primary care,» JAMA Pediatr, vol. 169, n° 6, 2015.

- [60] G. S. Sawicki, «Development and validation of the adolescent assessment of preparation for transition: a novel patient experience measure.,» *Journal of Adolescent Health*, vol. 57, n° 3, pp. 282-287, 2015.
- [61] Got Transition/Center for Health Care Transition, «gottransition.org,» January 2014. [En línea]. Available: <http://www.gottransition.org/resourceGet.cfm?id=212>. [Último acceso: 28 Marzo 2016].
- [62] E. Racine, E. Bell , A. Yan , G. RAndrew y L. Bell L, «Ethics challenges of transition from paediatric to adult health care services for young adults with neurodevelopmental disabilities.,» *Racine, E., Bell E., Yan A., Andrew, G., Bell L. Clarke M., et als. Ethics challenges of transition from paediatric to adult health care servicePaediatr Child Health*, vol. 19, n° 2, pp. 65-68, 2014.
- [63] L. Correa, *El consentimiento informado y la toma de decisiones en salud de adolescentes*, Santiago: EN: Diplomado Correa L. "El consentimiento informado y la tEN: Diplomado Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes. PUC., 2012.
- [64] C. Inostroza , L. Correa , C. Besoain , A. Reinoso, M. Velarde , M. T. Valenzuela y p. Bedregal, «El proceso de transición de servicios pediátricos a adultos: visión de adolescentes hospitalizados portadores de enfermedades crónicas.,» *Inostroza C., Correa L., Besoain C., Reinoso A., Velarde M., Valenzuela MT, Bedregal P, Zubarew T. El proRev Chil Pediatr.*, vol. 87, n° 2, pp. 110-115, 2016.
- [65] E. Kerr, M. Cabana, M. Davis, M. Okumura, S. Demonner y M. Heisler, «Physician view on barriers to primary care for young adults with childhood onset chronic diseases.,» *Pediatrics* 2010, vol. 125, pp. e748 - e754, 2010.
- [66] N. G. Peter , C. M. Forke , K. R. Ginsburg y D. F. Schwarz, «Transition from pediatric to adult care: internists' perspectives.,» *Pediatrics*, vol. 123, n° 2, pp. 417 - 423, 2009.
- [67] C. Fair , J. Cuttance, N. Sharma, G. Maslow, I. Wiener, C. Betz y e. Porter, «International and Interdisciplinary Identification of Health Care Transition Outcomes,» *JAMA Pediatric*, vol. 170, n° 3, pp. 205 - 211, 2016.
- [68] OMS, *Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria*, Washington.DC: OMS, 2015.
- [69] Ministerio de Salud, «DIPRECE.MINSAL,» 9 septiembre 2015. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [70] MINSAL, Circular N° A 15/11. Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable., Santiago, 2016.
- [71] Congreso Nacional, «Ley 20987 MODIFICA EL PROCEDIMIENTO PARA EL EXAMEN DEL VIH RESPECTO DE MENORES DE EDAD,» 6 Enero 2017. [En línea]. Available: <http://bcn.cl/1zalm>. [Último acceso: 3 Enero 2018].
- [72] MINSAL, *Programa Nacional de Salud de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones técnicas para el monitoreo del programa.*, Santiago, 2012.
- [73] MIDESO, «Encuesta CASEN 2011.,» 2011.
- [74] MINSAL, «Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010,» 2010.

- [75] MINSAL, «Informe final: Servicio de digitación, construcción de base de datos y elaboración de informe de resultados de ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes.,» 2012.
- [76] V. Gaete, «Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud.,» *Rev Med Clin Condes*, vol. 22, n° 1, pp. 5-13, 2011.
- [77] S. M. Sawyer , S. Drew S, M. S. Yeo y M. T. Britto, «Adolescents with chronic conditions: challenges living, challenges treating.,» *Lancet*, n° 369, pp. 1481-1489, 2007.
- [78] Ministerio de Salud, «DIPRECE. MINSAL,» febrero 2016. [En línea]. Available: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf. [Último acceso: 8 Febrero 2018].

ANEXOS

ANEXO 1. Ordinario 1791/2012



ORDINARIO C/21 N° 1791

ANT.: No hay.

MAT.: Instruye sobre atención de Adolescentes.

SANTIAGO, 14 JUN. 2012

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

En Chile, así como en otras partes del mundo, y a raíz de las mejoras en el manejo de patologías de la edad pediátrica, nos hemos visto ante el escenario de un aumento de pacientes que transitan desde el abordaje de las patologías (tanto agudas como crónicas) desde una mirada pediátrica hasta una mirada del adulto sin existir unanimidad en la forma de caminar este proceso y en ocasiones realizándolo de manera abrupta sin considerar las particularidades de la adolescencia en lo respectivo a desarrollo personal como de la patología propiamente tal.

Así mismo, y en el marco del Régimen General de Garantías, la red asistencial se enfrenta a patologías de origen en edades muy tempranas cuyo seguimiento no siempre se condice con las definiciones actualmente utilizadas para diferenciar lo "pediátrico" de lo "adulto" en términos cronológicos.

Es por lo anteriormente expuesto y atendiendo a las necesidades de nuestra población y según recomendaciones de la Sociedad Chilena de Pediatría a través de su rama de Adolescencia, así como la evidencia disponible que demuestra mejores resultados clínicos al manejar patologías propias de la edad por equipos especializados en esta etapa de la vida, es que se ha establecido que los establecimientos denominados "pediátricos", así como los servicios de pediatría a lo largo de la red, PUEDEN otorgar prestaciones a pacientes hasta los 19 años, 11 meses y 29 días según los recursos disponibles para ello, y a partir de esta comunicación comenzar a desarrollar los proyectos necesarios para cerrar las brechas y poder brindar una atención de calidad y especializada a este grupo de edad en el mediano a largo plazo.

Saluda atentamente,

DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
 SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN

- Todos los Directores Servicios de Salud país
- Todos los Directores de Hospitales Red Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Gestión de la Red Asistencial
- Dpto. Procesos y Transformación Hospitalaria
- Of. De Partes

ANEXO 2. Primera Resolución Exenta N°406



GABINETE MINISTRA DE SALUD
DIVISIÓN DE ASESORIA JURÍDICA
JBO / CEC / MPPY / AT / GDA / EDC / CDE / AR / YVB

[Handwritten signatures and initials]

APRUEBA “PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA”.

SANTIAGO, 09 MAR 2018

RESOLUCIÓN EXENTA N° 406 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 1, 7 y 9 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en los artículos 5°, 6° letra b) y d), 25 letra f) y 27 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Cartera de Estado; ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud; Convención sobre los derechos del niño, promulgada por Decreto N° 830 de 1990, del Ministerio de Relaciones Exteriores; lo solicitado en Memorándum N° B2 66 de 1° de febrero de 2018 de la Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades; y la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.
2. Que, en el año 2012 se elabora el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y un plan de acción para el período 2012-2020 orientado inicialmente al quehacer del nivel primario de atención.
3. Que, en base al modelo de atención de salud integral y ecológico, es importante contar con una red de servicios coordinados y articulados en niveles de atención, que permita abordar las necesidades de esta población en forma integral, integrada e intersectorial, que promuevan la equidad y favorezca una atención diferenciada y de alta calidad, incluido el nivel especializado de atención.
4. Que, la adolescencia es una etapa de la vida que presenta grandes oportunidades para la promoción y prevención en la salud, considerando el adecuado desarrollo de cada adolescente como sujeto de derechos
5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUEBASE** el documento denominado “Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada”, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 86 páginas, todas ellas visadas por la Jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

2. **PUBLÍQUESE**, por el Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, el texto íntegro de “Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada”, y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.
3. **REMÍTASE** un ejemplar de “Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes: Nivel especializado de atención abierta y cerrada”, a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
 - Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
 - Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
 - Directores de los Servicios de Salud del país
 - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
 - Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
 - Jefe de División de Gestión de la Red Asistencia
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
-

ANEXO 3: Listado de patologías GES que corresponde a población adolescente

GES	Nombre	Observaciones
Insuficiencia renal crónica terminal	Guía Clínica: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	2005. Incorpora diferenciadamente menores y mayores de 15 años
Cardiopatías congénitas operables	Guía Clínica: Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	2010. Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Tratamiento esquizofrenia	Guía Clínica: Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia	2009. Adolescentes con primer episodio
Tratamiento Quirúrgico Escoliosis	Guía Clínica: Tratamiento Quirúrgico Escoliosis en menores de 25 años	Actualizada 2010 Menores 25 años
Tratamiento Quirúrgico de Catarata	Guía Clínica: Tratamiento quirúrgico de cataratas, congénitas y adquiridas	Actualizada 2010 Incorpora diferenciadamente menores y mayores de 15 años
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Guía Clínica: Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos	Actualizada 2011
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/ SIDA	Guía Clínica: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH / SIDA	Actualizada 2010
Prevención del Parto Prematuro	Guía Clínica: Prevención del Parto Prematuro	Actualizada 2010 No hace alusión como factor de riesgo a población de adolescentes
Hemofilia	Guía Clínica: Hemofilia	Actualizada 2013
Fisura labiopalatina	Guía Clínica: Fisura Labiopalatina	2009 Incorpora tratamiento adolescentes 10-15 años
Linfomas y tumores sólidos	Guía Clínica: Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Leucemia	Guía Clínica: Leucemia en menores de 15 años	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Leucemia	Guía Clínica: Leucemia en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Linfomas	Guía Clínica: Linfomas en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de mama	Guía Clínica: Cáncer de mama en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años

Cáncer de testículo	Guía Clínica: Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.
Hipertensión	Guía Clínica: Hipertensión primaria esencial, en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Epilepsia	Guía Clínica: Epilepsia en Niños	2008 Epilepsia no refractaria en personas de 1 año y menores de 15 años
Asma bronquial	Guía Clínica: Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	Actualizada 2011 Comprende adolescentes entre 10 - 14 años
Diabetes tipo I y II	Guía Clínica: Diabetes tipo I Guía Clínica: Diabetes tipo II	2013-2010 respectivamente Comprende adolescentes entre 10 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Accidente cerebrovascular isquémico	Guía Clínica: Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	2013
Politraumatizado	Guía Clínica: Politraumatizado	2007 Incorpora diferenciadamente menores y mayores de 15 años
Fibrosis Quística	Guía Clínica: Fibrosis Quística	2007
Gran Quemado	Guía Clínica: Gran Quemado	2007 Considera diferenciadamente menores y mayores de 15 años
Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso.	Guía Clínica: Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso	Actualizada 2011 Comprende adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes de 20-24 años
Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes 20-24 años
Depresión en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Depresión en personas de 15 años y más	Actualizado 2013 Comprende adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes 20-24 años
Consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años	Guía Clínica: Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años	2007 Comprende adolescentes 10-19 años
Atención odontológica integral de la embarazada	Guía Clínica: Atención odontológica integral de la embarazada	Actualizada 2013 Comprende adolescentes embarazadas menores de 15 años; entre 15 19 años y jóvenes 20-24 años
Analgesia del Parto	Guía Clínica: Analgesia del Parto	Actualizada 2013

Artritis Idiopática Juvenil	Guía Clínica: Artritis idiopática juvenil/ Artritis reumatoidea juvenil	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.
Examen de Medicina Preventiva al mayor de 15 años	Guía Clínica: Examen Medicina Preventiva	2008 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.
Cáncer colorectal en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Cáncer colorectal en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.
Cáncer de Ovario Epitelial	Guía Clínica: Cáncer de Ovario epitelial	2013 Incluye adolescentes 10-19 años y jóvenes 20-24 años
Cáncer vesical	Guía Clínica: Cáncer Vesical en personas de 15 años y más	2013 Incluye adolescentes de 15 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Osteosarcoma	Guía Clínica: Osteosarcoma en personas de 15 años y más	2013 Incluye adolescentes de 15 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Trastorno Bipolar	Guía Clínica: Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	2013 Incluye adolescentes de 15 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Hipotiroidismo	Guía Clínica: Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	2013 Incluye adolescentes de 15 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Lupus eritematoso sistémico	Guía Clínica: Lupus eritematoso sistémico	2013 Incluye adolescentes 10 a 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.

ANEXO 4: Circular A 15/11



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
GABINETE SR. SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
CCC / DSC / JVC / GAG / CAA / JRC / EOR / YVB

JEFE
GABINETE
VºBº

CIRCULAR N° A 15/ 11 /

SANTIAGO, 07 OCT. 2016

SOBRE LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES QUE CONCURREN SIN COMPAÑÍA DE ADULTO RESPONSABLE

Desde la entrada en vigencia de la Convención sobre los Derechos del Niño, se ha reconocido de manera indefectible el estatuto de sujeto de derecho de niños, niñas y adolescentes.

La misma Convención establece en el artículo 24.1 que *“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”*. La letra b del numeral 2) ordena a los Estados Partes a adoptar las medidas apropiadas para *“Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud”*.

En ese mismo sentido, nuestra Constitución Política de la República consagra en el artículo 19 n° 9, inciso primero y segundo: *“9º.- El derecho a la protección de la salud.*

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”.

Se puede apreciar que el acceso a las acciones de salud se encuentra establecido en forma general, sin distinción de ninguna especie, por lo tanto, es independiente a la edad y desarrollo de las personas, de hecho, respecto de niños, niñas y adolescentes está reforzado por la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual fue suscrita por nuestro país, y posteriormente promulgada por el Decreto N° 830, publicado el 27 de septiembre de 1990.

De acuerdo a esta Convención, en las acciones de salud en niños, niñas y adolescentes, se deben tener en cuenta los conceptos de capacidades evolutivas e interés superior.

Las capacidades evolutivas y el concepto de menor maduro en los y las adolescentes posibilitan una limitación de la facultad de los padres de decidir por sus hijos, a medida que estos van adquiriendo las condiciones necesarias para decidir de manera autónoma sobre su propia vida y ejercer por sí mismos los derechos de los que son titulares. En base a lo anterior, la ley N° 20.418 permite a los y las adolescentes un actuar autónomo respecto de la elección y acceso a los métodos de regulación de la fertilidad, salvo el caso de la píldora de anticoncepción de emergencia, cuando es solicitada por menores de 14 años, donde deberá informarse al padre, madre o adulto responsable que ella señale, con posterioridad a la entrega del medicamento.

En esta línea, se instruye que en aquellos casos en que el o la adolescente concurra solicitando atención en salud sin compañía de un adulto responsable, no podrá negársele dicha prestación *so pretexto* de que debe volver con posterioridad en compañía de su padre, madre o adulto responsable, por el contrario deberá atenderse y en el caso de que la acción diagnóstica arroje la necesidad de practicar un examen o realizar algún tratamiento, con posterioridad, se deberá informar este hecho a alguno de los señalados, para una próxima atención. Lo anterior no es aplicable a las situaciones previstas en la ley N° 20.418.

Por lo mismo, siendo que los y las adolescentes tienen reconocida autonomía en materia de consejería y acceso a métodos de regulación de la fertilidad, no se puede conocer el motivo por el cual concurren sino hasta que efectivamente sea atendido, de lo contrario la negativa podría

significar una discriminación arbitraria y vulneración de derechos debidamente reconocidos en nuestro ordenamiento jurídico.

El hecho de que él o la adolescente acudan al centro de salud en busca de atención profesional para resolver alguna inquietud sobre su estado de salud, denota la suficiencia de sus capacidades evolutivas o madurez, para ejercer sus derechos en este ámbito. La negativa de atención, no sólo puede vulnerar el derecho de acceso a la salud de los y las adolescentes; sino que también contraviene el deber ético de los profesionales de salud de brindar la atención que se les solicita. Por su parte, conlleva el riesgo de alejamiento de éstos respecto del sistema de salud, provocando que la afección por la que se pretendía consultar no tenga diagnóstico ni tratamiento alguno, lo que es contrario al interés superior que debe primar en este tipo de decisiones.



DR. JAIME BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA



DR. GISELA ALARCÓN ROJAS
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN:

- Secretarías Regionales Ministeriales del país.
- Directores de Servicios de Salud del país.
- Directores de Hospitales Autogestionados.
- Gabinete Ministra de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Prevención y Control de Enfermedades.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

ANEXO 5: Resolución Exenta N°466

1021903 1/11
1012061

Gobierno de Chile

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN JURÍDICA
AAG/JDA/IL/HT/MT/AMB/PST/SIC/AMSC/ISL

275/466

APRUEBA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES. PLAN DE ACCIÓN 2012-2020. NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.

EXENTA N° 466

SANTIAGO, 20 JUL. 2012

VISTO: lo solicitado por memorandos N° 113 y 153, de 2012, de la División de Prevención y Control de Enfermedades; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La importancia de intervenir prioritariamente en períodos de vida temprana con estrategias y acciones promocionales y preventivas de manera de mejorar la salud de la población, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUEBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, Nivel Primario de Atención.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 192 páginas, cuyo original, visado por los Subsecretarios de Salud Pública y de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, Nivel Primario de Atención, a los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

 *Jaime Mañalich Muxi*
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

ANEXO 6: Resolución Exenta N°1676



Gobierno de Chile

GABINETE MINISTRO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN JURÍDICA

RDN/PP/CM/CH/US/SR1/MVC/VOP/YVB



APRUEBA “PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES: NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA 2018”.

SANTIAGO, 16 NOV 2018

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1676 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 4 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en artículos 5, 6 letra b) y d), 25 letra f) y 27 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento orgánico de dicha Cartera de Estado; en la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención de Salud; la Convención sobre los Derechos del Niño, promulgada por el Decreto N° 830/1990 del Ministerio de Relaciones Exteriores; en Memorandum N° B2/ 504 de fecha 27 de julio de 2018, de la Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades; y la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.
2. Que, en el año 2012 se elabora el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y un plan de acción para el período 2012-2020 orientado inicialmente al quehacer del nivel primario de atención.
3. Que, dicho programa fue complementado por medio de Resolución Exenta N° 406 de 9 de marzo de 2018, que aprobó “Programa Nacional de salud de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada”.
4. Que, este último documento fue sometido a la revisión de las nuevas jefaturas y un panel de expertos, realizando precisiones a su primera versión.
5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el documento denominado "**Programa Nacional de Salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018**", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de 97 páginas, todas ellas visadas por la Jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

El texto aprobado se mantendrá en poder del Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, de la Subsecretaría de Salud Pública, el que deberá asegurar que sus copias y reproducciones sean idénticas al texto original que se aprueba por este acto

2. **PUBLÍQUESE**, por el Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, el texto íntegro de "**Programa Nacional de Salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018**", y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.

3. **REMÍTASE**, por el Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, un ejemplar impreso de "**Programa Nacional de Salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018**", a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

4. **DÉJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N° 406 de 9 de marzo de 2018, por la que se aprobó la primera versión del texto "Programa Nacional de salud de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Emilio Santelices Cuevas
DR. EMILIO SANTELICES CUEVAS
 MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
- División de Atención Primaria
- División Jurídica
- Oficina de Partes

GLOSARIO

DEFINICIONES CLAVES PARA LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO ABIERTO Y CERRADO

Para efectos del presente documento los siguientes conceptos contribuyen a definir los alcances de los servicios que se otorguen a adolescentes y lograr acuerdos conceptuales y metodológicos entre los equipos, para potenciar sus intervenciones:

- **Atención integral:** Atención de salud de adolescentes que permite evaluar su estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como, los problemas de salud biopsicosociales, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo. Esta atención implica que se incorporen los enfoques de derecho, determinantes sociales, género y diversidad cultural.
- **Atención cerrada:** Se relaciona con hospitalización transitoria donde se brinda atención clínica, con cuidados las 24 horas, a usuarios que por su condición de salud lo requieren, con el fin, de recuperar su estado de salud. Es un servicio compuesto que entrega un conjunto de prestaciones personalizadas, considerando etapa del curso de vida de hombres y mujeres adolescentes, donde su desarrollo psicoemocional y físico aún no está finalizado.

Estas prestaciones personalizadas, son de alta seguridad y calidad, siendo parte del modelo de atención en red, debiendo considerarse y cumplirse ciertas características y requisitos para facilitar la vuelta, lo más pronto posible, a la normalidad del estado de salud o la estabilización de su cuadro clínico. Se requiere el apoyo de otros servicios o unidades como laboratorio, rehabilitación, radiología, etc.

- **Autonomía progresiva:** Es un proceso de adquisición paulatina de autonomía en que cada adolescente logrará:
 - Capacidad de formarse un juicio propio: habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes, reflexionar y elegir sin que nadie les obligue o manipule.
 - Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles: manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.
 - Capacidad de adolescentes para decidir por sí mismos y asumir las consecuencias de sus decisiones. Para ello deben estar informados y no tener problemas emocionales que les impidan tomar decisiones apropiadas.
- **Confidencialidad:** cada adolescente tiene derecho a que la persona o profesional de la salud que ha realizado la atención resguarde la información entregada. Para ello, se debe proveer durante la entrevista de un espacio exclusivo para él o ella, en caso de que los padres o cuidadores se encuentren. La confidencialidad se podrá romper frente a riesgos para la vida del usuario o terceros, lo que debe explicitarse a cada adolescente y a sus padres antes de comenzar la evaluación. En cada lugar de atención deben existir normas claras y por escrito en torno al manejo de la confidencialidad en la atención de adolescentes tal cual todos los usuarios del sistema.

- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La Contrarreferencia puede ejecutarse idealmente en dos momentos, siendo obligatoria la segunda. a) Respuesta a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento. b) Contrarreferencia propiamente tal: En el momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

- **Discapacidad:** La discapacidad se encuentra definida en la ley N° 20.422 como *“aquella [persona] que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.
- **Extensión edad pediátrica:** la extensión de la edad pediátrica ha sido establecida considerando como límite superior la mayoría de edad legal de 17 años 11 meses 29 días y coherente con la definición de los derechos del niño de UNICEF.
- **Enfermedad crónica:** Se considera enfermedad crónica a aquella condición de salud que implique una deficiencia biológica, psicológica o cognitiva en un tiempo de evolución mayor de un año, que involucre una deficiencia cognitiva, emocional o social y que requiera de cuidados especiales en salud.
- **Género:** define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de mujeres y hombres. Las diferencias biológicas innatas entre ambos forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada uno, siendo la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer.
- **NANEAS (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud):** Niños y adolescentes que por ser portadores de una enfermedad crónica o de una condición de salud que los hace vulnerables, tienen necesidades que van más allá de las del general de los niños.
- **Pertinencia Cultural:** adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de los servicios de salud.
La pertinencia cultural debe expresarse tanto en la organización y en la provisión de los servicios, desarrollando iniciativas innovadoras que pueden abarcar desde formular una norma, a la organización de horarios de atención adecuados a las necesidades de las comunidades, señalética apropiada culturalmente, entre otras.

- **Población Asignada:** Es la población que **potencialmente** puede acceder a atención de salud que otorgan los establecimientos asistenciales, por residir en un **área geográfica accesible** a éstos. Se determina mediante los censos.
- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial. Estos instrumentos deben ser construidos en conjunto considerando las carteras y la capacidad resolutoria de los distintos establecimientos y dispositivos de la RED.
- **Redes integradas de Servicios de Salud (RISS):** Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.
- **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, para a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- **Transición:** Proceso dinámico y permanente, enfocado a satisfacer las necesidades individuales del paciente en el paso de la niñez a la vida adulta con el fin de maximizar su potencial y funcionamiento a través de la vida. Este proceso debe ser suministrado mediante servicios de alta calidad, apropiados para el desarrollo, sin interrupciones y centrado en el paciente
- **Transferencia:** Se refiere al traspaso físico de adolescentes desde servicios pediátricos a adultos, sin preparación ni planificación.
- **Vulnerabilidad social:** proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar y comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas.

La vulnerabilidad social se expresa de variadas formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como debilidad interna para afrontar los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar oportunidades, como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar.

