

ACTUALIZACIÓN SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Enero 2019

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	4
POBLACIÓN	4
POBLACIÓN ADOLESCENTE INDÍGENA	6
POBREZA	6
ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR	7
TRABAJO INFANTIL	8
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE	8
EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIAL	12
DESERCIÓN ESCOLAR	12
VIOLENCIA ESCOLAR	13
VIOLENCIA SEXUAL	14
SITUACIÓN SALUD	15
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	15
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	15
CONSUMO DE SUSTANCIAS	17
SUICIDIO	19
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	22
REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	22
EMBARAZO ADOLESCENTE	24
REINCIDENCIA DE EMBARAZO	26
MORTALIDAD MATERNA	26
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	27
NUTRICIÓN	30
DIABETES MELLITUS	32
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	32
CÁNCER	32
SALUD BUCAL	33
MORTALIDAD	34
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS POR ADOLESCENTES	35
RESPUESTA DE SALUD PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE	38
PRESTACIONES DEL PLAN DE SALUD FAMILIAR PARA ADOLESCENTES	38
CONCLUSIÓN	46
REFERENCIAS	47

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa dinámica y esencialmente positiva: se completa el proceso de crecimiento y desarrollo biológico, se amplían las funciones físicas, se adquiere la capacidad reproductiva, se logran nuevas habilidades cognitivas, destrezas sociales y se adquiere la identidad personal y social. Desde el punto de vista social, la estrecha relación y la dependencia de la familia empiezan a ceder ante las relaciones más intensas con sus pares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el período del ciclo vital entre los 10 y los 19 años es la adolescencia y puede dividirse en temprana desde los 10 a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años. Hoy, en el mundo, 1 de cada 4 personas es adolescente; de ellos 9 de cada 10 viven en países menos desarrollados.

Esta etapa del curso de vida, presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementan la salud y el bienestar en la adolescencia y como impulsores claves del cambio en edades posteriores.

En nuestro país hay 2.392.112 adolescentes, que representan el 13,16% de la población total. El 80% de los adolescentes son beneficiarios del sistema público de salud. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (2016-2017), se revela que el 27,6% presenta sobrepeso y el 13,2% obesidad, en adolescentes de 15 a 19 años. El estudio SIMCE de educación física en Chile, el año 2016, revela que sólo el 8% de los escolares de 8º básico presentan condición física favorable. El 80% de los adolescentes son beneficiarios del sistema público de salud.

En relación a la fecundidad adolescente que en el año 2015 alcanzó la meta programada en la Estrategia Nacional de Salud de 22,9 por 1.000 adolescentes de 10 a 19 años, con una tasa de 21.1, en 2017 el valor alcanzado disminuye aún más, llegando a 14.1 posicionando a Chile como el país con la tasa más baja de América Latina y El Caribe. Si bien, las cifras alcanzadas son auspiciosas, sabemos que aún persisten inequidades entre regiones, comunas y nivel socioeconómico y dado el impacto que tiene la maternidad y paternidad en la adolescencia, sigue siendo una prioridad para el país.

Se observa también una disminución de la Tasa de Suicidio en adolescentes, principalmente en el tramo de 15 a 19 años, pasando de 11.4 x100.000 adolescentes de 15 a 19 años (2010) a 6.4 en 2017. Para el caso de adolescentes del tramo 10 a 14 años, el descenso entre 2010 y 2017 fue de 2 a 0.9 x 100.000.

La OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. Entonces, la adolescencia constituye un momento clave para la incorporación de hábitos que, a futuro, determinarán una adultez más sana.

El presente documento, contiene información actualizada, basada en estadísticas existentes o disponibles en diferentes fuentes de información (Censo, encuestas, informes), que esperamos facilite el análisis para la toma de decisiones sobre las acciones dirigidas a suprimir o disminuir los riesgos que afectan a la salud de los adolescentes, ayude en la definición de alianzas estratégicas intersectoriales, políticas integradas y un plan de acción común para el mejoramiento de la salud de adolescentes por una mejor determinación de prioridades sanitarias y al planteamiento de líneas de acción a desarrollar en el nivel local.

Finalmente, esperamos que la información contenida en este documento, sea una herramienta de apoyo para los equipos de salud de Atención Primaria, que facilite la focalización de estrategias de promoción de factores protectores y estilos de vida saludable, la prevención de enfermedades y factores de riesgo y la atención continua de los cuidados; con acciones pertinentes a la oferta y realidad local de los adolescentes y jóvenes de cada territorio.

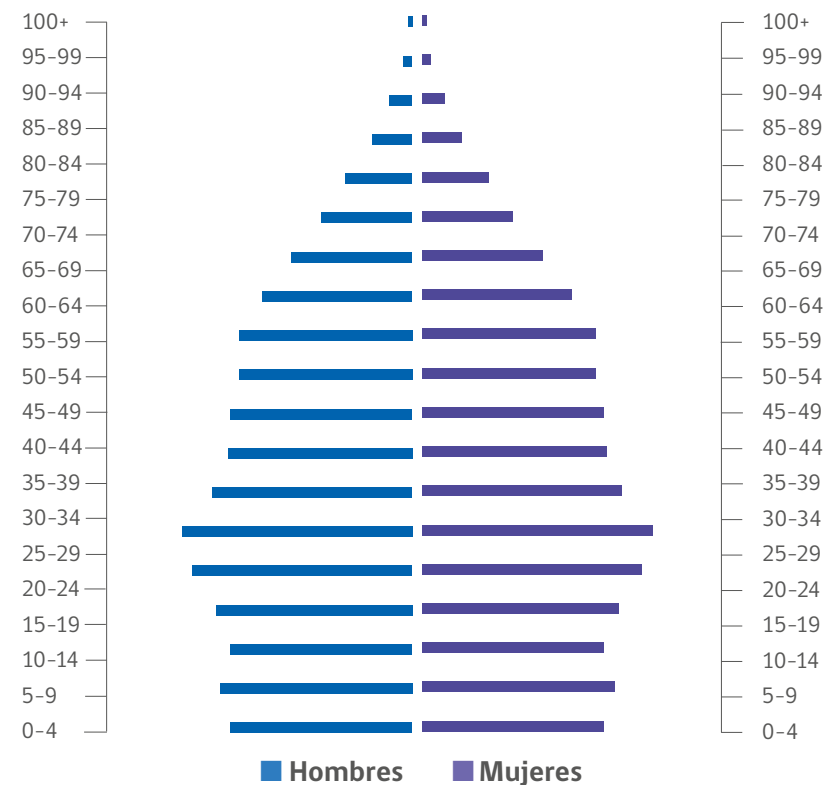
ANTECEDENTES

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

POBLACIÓN

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)



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 está entre los 20 y 29 años.

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 I. POBLACIÓN ADOLESCENTE, SEGÚN RANGOS ETARIOS, CHILE. 2017.

Población 2017	Total País	% País	Hombres	% País	Mujeres	%País
Población de 10 - 14 años	1.147.415	6,5	585.855	3,3	561.560	3,1
Población de 15 -19 años	1.244.697	7	636.064	3,6	608.633	3,4
Total Población Adolescente	2.392.112	13,16	1.221.919	6,9	1.170.193	6,6
Total Población País	17.574.003	100	8.601.989	48,9	8.972.014	51,1

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

Según la encuesta CASEN 2017, al observar algunos indicadores respecto del perfil de la población de 0 a 17 años, no se encuentran diferencias significativas entre el año 2015 y 2017, excepto en los indicadores: pobreza por ingresos y población nacido/a en el extranjero.

La medición de pobreza multidimensional considera 5 dimensiones: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social.

TABLA II. PERFIL DE LA POBLACIÓN DE 0 A 17 AÑOS (2015-2017): PRINCIPALES INDICADORES

Indicador	2015	2017
Porcentaje en situación de pobreza por ingresos	18,2	13,9
Porcentaje en situación de pobreza multidimensional	23,3	22,9
Porcentaje residente en zona rural	12,6	12,6
Porcentaje perteneciente a pueblos indígenas	12	12,9
Porcentaje nacido/a en el extranjero	1,8	2,8
Porcentaje afiliado a FONASA	79,1	79,6
Porcentaje afiliado a ISAPRE	14,8	13,9

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

Por otro lado, según datos de la CASEN 2017, el 79,9% de la población adolescente de 10 a 19 años son beneficiarios del sistema público de salud. 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.

POBLACIÓN ADOLESCENTE INDÍGENA

En Chile, el 9,5% de la población menor de 18 años es indígena, en los rangos de 10 a 13 y de 14 a 17 años; el 13,3% y el 13,4% respectivamente, se declara perteneciente a pueblo indígena, grupo que concentra los mayores índices de vulnerabilidad. El 19,7% de la población indígena de 0 a 17 años se encuentra bajo la línea de la pobreza, cifra bastante superior si se compara con el porcentaje de la población no indígena del 13,1%. Esta brecha se refleja, además, en diversas dimensiones de sus condiciones de vida como educación, ingresos, vivienda y otras que afectan sus oportunidades de inclusión social. Junto con ello, muchos niños indígenas sufren discriminación en la escuela y la sociedad. El 88% de los niños, niñas y adolescentes indígenas no habla ni entiende su lengua originaria, lo que incide en el debilitamiento y pérdida de la cultura.

Entre los obstáculos que dificultan el acceso de los niños, niñas y adolescentes indígenas al ejercicio de sus derechos, se encuentra la falta de pertinencia de la mayoría de las políticas y programas que componen la oferta pública dirigida a la infancia y adolescencia para adecuarse a la realidad cultural de los diversos territorios. Junto con ello, existe consenso respecto de la necesidad de contar con recursos humanos dotados de habilidades y competencias adecuadas para el trabajo intercultural con la población indígena en los diversos sectores.

POBREZA

Aún existen grandes inequidades en las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes entre los distintos países de Latinoamérica y El Caribe y, sobre todo, al interior de cada país. Existen grandes inequidades socioeconómicas, territoriales, raciales, y de género, presentes desde la más temprana edad, que persisten durante la adolescencia y se transmiten a las futuras generaciones. El 39% de jóvenes entre 15 y 29 años viven en condición de pobreza en Latinoamérica y El Caribe, el grupo más afectado corresponde a jóvenes de áreas rurales, con el 46%.

Los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2017) permiten observar que la pobreza posee una tendencia hacia la disminución. Entre 2015 y 2017 se registran disminuciones en el porcentaje de personas en situación de pobreza, a saber; pobreza por ingresos: se reduce de 10,4% a 7,6%, pobreza multidimensional: 20,9% a 20,7% (considerando medición con 5 dimensiones educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, redes y cohesión social). La diferencia en la incidencia de pobreza multidimensional no es estadísticamente significativa entre ambas mediciones.

Según esta misma medición en 2017, en la población de 4 a 17 años se presenta una incidencia de 13,6%, menor a lo observado en 2015 (17,8%), esta diferencia es estadísticamente significativa. Es importante destacar que, al revisar los resultados por composición de la población en situación de pobreza, el mayor valor, es decir 29,7% se concentra en el tramo de 4 a 17 años.

En la tabla siguiente, podemos observar que en relación a la población de 10 a 13 años y de 14 a 17 años, se encuentran diferencias significativas en todas las regiones respecto del total, destacándose con mayores porcentajes La Araucanía y Los Lagos y con menor porcentaje la región de Magallanes.

TABLA III: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 10 A 17 AÑOS EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL POR TRAMO DE EDAD Y REGIÓN (2017)

Región	10 a 13 años	14 a 17 años
Arica y Parinacota	21,2	19,1
Tarapacá	24,9	27,4
Antofagasta	14,7	19,4
Atacama	21,4	21,5
Coquimbo	19,9	22,2
Valparaíso	20,5	17,7
Metropolitana	21,0	21,0
O'Higgins	17,0	17,1
Maule	20,5	19,9
Ñuble	20,2	20,8
Biobío	16,6	15,7
La Araucanía	30,3	31,4
Los Ríos	20,0	19,1
Los Lagos	26,5	26,4
Aysén	15,6	19,3
Magallanes	10,4	11,3
Total	20,8	20,9

Fuente: Elaboración a partir de datos Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta CASEN 2017

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

La estructura y funcionamiento familiar es un factor determinante en la salud y el desarrollo de adolescentes. Un adecuado funcionamiento familiar es un factor protector significativo de conductas de riesgo como consumo de sustancias, actividad sexual precoz y depresión. La estructura familiar está cambiando en muchos países de Latinoamérica y El Caribe. El divorcio, el aumento de las uniones consensuales, la entrada de las mujeres en el mercado laboral, el aumento de las familias monoparentales y el descenso en el número de familias extendidas son ejemplos de cambios en la estructura familiar que pueden tener un impacto en el desarrollo juvenil.

Según la encuesta CASEN 2017, respecto de la distribución de población de 0 a 17 años, según tipo de hogar el 52,0% corresponde a hogar nuclear biparental (año 1990: 69,3%; año 2000: 66,3%), el 19,1% hogar nuclear monoparental (1990: 7,9%; 2000: 8,0%) y a extenso monoparental 12,0% (año 1990: 8,6%; 2000: 9,5%), en tanto que a hogar extenso biparental corresponde el 16,8% (año 1990: 14,1%; 2000: 16,2%) .

TRABAJO INFANTIL

La Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes de 2012 muestra que el 6,9% de los NNA entre 5 y 17 años se encuentran ocupados. La mayor proporción de estos se concentra en el tramo de 15 y 17 años y corresponde a hombres, rurales y del sur del país.

Del total de los NNA ocupados, el 54,6% tiene entre 15 y 17 años y está en situación de trabajo infantil peligroso. Por su parte, el 33,2% de las niñas entre 15 y 17 años supera el rango de 21 horas semanales en tareas domésticas en el propio hogar.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

Un problema grave lo constituyen los niños, niñas y adolescentes que viven en situación de calle. En el Censo Nacional y caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle 2018, realizado por la Universidad Alberto Hurtado / Ministerio de Desarrollo Social y Familia, identificó un total de 547 niños, niñas y adolescentes en situación de calle, 62% de sexo masculino y 38% femenino. El Censo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle 2018, realizado por la cartera y el Sename en 114 comunas, entre el 28 de noviembre y 21 de diciembre, se aplicó a menores de entre cinco años y 17 años, 11 meses y 29 días que hayan pernoctado al menos una vez en el último año sin la compañía de un adulto responsable en lugares públicos o privados que no tienen las características básicas de una vivienda. El 97% por ciento es chileno de nacimiento y el 3%, de otra nacionalidad; mientras que la edad promedio es de 15,6 años: el 82% tenía entre 15 y 17 años, el 17% entre 10 y 14 años y el 1% entre 7 y 9 años.

La encuesta de 39 preguntas, constató la presencia de un conjunto de sucesos vitales estresantes: Problemas familiares (53,2%). Abandono del sistema residencial (18,8%) y Problemas con las drogas (18,0%). Estar con amigos(as) para divertirse (carrete) (13,6%).

En relación al acceso a educación, el 54,7% señala no estar actualmente asistiendo a la escuela o el colegio. Por último, se percibe un alto consumo de sustancias. La principal es el cigarrillo en conjunto con la marihuana y el alcohol (79% tabaco; 62% marihuana; 46% alcohol; 22% pastillas sin receta; 19% cocaína y 14% pasta base). 39% dijo haber hecho alguna actividad en la última semana para ganar plata, entre ellas pedir dinero en la calle; 4% de las adolescentes dijo estar embarazada, mientras que el 10% de los adolescentes afirmó ya haber tenido hijos.

La encuesta, aplicada en 931 puntos del país, situó a la Región Metropolitana como la que concentra la mayor cifra de menores en esta situación (26%), seguida por Los Lagos (14%), Valparaíso (13%) y del Biobío (11%). Sin embargo, Talca, Arica y Osorno son las comunas con más niños viviendo en la calle.

TABLA IV: RESULTADOS: MAGNITUD Y DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

Región	Total NNASC	% Total	Nº Comunas
Arica y Parinacota	37	6,8	1
Tarapacá	15	2,7	2
Antofagasta	12	2,2	1
Atacama	11	2,0	4
Coquimbo	25	4,6	4
Valparaíso	69	12,6	10
Metropolitana	142	26,0	25
O'Higgins	7	1,3	3
Maule	49	9,0	4
Ñuble	1	0,2	1
Biobío	59	10,8	8
La Araucanía	23	4,2	4
Los Ríos	13	2,4	2
Los Lagos	78	14,3	9
Aysén	4	0,7	1
Magallanes	2	0,4	1
Total	547	100%	80

Fuente: Encuesta Censo NNASC 2018

Adolescentes Servicio Nacional de Menores (SENAME)

Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan de algún programa del Servicio Nacional de Menores (SENAME), tanto del área de protección como de justicia juvenil, constituyen una prioridad del Gobierno de Chile, lo cual se concreta a través del Acuerdo Nacional por la Infancia, firmado el 30 de mayo de 2018, el cual constituye medidas concretas a corto, mediano y largo plazo para dar respuesta oportuna, integral y de calidad a las múltiples necesidades de esta población.

El principal problema identificado en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan de programas del SENAME, ya sea por vulneración de derechos o Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, es que poseen peores condiciones de salud que la población general, debido a problemas de acceso¹, resolutividad y continuidad de cuidados. Asimismo, existe evidencia de una mayor prevalencia de trastornos mentales en los NNAJ pertenecientes a programas de SENAME:

1- Existe una brecha asistencial de 88,9% para responder a las necesidades de salud mental de NNAJ del sistema de protección (Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2012, Programa Vida Nueva)

- La prevalencia de trastornos mentales en NNAJ de programas SENAME (de protección de derechos y justicia juvenil) es de 38,3%, significativamente más alta que la población general (Vicente, 2012).
- El 69,1% de NNAJ en protección por vulneración de derechos presenta al menos un trastorno mental (Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2012, Programa Vida Nueva)

Además, se plantea que estaría en riesgo su integridad psicológica debido a:

- Falta de tratamiento a pesar de tener diagnóstico de salud mental.
- Prescripción de fármacos por sus cuidadores sin diagnóstico previo.
- Vivir sin contacto con personas con las que tengan vinculación afectiva (Comisión Especial Investigadora del Funcionamiento SENAME, 2013).

Otro dato relevante, es la falta de atención oportuna, ya que un porcentaje de NNAJ llega a Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), para atención intensiva por descompensación de cuadro clínico con riesgo vital. El 86,3% de los NNAJ entre 14 y 17 años que se encuentran cumpliendo condena, presentan trastorno mental (Gaete y cols, 2014).

Los NNAJ en programas SENAME enfrentan múltiples barreras para acceder y mantener actualizados sus controles de salud, carecen de evaluaciones médicas periódicas, tratamientos oportunos y aquellos NNAJ con diagnósticos de problemas de salud crónica, requieren un tratamiento regular y sistemático. En el caso de los NNAJ que se encuentran en medios privativos de libertad, como los Centros de Internación Provisoria (CIP) y Centros de Reclusión Cerrada (CRC) son estigmatizados ya que para acceder a la atención deben ir esposados al centro de salud. Lo anterior implica que estos adolescentes tienen mayores problemas de salud que la población general, ya sea por la discontinuidad de la atención o por sus condiciones personales y/o familiares (Informe Jeldres, 2013).

Entonces, de acuerdo a la evidencia, los NNAJ que se encuentran en programas de la Red SENAME, presentan peores condiciones de salud, debido a múltiples factores que han afectado su trayectoria de vida y desarrollo, como la vulneración de derechos, nivel socioeconómico, interrupción de la trayectoria educativa, ausencia de adulto responsable de su cuidado, consumo riesgoso de alcohol, tabaco y/u otras drogas, abuso, maltrato, discontinuidad de los tratamientos, entre otros.

Por ello, los NNAJ que participan en programas de la Red SENAME, son un grupo específico que debe ser abordado y priorizado, a través de un trabajo sectorial e intersectorial permanente y continuo en el tiempo, para entregar atención oportuna y efectiva en todos los dispositivos de salud a nivel nacional, que asegure la continuidad de los cuidados dentro de la red de salud y también en los contextos cotidianos donde participan estos adolescentes y jóvenes (familia, escuela, residencias y CIP-CRC² según corresponda).

Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales (naneas)

Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) son aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el promedio³. Son un grupo heterogéneo, presentan distintos problemas de

2. CIP = Centro de Internación Provisoria, adolescentes y jóvenes se encuentran en calidad de imputados.
CRC = Centro de Reclusión Cerrado, adolescentes y jóvenes se encuentran en calidad de condenados.

salud que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, entre éstos: problemas derivados de la prematuridad, malformaciones congénitas, genopatías y enfermedades crónicas de la infancia.

Las necesidades de este grupo se clasifican en 6 áreas: a) atención por especialistas; b) medicamentos de uso crónico; c) alimentación especial; d) dependencia de tecnología; e) rehabilitación por discapacidad; y f) educación especial (Flores, J C. 2016).

Se estima que la prevalencia de pacientes NANEAS ha aumentado; sin embargo, a nivel nacional no se cuenta con información específica. La Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud, a través de autorreporte, mostró que el 15,7% de los menores de 15 años tiene una enfermedad respiratoria crónica; el 8,9% reporta problemas visuales y la prematuridad alcanza el 5,6%. El primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC 2004) mostró que el 12,9% de la población presentaba algún tipo de limitación funcional o situación de discapacidad, siendo el 5,7% de ellos menores de 15 años. Más aún, se reportó que el 34,6% de los hogares en Chile (uno de cada 3) tenía al menos un integrante en situación de discapacidad.

En Chile la atención de NANEAS se concentra en los niveles secundario y terciario, lo que aumenta los costos, impide la continuidad y restringe el acceso a los beneficios disponibles en la atención primaria de salud (APS). Por este motivo se hace necesario proponer un modelo que ofrezca una mejor atención a NANEAS, que considere la posibilidad de resolución que tienen los diferentes niveles de atención y el grado de complejidad de cada paciente.

Adolescentes y discapacidad

En el año 2015 se realizó el II Estudio Nacional de la Discapacidad, se identificó la prevalencia de la discapacidad en adultos (18 años y más) en 20%, y en los niños, niñas y adolescentes (dos a 17 años de edad) en 5,8% a nivel nacional. Este estudio fue desarrollado en una muestra de viviendas particulares del país, por lo que la encuesta fue aplicada en hogares y personas que residen en viviendas particulares de Chile.

TABLA N° V: ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN DE NNA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Discapacidad	Población estimada	Porcentaje
Personas sin situación de discapacidad (PsSD)	3.733.281	94,2%
Personas en situación de discapacidad (PeSD)	229.904	5,8%
Total población de 2 a 17 años	3.963.185	100,0%

Fuente: II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015

A diferencia del patrón observado en adultos (18 y más años), el porcentaje de personas en situación de discapacidad entre los NNA es más alto en hombres que en mujeres. Por otro lado, se identifica una brecha socioeconómica, destacándose que la proporción de personas en situación de discapacidad es significativamente mayor entre NNA pertenecientes al primer quintil de ingreso en comparación con los grupos de más alto ingreso (quintiles IV y V). Otra brecha relevante se observa en la asistencia a la educación media: mientras la tasa neta de asistencia a este nivel, entre personas en situación de discapacidad, es del 49,9%, el mismo indicador llega al 82,0% entre personas sin situación de discapacidad, para el grupo de 14 a 17 años.

3- Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral. Minsal 2013

EXPLOTACIÓN SEXUAL Y COMERCIAL

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA), corresponde a un tipo de violencia ejercida por adultos/as hacia los NNA altamente invisibilizada y compleja. Es considerada una violación fundamental de los derechos de la niñez y adolescencia. Abarca el abuso sexual por parte de un adulto con remuneración en dinero o en especies para el NNA o para terceras personas. El NNA es tratado como un objeto sexual y como mercancía. Constituye una forma de coerción y violencia; equivale al trabajo forzado y constituye una forma contemporánea de esclavitud.

Chile no cuenta con antecedentes actualizados que den cuenta de la real magnitud del fenómeno. No obstante resultados preliminares del estudio "Caracterización de las formas de explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. 2017" para el Consejo Nacional de la Infancia, dan cuenta de 2.608 delitos denunciados e investigados por el Ministerio Público, entre 2005 y 2017. De esa cifra la promoción o facilitación de la prostitución es la más denunciada (45.9%).

En un estudio realizado en 3 regiones (Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío) por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2004, reportó una estimación de prevalencia de ESCNNA de 3.719 casos. Este resultado es el único disponible a la fecha. Según los registros de SENAME, del año 2015, el 73,3% de los casos de ESCNNA son adolescentes.

DESERCIÓN ESCOLAR

Las principales razones de no asistencia a educación media de adolescentes de 14 a 17 años, serían de tipo "personales", con un 62,2%, según Encuesta CASEN 2017.

La educación media alcanza una tasa bruta de 99,6%, sin embargo, la asistencia neta llega a 73,4%, cifra que contrasta con la tasa neta de educación básica de 91,5%. En este caso, los niveles de rezago de la población que asiste a educación media alcanzan el 5,4%.

TABLA VI:
RAZONES DE NO ASISTENCIA A EDUCACIÓN MEDIA DE ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS, 2011-2017

Razones de no asistencia	2011	2013	2015	2017
Personales	59,6	52,2	63,8	62,2
Económicas	15,4	15,4	14,6	9,0
Rendimiento	9,6	18,9	14,2	11,4
De acceso a Establecimiento Educativo	0,4	0,6	0,6	0,6
Otra razón	16,0	7,1	5,0	15,0
NS/ NR	0	5,8	1,8	1,8
Porcentaje de no asistencia	6,5	5,3	3,7	3,4

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social CASEN 2017

Las mujeres de este tramo tienen un porcentaje de asistencia neta (75,6%) mayor que la de los hombres (71,7%), lo que podría indicar algún factor de género.

Un tema preocupante son los y las adolescentes en situación de discapacidad, quienes alcanzan una asistencia de 49,9% a la educación media, lo que denota un problema relevante que afecta a este grupo específico de la población en edad escolar. Al respecto, cabe destacar que, según el Estudio Nacional de la Discapacidad (2015), las diferencias en la asistencia a este nivel educativo entre las personas en situación de discapacidad y las personas sin situación de discapacidad, se ven reflejadas en tasas de asistencia neta de 49,9% y 82%, respectivamente (MINEDUC 2017).

Por otra parte, es relevante señalar que de un total de 177.733 NNA atendidos en 2016 en SENAME, el 94,5% están registrados en el sistema educativo. Sin embargo, del restante 5,5% no se tiene información o quedó fuera del sistema escolar y no figura ni siquiera en el registro histórico del sistema.

VIOLENCIA ESCOLAR

Comportamiento que pretende dañar física o emocionalmente a algún miembro de la comunidad educativa o al establecimiento educacional. La Agencia de Calidad de la Educación realiza una medición respecto al clima de convivencia escolar, construyendo un índice de percepción de conductas agresivas y un índice de acoso escolar.

Del total de los establecimientos encuestados en el Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje (SIMCE) de II medio en 2012, se observa que un 21,3% de ellos presenta una alta frecuencia de percepción de conductas agresivas recurrentes, esto significa que un número importante de estudiantes de esos establecimientos reporta una ocurrencia repetida "varias veces a la semana" y "todos los días" de más de una de las conductas de agresión preguntadas en el cuestionario.

Uno de los componentes más relevantes de la convivencia escolar es la violencia que se produce al interior de los establecimientos. Al respecto, según un estudio de la Fundación Todo Mejora, un 33,1% de los estudiantes considera que los problemas de bullying son "algo graves" o "muy graves" y un 13,5% se siente "no muy seguro" o "nada seguro" en la escuela, siendo los principales motivos la apariencia física (62,6%), la expresión de género (38,3%) y porque "son" o "creen que son" lesbianas, gay, transexual o bisexual (LGTBI) (31,4%). Al respecto, el 70,3% de los estudiantes LGTBI reportan sentirse inseguros en la escuela debido a su orientación sexual, teniendo también altos niveles de victimización, clima escolar hostil y depresión.

En el ámbito educativo, la Encuesta Nacional de Prevención, Agresión y Acoso Escolar, 8° básico SIMCE del año 2011, aplicada a una población de 228.883 estudiantes de 5.855 establecimientos educacionales, reveló que un 9% de los estudiantes reporta haber sido víctima de acoso escolar y sentirse afectado por esta situación, lo que equivale a aproximadamente a 20.500 adolescentes. Además, en dicha encuesta se señala que los estudiantes refieren haber sido víctimas de "insultos y burlas" frecuentes, en el 69% de los casos; "peleas" frecuentes, en el 50% de los casos; y "rumores mal intencionados", en el 47% de los casos, entre otros.

Particularmente alarmante resulta el antecedente referido a las "agresiones con armas blancas" y "agresiones con arma de fuego", estando presentes en un 5% y 4% de los casos declarados, respectivamente.

Una mirada general a los resultados obtenidos en la Primera Encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes, realizada por Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Consejo de la Infancia, durante el año 2017, donde participaron 3.073 adolescentes de 12 a 17 años, en 272 Establecimientos Educativos a nivel nacional, muestra que las situaciones de violencia observada son una realidad muy frecuente entre los y las encuestados/as. En términos de la violencia física (golpes, empujones, entre otros) y verbal (burlas, amenazas, entre otras) en la escuela, alrededor del 72% y 88% de los y las estudiantes declaran que han ocurrido este tipo de situaciones entre sus compañeros, los hombres declaran significativamente más violencia física y verbal que las mujeres. El acoso sexual callejero, tanto verbal y físico, es experimentado y conocido significativamente más por las mujeres que los hombres. En específico, estos resultados develan una amplia diferencia entre mujeres y hombres respecto al acoso sexual verbal: 6 de cada 10 estudiantes mujeres ha sido víctima de este tipo de acoso en los últimos 12 meses, alcanzando un 73% en aquellas de educación media.

Finalmente, con respecto a la violencia en redes sociales, entendido como situaciones de ofensas, insultos o amenazas en redes sociales y/o chats entre cercanos, se devela que existe una situación más transversal de violencia entre hombres y mujeres, equiparándose las diferencias.

VIOLENCIA SEXUAL

Durante el primer trimestre 2017 se registró un aumento del 8,7% en los delitos sexuales, alcanzando 4.868 denuncias. En esta categoría, el delito de violación aumentó un 5,2% y el delito de abuso sexual un 10%. Destaca el delito de abuso sexual de menor de 14 años, que alcanzó las 1.366 denuncias, siendo el ilícito de mayor peso dentro de la categoría.

El balance trimestral también da cuenta de que el 74% de las víctimas de esta categoría de delitos corresponden a menores de 18 años y el 85% son mujeres.

De acuerdo a datos del SENAME, en 2014 del total de ingresos por distintas causales a Programas del Departamento de Protección de Derechos, estableció que mayoritariamente fue por la causal de abuso y/o maltrato (38,8%), cuya frecuencia la aproxima a casi a 2/5 del total de las razones de ingreso.

SITUACIÓN DE SALUD

En relación con la salud física, los adolescentes y jóvenes han sido considerados 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 9.7% (Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS).

Sin embargo, en este 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.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

De acuerdo al último estudio de prevalencia publicado en Chile, se estima que un 16,5% de los adolescentes entre 12 y 18 años presenta algún trastorno mental. Los resultados de éste, señalan como el diagnóstico con más prevalencia los trastornos disruptivos (8.0%), seguido por los trastornos ansiosos (7.4%) y los afectivos (7.0%). Los trastornos por uso de sustancias en adolescentes tienen una prevalencia de 2.6%.

TABLA VII: PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN CHILE + IMPEDIMENTO

Trastornos	12 - 18 años
Trastornos ansiosos	7.4
Fobia social	3.9
Trastorno de ansiedad generalizada	2.6
Trastorno por ansiedad de separación	3.4
Trastorno afectivos	7.0
Trastorno por comportamiento disruptivo	8.0
Trastorno opositorista desafiante	2.3
TDAH	4.5
Trastorno de conducta	2.9
Uso de drogas	2.6
Trastorno alimenticio	0.4
Esquizofrenia	0.3
Cualquier trastorno	16.5

Fuente: Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile; Dra. De la Barra, Dr. Vicente y colaboradores, 2012

Por su parte, de acuerdo a una investigación realizada en 2012 con adolescentes infractores de ley en centros cerrados, semi-cerrados y programas de libertad asistida simple y especial, se encuentra una prevalencia de al menos un trastorno de salud mental en el 86,3% de la muestra, con un alto nivel de comorbilidad (más de un trastorno), llegando al 67,7%.

Específicamente respecto a la prevalencia de trastornos por consumo de sustancias, el estudio de Vicente y otros autores (2012) señala que ésta alcanza el 4,8%, siendo los trastornos más significativos el consumo de alcohol (1,9%), la dependencia al alcohol (1,7%) y la dependencia a la nicotina (1,6%). La situación, según esta investigación, se presenta principalmente en los adolescentes mayores de 12 años de edad, grupo etario en que la cifra aumenta a 10,8%, lo que confirma que la edad es un factor determinante en este tipo de trastorno.

Depresión

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. En la tabla N° VIII, se presenta un resumen de los principales síntomas asociados a la depresión en adolescentes.

TABLA VIII: RESUMEN PRINCIPALES SÍNTOMAS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Emocionales	Somáticos	Relacionales
<ul style="list-style-type: none"> - Ánimo bajo - Ansiedad, angustia - Pérdida del interés o del placer - Variaciones en el estado emocional - Tristeza - Ideación, amenazas e intentos suicidas - Baja del rendimiento escolar y la concentración en clases - Rechazo escolar - Irritabilidad, mal humor - Fobias aisladas 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en la alimentación y en el sueño - Quejas somáticas o físicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la relación con las familias y con los pares - Aislamiento - Labilidad emocional - Pensamiento suicida

La prevalencia de síntomas de depresión en el último año en el tramo de 15 a 24 años, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Chile (ENS 2009-2010), fue de 14,4%, al segregarla por sexo, 7,6% corresponde a hombres y 21,7% a mujeres.

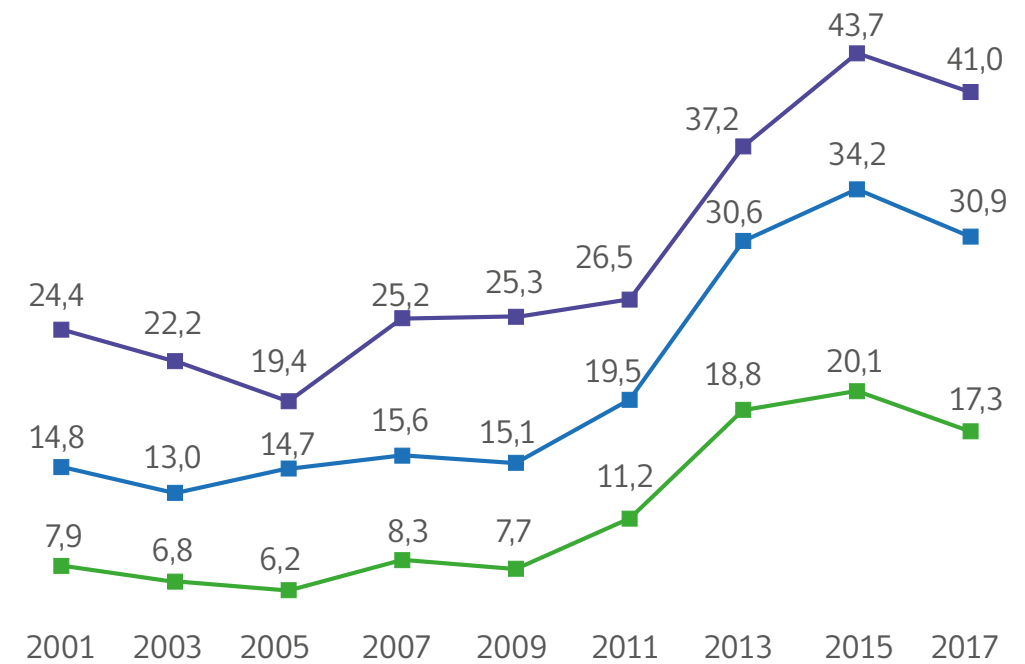
CONSUMO DE SUSTANCIAS

Marihuana

La prevalencia de uso de marihuana en el último año es significativamente menor que en el estudio anterior, llegando a 30,9% en 2017. Esto equivale a 3,3 puntos porcentuales menos de lo registrado en el estudio de 2015, pero 0,3 puntos más que la medición de 2013.

Respecto de aquellos estudiantes que declaran haber consumido marihuana alguna vez en la vida, un 50,2% señala haberla consumido por primera vez antes de los 15 años, lo que no representa una variación significativa respecto a 2015 (49,3%).

GRÁFICO N°2: EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE MARIHUANA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, ÚLTIMO AÑO Y ÚLTIMO MES EN POBLACIÓN ESCOLAR. CHILE, 2001-2017



Fuente: Décimo segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2017

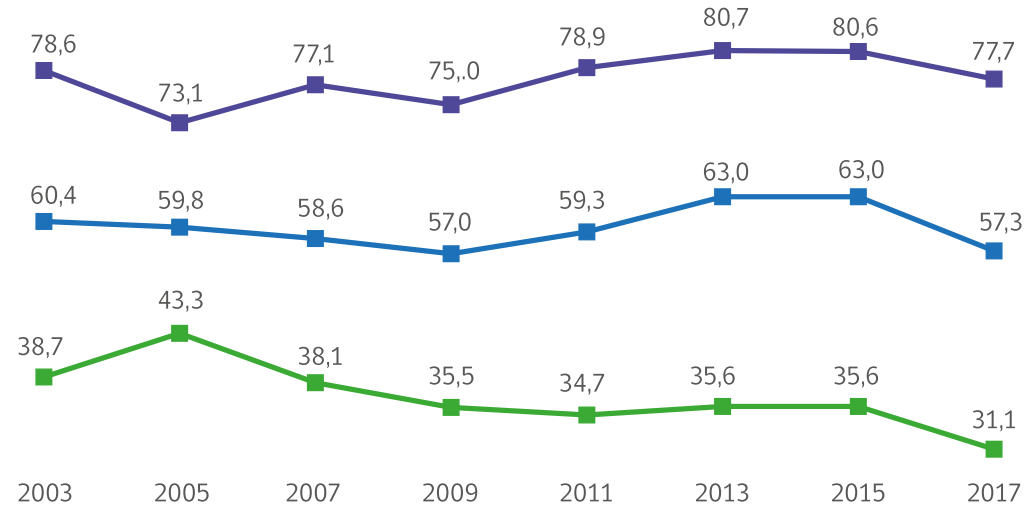
Alcohol

Las prevalencias de consumo de alcohol muestran un quiebre respecto a las declaraciones observadas desde inicios de esta década.

Se reportan descensos estadísticamente significativos en las tres medidas de prevalencia presentadas. Esto se traduce en descensos de 2,9, 5,7 y 4,5 puntos porcentuales en las medidas de consumo de alguna vez en la vida, último año y último mes.

En promedio, 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.

GRÁFICO N°3 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL ALGUNA VEZ EN LA VIDA, ÚLTIMO AÑO Y ÚLTIMO MES EN POBLACIÓN ESCOLAR. CHILE, 2001-2017



Fuente: Décimo segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar del año 2017

Cocaína

En relación al uso de cocaína alguna vez en la vida se aprecia un descenso estadísticamente significativo en las declaraciones de consumo pasando de 7,1% en 2015 a 5,3% en 2017. Tomando como referencia la prevalencia de último año, este estudio registra una variación estadísticamente significativa a la baja en el consumo de cocaína. La prevalencia de consumo de último año varía de 4,2% en 2015 a 3,0% en 2017, estableciéndose entre los menores valores observados en toda la serie de estudios.

Pasta base de cocaína

El consumo de pasta base muestra descensos significativos en las prevalencias de uso en las tres medidas presentadas (alguna vez en la vida, último año y último mes). A pesar de este descenso, por segundo estudio consecutivo se observa una estabilización en la proporción de estudiantes que iniciaron su consumo antes de los 15 años, pasando de 44,7% en 2015 a 46,8% en 2017. Por su parte, la edad de inicio se mantuvo en 14,1 años (SENDA, 2015).

Tabaco

En la Región de las Américas, Chile ocupa el 1º lugar en prevalencia del consumo en personas de 15 años y más (39%) y el 6º lugar en consumo en jóvenes entre 13 y 17 años (24,5%), donde las mujeres (27,8%) superan significativamente a los hombres (19,8%).

Pese a estos antecedentes, la última versión de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) MINSAL 2016-2017 arrojó alentadores resultados, señalando una baja en la prevalencia en la población general y en particular el grupo de edad de 15 a 24 años se observa una disminución significativa en el consumo de cigarrillos actual de 45,4% a 30%, respecto a la encuesta ENS año 2009-2010.

Algunos datos del estudio realizado en escolares de 8º año básico a 4º año medio por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) en 2017: La prevalencia de último mes desciende, por segundo estudio consecutivo, significativamente res-

pecto al estudio anterior en 5,7 puntos porcentuales. Asimismo, la medida de último año pasa de 40,0% en 2015 a 33,1% en 2017, lo que se traduce en un descenso estadísticamente significativo para este indicador por primera vez desde 2011. La precocidad, entendida como la proporción de estudiantes que inician el consumo antes de los 15 años, llega a 65,3% en 2017 (66,7% en 2015), estabilizándose respecto a las mediciones anteriores.

El lugar en que los estudiantes frecuentemente fuman es en fiestas o reuniones sociales (8,2%), donde no se observan diferencias significativas entre regiones y es el mismo lugar señalado más frecuentemente en el año 2008.

En el caso de los adolescentes que cumplen sanciones dentro del sistema de responsabilidad penal adolescente, la prevalencia del consumo de sustancias alcanza el 75,5%, siendo la dependencia a la marihuana el trastorno más prevalente (51%), seguido por el alcohol (26,8%), la nicotina (21,8%) y la dependencia a la cocaína (19,2%).

SUICIDIO

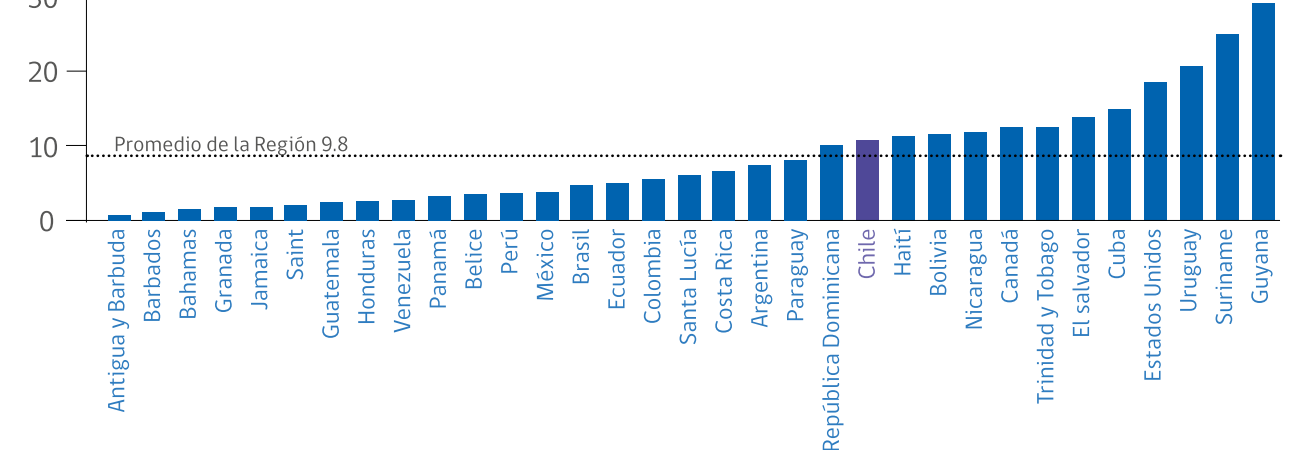
La Organización Mundial de la Salud reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública para las regiones. A nivel mundial la tasa anual de suicidio, ajustada según edad, fue de 11,4 por 100.000 habitantes, las tasas en hombres y mujeres fue de 15,0 y 8,0 respectivamente.

El suicidio, es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. En algunos países el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad.

En América, la tasa estimada de suicidio es de 7,3 suicidios por cada 100.000 habitantes, generalmente más baja que en otras regiones. En general, los hombres cometen más suicidios que las mujeres y en América esta diferencia aumenta de 2 a 6 a veces más en las tasas de los hombres respecto a las de las mujeres.

Como se observa en el gráfico N°4, Chile se ubica justo en el promedio y Guyana es el país con la tasa de mortalidad por suicidio más alta de la región.

GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO



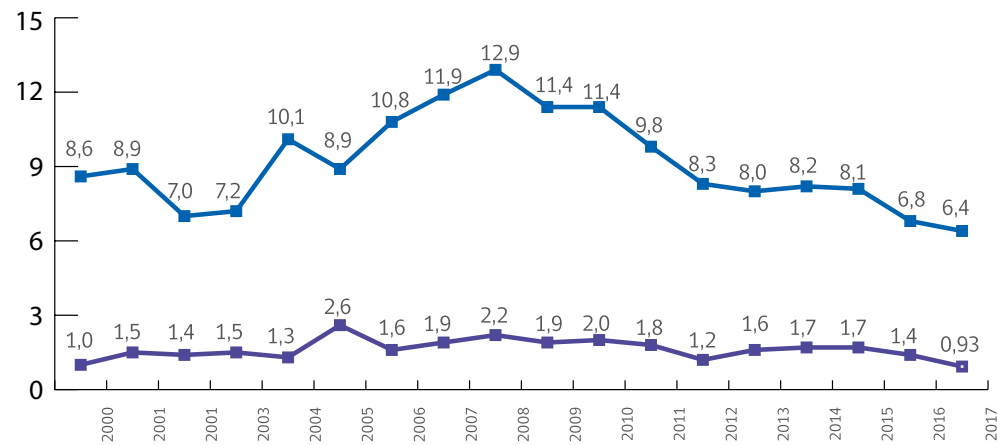
El año 2008, Chile presentó la mayor tasa de suicidio en población general, alcanzando 12,9 por 100.000 habitantes, para descender posteriormente en forma progresiva llegando a 9,9 por 100.000 habitantes el año 2013.

En el grupo de adolescentes entre 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 el año 2000 a 2,2 el año 2008, para luego descender a 1,4 el año 2016 y luego a 0,9 el año 2017. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 12,9 en el mismo periodo, para posteriormente descender en el año 2016 a 4,2 por 100.000 adolescentes y a 6,4 el año 2017. Estas cifras alcanzadas están bajo lo comprometido en los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 de la Estrategia Nacional de Salud.

La región que presenta la mayor tasa de suicidio en adolescentes (10 a 19 años) es Atacama con el 26,2 por 100.000 adolescentes de 10 a 19 años, seguida por Arica y Parinacota y Valparaíso (16,8 y 15,1 por 100.000 adolescentes de 10 a 19 años, respectivamente).

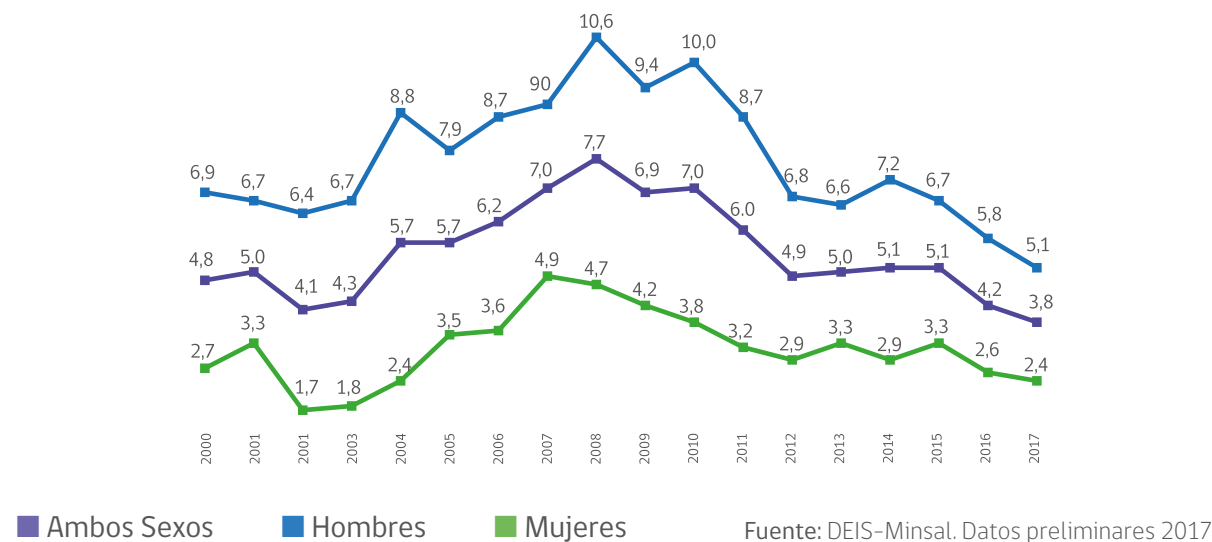
La salud mental y el suicidio están estrechamente relacionados; es así como más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos entre ellos, depresión, dependencia de alcohol y otras drogas, trastorno bipolar y esquizofrenia (OPS, 2010).

GRÁFICO N°5: TASA DE SUICIDIO ADOLESCENTE, CHILE SERIE 2000 -2017



Fuente: DEIS-Minsal. Datos preliminares 2017

GRÁFICO 6: TASA DE SUICIDIO ADOLESCENTE SEGÚN SEXO, CHILE SERIE 2000 -2017



Fuente: DEIS-Minsal. Datos preliminares 2017

Al igual que en la población general, el suicidio consumado es mayormente frecuente en hombres que en mujeres.

TABLA IX: MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (CIE 10X60X84) EN ADOLESCENTES SEGÚN REGION Y GRUPO ETARIO (TASAS POR 100.000 HABITANTES) 2017

Región	Región 10 a 14 años		15 a 19 años		10 a 19 años	
	Total muertes	TASA	Total muertes	TASA	Total muertes	TASA
Arica y Parinacota	0	0	3	16,85	3	16,8
Tarapacá	0	0	1	3,96	1	4
Antofagasta	0	0	1	2,26	1	2,3
Atacama	0	0	6	26,17	6	26,2
Coquimbo	1	1,93	3	5,15	4	3,6
Valparaíso	2	1,72	11	8,61	13	15,1
O'Higgins	1	1,62	3	4,36	4	3,3
Maule	0	0	7	9,07	7	9,1
Ñuble	1					
Biobío	0	0,94	1	1,66	3	5,3
La Araucanía	0	0	2	2,63	2	2,6
Los Ríos	1	3,78	2	6,68	3	5,3
Los Lagos	0	0	9	14,37	9	14,4
Aysén	0	0	0	0,00	1	9,1
Magallanes	1	9,1	0	0,00	1	9,1
Metropolitana	4	0,85	32	6,48	36	37
Total	11	0,93	82	6,41	93	3,8

Fuente: DEIS-Minsal. Datos preliminares 2017

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En Chile, de acuerdo a los datos entregados por la Encuesta Nacional de juventud, realizada por INJUV en 2015, el promedio de edad de inicio de la actividad sexual es de 16.6 años; en hombres es de 16,4 años y en mujeres, de 16.9 años, cifra que varía entre los estratos socioeconómicos (NSE bajo: 16.4 y NSE alto: 17.1). Al comparar con el promedio nacional, es estadísticamente menor en regiones de Atacama y Coquimbo. De esta manera, en nuestro país el 47,5% de los adolescentes se declara haber iniciado sexualmente (con prácticas penetrativas) ya cumplidos los 19 años.

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 64.7% 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.

REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Desde el año 2010, el país cuenta con la ley 20.418 la cual "Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad", constituyendo el principal cuerpo legal que sustenta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

En 2018, el Ministerio de Salud publica la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, cuyo propósito es contribuir al desarrollo integral y saludable de la salud sexual y la salud reproductiva de las personas, a lo largo del curso de vida, con un enfoque de derechos humanos y género y la transversalización de las temáticas en otros programas de salud.

Actualmente, el Sistema Público de Salud cuenta con once métodos anticonceptivos para ofrecer de forma gratuita a adolescentes, en la Atención Primaria (APS). Durante los últimos 10 años, la población bajo control en Regulación de la Fertilidad ha ido aumentando sostenidamente, tanto en población general como en adolescentes. De acuerdo a las cifras reportadas por el Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS) este grupo muestra un aumento importante a partir del año 2010, evidenciándose principalmente en la población menor de 15 años con un incremento del 213% (año 2010: 5.453 adolescentes-2018: 17.095) y de un 36.9% para adolescentes de 15 a 19 años (año 2010: 148.689 - 2018: 203.635).

A diciembre de 2018 había un total 1.450.042 personas bajo control en regulación de la fertilidad, de las cuales 220.730 eran adolescentes (15.2%).

En anticoncepción de emergencia en el año 2018 se entregaron 13.291 dosis en APS, de las cuales 4.087 (31%) corresponden a entregas a adolescentes. En los Servicios de Urgencia, en igual periodo se entregaron 9.223 dosis, de las cuales 2.739 (30%) correspondieron a solicitud de adolescentes.

La tabla X, muestra un aumento sostenido de la población adolescente bajo control según método de regulación de la fertilidad.

TABLA X: POBLACIÓN BAJO CONTROL EN REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD, 2006 - 2018, SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Año	Menores de 15 años	15 - 19 años	Población Total bajo Control
2006	4.158	128.218	1.165.372
2007	3.635	137.385	1.161.559
2008	4.282	141.800	1.162.707
2009	4.784	148.115	1.198.048
2010	5.453	147.689	1.237.670
2011	6.917	168.773	1.257.228
2012	8.220	184.628	1.336.713
2013	10.462	190.498	1.368.737
2014	11.864	193.300	1.385.901
2015	12.560	201.095	1.430.853
2016	12.562	203.961	1.520.386
2017	14.083	209.360	1.450.042
2018	17.095	203.635	1.613.761

Fuente: DEIS-Minsal. Datos preliminares 2018

Según datos preliminares del DEIS en el año 2018, del total de hombres usuarios de preservativo, el 40.8% corresponde a adolescentes de 10 a 19 años (6.078). En tanto en adolescentes mujeres de 10 a 19 años, el método más utilizado son los Inyectables (combinado, junto a progestágeno) con un 37%, seguido por los anticonceptivos orales, 31.5%.

La doble protección, entendida como un método hormonal o DUI, más preservativo, alcanza un 11.8% en la población bajo control adolescente.

TABLA DE POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD 2018

Población bajo control								
Métodos		Total	Menor de 15 años	%	15 -19 años	%	10 - 19 años	%
DIU	D.I.U.T de Cobre	279.380	96		5.124		5.220	
	D.I.U con Levonorgestrel	1.078	2		35		37	
	TOTAL	280.458	98	0,6	5.159	2,5	5.257	2,4
Hormonal	Oral Combinado	382.276	6.044		60.863		66.880	
	Oral Progestágeno	117.998	142		3.408		3.550	
	TOTAL	500.274	6.186	36,2	64.244	31,5	70.430	
	Inyectable Combinado	243.718	4.430		57.047		61.477	
	Inyectable Progestágeno	207.269	1.351		18.950		20.301	
	TOTAL	450.987	5.781	33,8	75.997	37,3	81.778	37,0
	Implante Etonogestrel (3 años)	215.939	3.496		43.900		47.396	
	Implante Levonorgestrel (5 años)	4.954	150		1.118		1.268	
	TOTAL	220.893	3.646	21,3	45.018	22,1	48.664	
Sólo preservativo MAC	Mujeres	55.996	840		7.683		8.523	
	Hombres	14.873	544		5.534		6.078	
	TOTAL	70.869	1.384	8,1	13.217	6,5	14.601	6,6
TOTAL MAC			17.095					

Fuente: DEIS-Minsal. Datos preliminares 2018

EMBARAZO ADOLESCENTE

La prevención del embarazo adolescente está incluida en las Metas de la Estrategia Nacional de Salud (ENS 2011 - 2020) comprometiendo disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente en mujeres menores de 19 años al año 2020 (22,9 por 1.000 adolescentes). En 2015, se logró esta meta con un resultado de 21,1 por 1000 adolescentes, posicionando a Chile como el país con la tasa más baja de América Latina y El Caribe. No obstante, aún persisten diferencias según región, comuna y nivel socioeconómico.

En los últimos 10 años (2007 - 2016) en lo que refiere a Razón y Tasa de Fecundidad en población adolescente, se ha observado una tendencia a la baja en 21,05 puntos en la Tasa de fecundidad en

población de 15 a 19 años. En la razón de fecundidad en población de 10 a 14 años no se observa esta tendencia (2007 = 1,36 /2016 = 1,1 x 1000 mujeres).

En el año 2017, el número total de nacidos vivos fue de 2019.186; de éstos, 7,9% (17.369) correspondió a nacidos vivos de madres adolescentes. Al desagregar por grupo etario, observamos que el 7,7% (16.897) corresponde a madres adolescentes de 15-19 años y el 0,2% restante (472) a adolescentes de 10-14 años. Ese año la tasa de fecundidad observada en el tramo 10 a 19 años fue de 17,34.

Las regiones de Atacama, Araucanía, Tarapacá, Antofagasta y Arica se posicionan como las regiones con las tasas más altas para el grupo de 15 a 19 años, superando el valor nacional.

TABLA XII: NACIDOS VIVOS, RAZÓN Y TASA DE FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS. CHILE SERIE 2007-2017

Año	Total de nacidos vivos país	Nacidos vivos mujeres de 10 a 14 años	Razón de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 14 años	Nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años	Tasa de fecundidad x 1000 mujeres de 15 a 19 años	Total nacidos vivos de madres adolescentes (10 -19 años)	Tasa específica de fecundidad x 1000 mujeres de 10 a 19 años
2007	240.569	955	1,36	38.650	53,35	39.605	27,81
2008	246.581	1025	1,5	39.902	54,9	40.927	29,01
2009	252.240	1075	1,61	39.627	54,33	40.702	29,12
2010	250.643	963	1,48	38.047	52	39.010	28,18
2011	247.358	923	1,43	36.102	50,43	37.025	27,23
2012	243.635	879	1,38	34.305	48,99	35.184	26,36
2013	241.964	902	1,48	31.506	47,04	32.408	25,31
2014	248.252	852	1,42	29.454	44,74	30.306	24,07
2015	244.671	717	1,21	25.435	39,31	26.152	21,11
2016	231.749	649	1,1	20.521	32,3	21.170	17,34
2017	219.186	472	0,8	16.897	26,52	17.369	14,15

Fuente: DEIS - MINSAL (datos preliminares)

Fuente: INE, INE, Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 total país, base 2017

TABLA XIII: RAZÓN Y TASA DE FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES (10 A 19 AÑOS), POR REGIÓN. CHILE 2017

Región	Total nacidos vivos adolescentes	Razón de fecundidad	Total nacidos vivos adolescentes de 15 a 19 años	Tasa de fecundidad	Total de nacidos vivos	Tasa de fecundidad
	10 a 14 años	10 a 14 años		15 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años
Arica y Parinacota	4	0,05	287	35,57	291	18,28
Tarapacá	16	0,14	438	37,05	454	19,24
Antofagasta	21	0,10	765	36,88	786	19,24
Atacama	19	0,19	386	39,73	405	20,43
Coquimbo	21	0,08	915	34,16	936	17,89
Valparaíso	45	0,08	1.639	25,88	1.684	14,16
Metropolitana	145	0,07	5.858	24,10	6.003	13,09
O'Higgins	24	0,08	888	29,04	912	14,94
Maule	36	0,10	1.090	30,46	1.126	16,07
Ñuble	14	----	416	----	430	----
Biobío	31	0,05	1.431	19,71	1.462	10,47
La Araucanía	51	0,16	1.292	37,02	1.343	19,89
Los Ríos	12	0,09	379	27,35	391	14,63
Los Lagos	23	0,08	891	30,61	914	15,77
Aysén	6	0,16	104	32,22	110	15,77
Magallanes	4	0,08	118	23,21	112	12,05
País	472	0,8	16.897	26,52	17.369	14,15

Fuente: DEIS - MINSAL (datos preliminares)

Fuente: INE, Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 total país, base 2017, Nueva Región de Ñuble, no se dispone de dato poblacional CENSO (creación 2018)

REINCIDENCIA DE EMBARAZO

En relación a embarazo repetido, en el año 2016 hubo un total de 2.091 adolescentes que tuvieron su segundo embarazo y más antes de los 20 años, cifra que corresponde al 9.8% de los nacimientos de hijos de madres adolescentes, durante ese año.

MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo a los datos entregados por DEIS la mortalidad materna para el año 2016, en el grupo de 15 a 19 años, definida como aquella ocurrida hasta los 42 días post parto, causada por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, fue de 2 muertes, con una tasa de 0.4 por

100.000. Las causas de estos decesos asociados al proceso reproductivo, fueron infección ovular y por trastorno del puerperio no especificado.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las principales causas de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y muerte en el mundo.

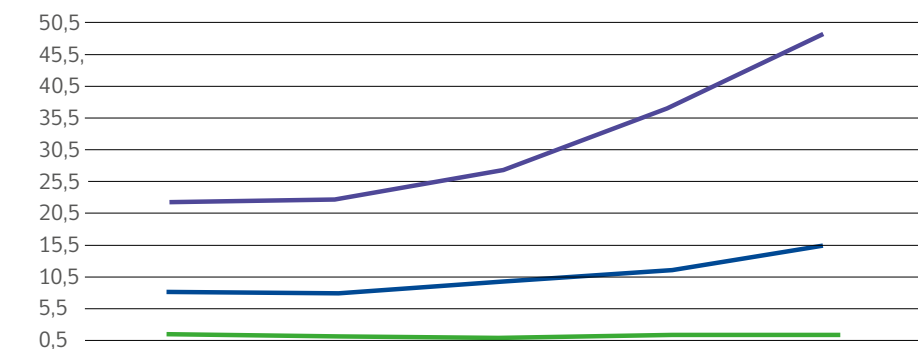
Las ITS conllevan una gran carga de morbilidad y mortalidad, en todos los países, independiente de sus ingresos; ya sea de manera directa por las consecuencias que tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño y niña, o bien de manera indirecta por facilitar la transmisión del VIH y su impacto en el gasto público.

En términos generales, todas las ITS presentan una estabilización de sus tasas entre 2014 y 2015, a excepción de la gonorrea la cual se vio incrementada en el grupo de 15-24 años. En 2017, Sífilis y la infección por VIH presentaron un aumento de sus tasas globales en comparación a 2016.

Gonorrea

Durante el año 2011 la tasa de gonorrea en el 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 cien mil habitantes, donde los menores de 14 años, representaron el 1,7% del total de casos, mostrando una tasa de 0,7 por cien mil habitantes. Este incremento quedó de manifiesto en 2017 donde la tasa en adolescentes de 15 a 19 años llegó a 45 por cien mil habitantes. El riesgo se concentra en orden decreciente en las regiones de Arica, Tarapacá, Antofagasta, Los Lagos, Aysén y Coquimbo.

GRÁFICO 7: TASAS GONORREA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE 10 - 14 AÑOS, 15 - 19 AÑOS Y POBLACIÓN TOTAL. CHILE 2013 - 2017



	2013	2014	2015	2016	2017
10 a 14	1,1	0,7	0,7	1,3	1,9
15 a 19	22,0	22,7	27,6	36,5	45,0
TOTAL	8,7	8,3	10,0	11,2	15,1

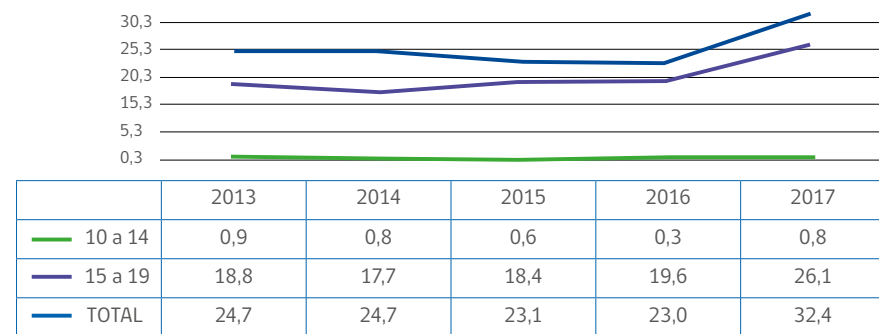
Tasas por 100.000 Habs. Fuente: Base de datos ENO. DEIS. Dpto. Epidemiología, Minsal, Chile

Sífilis

De acuerdo a cifras de sífilis en el año 2017, el grupo de adolescentes presentó una tasa de 0,8 por cien mil habitantes para el segmento de 10 a 14 años y de 26,1 por cien mil habitantes para el de 15 a 19 años.

Es importante considerar que las co-infecciones de transmisión sexual aumentan la capacidad de infección del VIH, que la edad más joven está fuertemente asociada a tener múltiples ITS y que existe un bajo uso de condón en nuestro país. Por lo que es necesario generar acciones específicas y que impacten en este grupo de edad, permitiendo asentar conductas de sexo seguro y consulta precoz ante el riesgo de infección, para así, asegurar el tratamiento oportuno y el control de la transmisión de la infección.

GRÁFICO 8: TASAS SÍFILIS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE 10-14 AÑOS, 15 -19 AÑOS Y POBLACIÓN TOTAL. CHILE 2013-2017

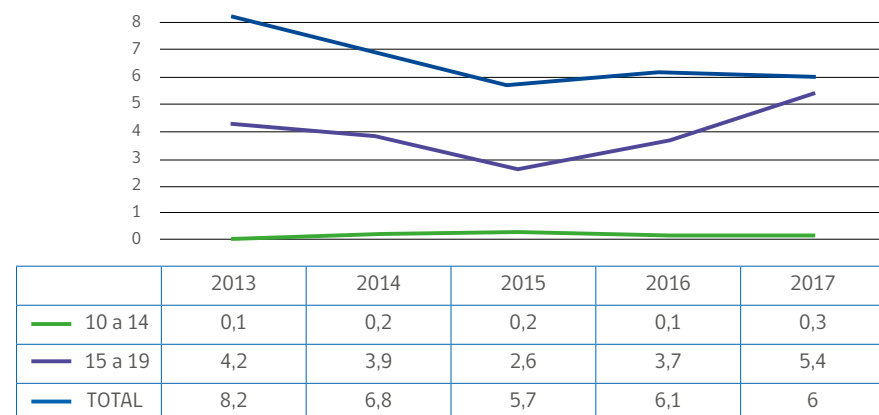


Tasas por 100.000 Habs. Fuente: Base de datos ENO. DEIS. Dpto. Epidemiología, Minsal, Chile

Hepatitis B

El número de casos por hepatitis B en adolescentes de 15 a 19 años ha sido oscilante entre 2013 y 2017, sin embargo, en ese último año, el número de casos notificados aumentó a 69, con una tasa de 5.4 por cien mil habitantes, siendo mayoritariamente los casos presentados en hombres.

GRÁFICO 9: TASAS HEPATITIS B EN POBLACIÓN ADOLESCENTE 10 -14 AÑOS, 15-19 AÑOS Y POBLACIÓN TOTAL. CHILE 2013-2017



Tasa por 100.000 Habs. Fuente: Base de datos ENO. DEIS, Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile

VIH-SIDA

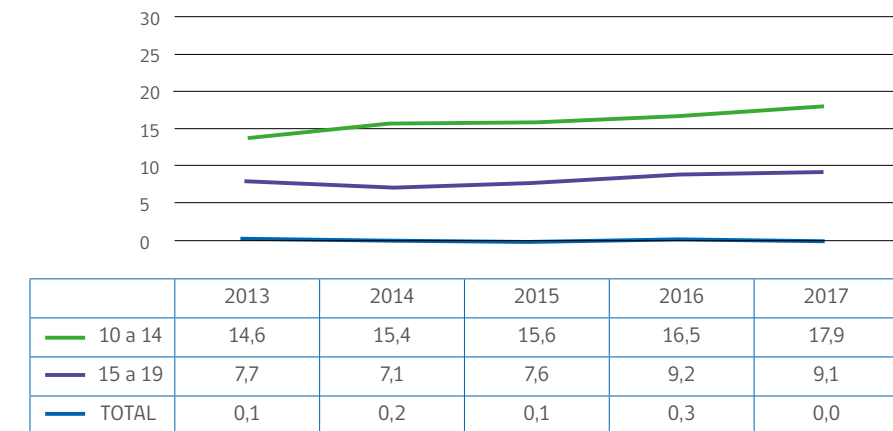
En el periodo 2010-2018, se observa un aumento sostenido de los nuevos diagnósticos de VIH (confirmaciones del ISP), donde la tasa del 2018 (37,5 por cien mil Habs.) duplicó a la del 2010 (17,5 casos por cien mil Habs). El mayor aumento puntual entre años, se produce en el periodo 2017-2018 que presenta un 18,3% de aumento (MINSAL.2019).

El principal grupo poblacional afectado es el de adultos entre 20 y 39 años. Tanto en etapa Sida como VIH, el número de casos en hombres supera ampliamente al de mujeres y la principal vía de transmisión fue la vía sexual en un 97% de los casos del año 2018, del total de los casos de este mismo periodo un 61 % tiene como práctica de riesgo hombres que tienen sexo con otros hombres (MINSAL.2019)

En 2017 la tasa de notificaciones de VIH por cada 100.000 habitantes fue de 0,0 entre los 10 y 14 años, y de 9.1 para el grupo de 15 y 19 años.

Según datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (EPI-Minsal), hasta el año 2015 las tasas en adolescentes entre 15 y 19 años se mostraron estables, sin embargo, el año 2016 y 2017 hubo un aumento, alcanzando la tasa de 9.2 y 9.1 por 100 mil Habs., es decir un alza del 20%.

GRÁFICO 10: TASAS DE NOTIFICACIONES POR VIH EN POBLACIÓN ADOLESCENTE 10 - 14 AÑOS, 15 - 19 AÑOS Y POBLACIÓN TOTAL. CHILE 2013 - 2017



Tasa por 100.000 Habs. Fuente: Base de datos ENO. DEIS, Dpto. Epidemiología, MINSAL, Chile

NUTRICIÓN

Las enfermedades crónicas, presentes en el 10% de la población de adolescentes junto a los problemas nutricionales, también son prevalentes a esta edad, destacando obesidad y sus complicaciones metabólicas.

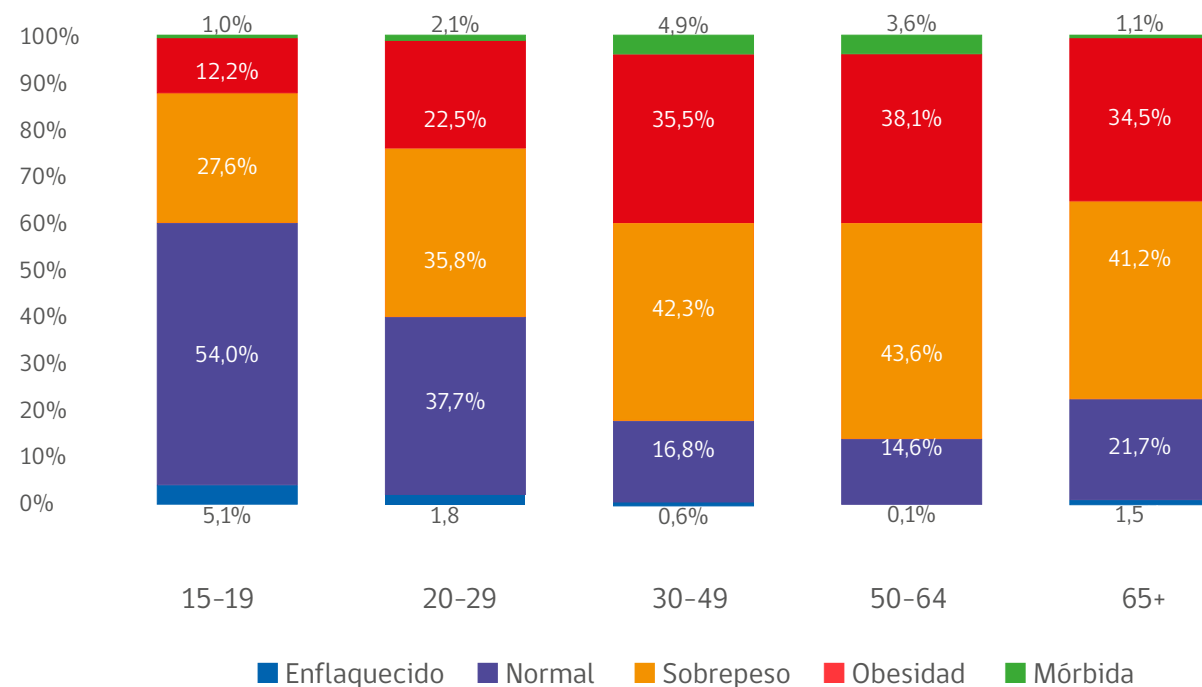
La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. En los últimos años se ha observado una tendencia universal a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. El otro aspecto de relevancia es la disminución de la actividad física producto del estilo de vida sedentario.

La prevalencia de obesidad en adolescentes de América Latina fluctúa entre el 8 y 22% y cada vez con mayor frecuencia y a menor edad se observan complicaciones metabólicas de la obesidad como Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Resistencia a la Insulina e Intolerancia a los Hidratos de Carbono.

Los adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen cinco veces más riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial y si se consideran sólo sujetos con obesidad el riesgo aumenta a 8,5 veces.

En Chile, la ENS 2016-2017 revela un 27,6% de sobrepeso y un 13,2% de obesidad, en adolescentes de 15 a 19 años. La encuesta SIMCE de educación física en Chile, el año 2016, revela que sólo un 8% de los escolares de 8º básico presentan condición física satisfactoria.

GRÁFICO 11: DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN GRUPO DE EDAD ENS 2016 -201



Categorías según Índice de Masa Corporal (IMC): Enflaquecido IMC <18,5-24,9. Sobrepeso IMC 25- 29,9. Obesidad IMC 30- 39,9 y Obesidad Mórbida IMC > o igual a 40.

Enflaquecido: se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 15 a 19 años respecto de los grupos de 30 -49 y 50-64 años.

Normal: se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 15 a 19 años respecto a todos los grupos de edad.

Sobrepeso: se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 15 a 19 años respecto a los grupos de 30- 49,5- 64 y 65 años y más.

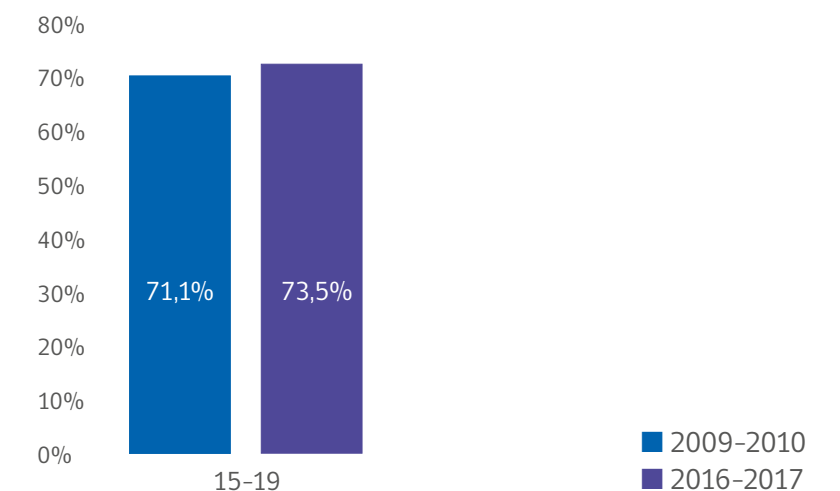
Obesidad: se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 15 a 19 años respecto a los grupos de 30-49,50- 64 y 65 y más.

Obesidad mórbida: Se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de 15 a 19 años respecto al grupo de 30- 49 y 65 años y más.

El Estudio Nacional de Educación Física realizado el año 2015 por la Agencia de Calidad de Educación con estudiantes de octavo básico, identifica diversos factores relacionados. De los entrevistados, un 45% presenta exceso de peso, un 26% baja resistencia cardiovascular y metabólica, un 64% necesita mejorar su fuerza de piernas y un 91% la de sus brazos. Por último, cabe destacar que un 72% de los estudiantes requiere mejorar su potencia aeróbica.

El progresivo aumento del sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados a medida que transcurre la adolescencia, explican el aumento alarmante de esta patología nutricional. Los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y la disconformidad corporal, son trastornos de prevalencia creciente entre los adolescentes de América Latina y a pesar que se presentan más en mujeres, cada vez se observan con mayor frecuencia en hombres, en estratos socioeconómicos más bajos y a menor edad. En áreas rurales pobres la desnutrición es un factor predisponente y agravador de múltiples otras patologías.

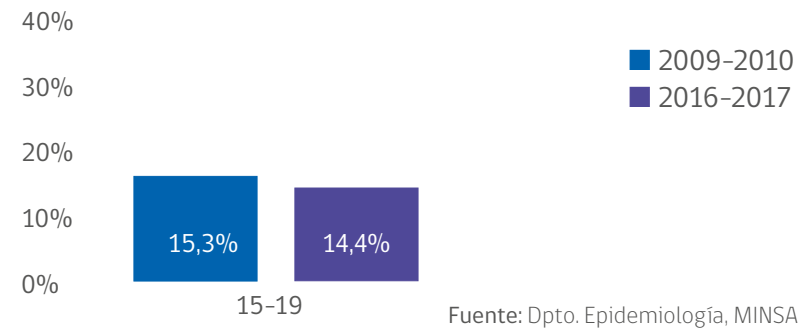
GRAFICO 12: SEDENTARISMO EN EL ULTIMO MES (< 3 V



Fuente: Dpto. Epidemiología, MINSAL

Se entiende por “sedentarismo en el último mes”, aquellos individuos que en los últimos 30 días no practicaron deporte o realizaron actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, 3 o más veces por semana.

GRÁFICO 13: PREVALENCIA DE CONSUMO DE AL MENOS 5 PORCIONES FRUTAS Y VERDURAS AL DÍA



DIABETES MELLITUS

Para el caso de **Diabetes Mellitus Tipo 1**, en Chile no existen estudios de prevalencia. En la mayoría de los países occidentales, la Diabetes tipo 1 da cuenta de más del 90% de los casos de diabetes en la infancia y adolescencia, aunque menos de la mitad de las personas con este tipo de diabetes es diagnosticada antes de los 15 años.

El diagnóstico de **Diabetes Mellitus tipo 2** en los niños y adolescentes, es un hecho cada vez más frecuente. La ENS 2017, señala que el 1,8% de la población entre 15- 24 años presentaría esta patología. No existen estudios de prevalencia en adolescentes (10 a 19 años).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según la ENS 2017, el 0,7% del grupo de 15 a 24 años presenta sospecha de Hipertensión Arterial (se entiende por “sospecha de HTA”, a personas con auto reporte y/o tratamiento médico HTA o con presión elevada mayor 140/90 promedio con 3 tomas de presión arterial).

No existen estudios en Chile de prevalencia de HTA en población adolescente.

CÁNCER

Para el quinquenio 2007-2011, la incidencia de cáncer en menores de 15 años en Chile es de 12,8 por 100.000, algo más frecuente en niños (13,9 por 100.000) que en niñas (11,6 por 100.000), lo que equivale a cerca de 500 nuevos casos al año. El 40,1% de los casos corresponde a leucemias, el 20,3% a sistema nervioso central y el 12,7% a Linfomas. Los subgrupos de cáncer con mayores tasas son: Leucemia linfática (3,9 por 1000,000) y Leucemia mieloide aguda (0,9 por 100.000).

De acuerdo a los datos disponibles que hacen referencia al quinquenio 2003-2007, donde es posible tener la incidencia por tramos de edad más específicos, la tasa bruta de incidencia (TBI) fue de 8

por 100.000 por igual en hombres y mujeres de 10 a 14 años. En relación al grupo de 15 a 19 años, en los hombres la TBI es de 17,7 por 100.000, y en mujeres es de 17,6.

La mortalidad por cáncer constituye la segunda causa de muerte en población de 10 a 19 años (14.8%).

SALUD BUCAL

Los estudios y encuestas nacionales que abordan el tema muestran un gran daño en la salud bucal de la población que se manifiesta desde la niñez y aumenta con la edad, con importantes desigualdades en la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales entre personas de distinto nivel socioeconómico, sexo y condición urbano-rural.

El Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (ENS) definió como uno de sus objetivos prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los niños, niñas y adolescentes menores de 20 años, poniendo énfasis en los grupos más vulnerables, estableciendo como meta al año 2020: lograr que el 40% de los niños y niñas de 6 años esté libre de caries y disminuir a 1,9 el número de dientes con daño por caries en los jóvenes de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados.

La salud bucal es un componente indispensable de la salud general, ya que influye positivamente no sólo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social de las personas (comunicación y relaciones sociales), y en particular en adolescentes y jóvenes.

Las patologías bucales más prevalentes en los adolescentes en nuestro país como en el mundo, son las caries dentales, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dento-maxilares. Estas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. (MINSAL. 2013).

En la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI. 2016), respecto de si el estado actual de sus dientes y encías afecta su calidad de vida, el 80.2% de los adolescentes entre 15 y 19 años refirió que “nunca”, siendo el mayor valor obtenido en todos los grupos etarios.

Caries dentales

La carie dental es la enfermedad crónica de mayor frecuencia en la población chilena y en el mundo, causada por múltiples factores, que provocan un desequilibrio en la boca, generando la pérdida de minerales del diente hasta destruirlo. Hoy en día existe una declinación en la prevalencia de caries a nivel mundial, aun así, sigue siendo la principal causa de pérdida de dientes en todas las poblaciones del mundo (Moncada y Urzúa 2008, Petersen, 2016, WHO 2016).

El diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente de 12 años realizado el 2007, muestra que el 62,5% de los adolescentes de 12 años tiene caries. La prevalencia de caries en la población adolescente de nivel socioeconómico bajo fue de 70,5%, mientras que en adolescentes del estrato alto fue de 31,8%; la prevalencia en adolescentes de zonas rurales fue de 77,7% y en las zonas urbanas fue de 59,7%; la prevalencia en las mujeres fue 64,9%, mientras que en los hombres fue 59,8%.

No se dispone de datos más actualizados en población adolescente, no obstante, y a modo de referencia, según resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS. 2017), la presencia de caries cavitadas en ambos maxilares en el grupo de 15 - 24 años fue de 40,9%. En cuanto a la percepción de salud bucal, en este mismo grupo el 60,9% refirió como muy buena o buena.

El tratamiento centrado en la enfermedad y en la recuperación de sus secuelas ha demostrado ser insuficiente, ya que la caries dental sigue siendo globalmente la enfermedad crónica más prevalente.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal constituye un grupo de patologías infecciosas crónicas que incluyen principalmente gingivitis y periodontitis.

La gingivitis es el tipo más prevalente en todas las edades, incluyendo adolescentes. Uno de los primeros elementos que se aprecian durante el examen bucal es la presencia o ausencia de enfermedad a través de la observación de los signos de inflamación gingival o gingivitis.

La periodontitis siempre es antecedida por gingivitis y se caracteriza por presentar inflamación gingival y destrucción del tejido de protección (encía) y de soporte de los dientes (hueso alveolar). Esta enfermedad comienza a manifestarse desde la adolescencia mostrando su máxima expresión en la edad adulta.

Alteraciones causadas por piercing orales y periorales

El uso de piercing orales y periorales en adolescentes ha aumentado en estos últimos años, la lengua es la localización más frecuente de piercing bucal y el labio es la segunda. Se describen posibles complicaciones asociadas a su uso, muy variadas, desde una leve inflamación local hasta grandes infecciones diseminadas, enfermedades de transmisión, etc. (Escudero 2007). Las complicaciones no sólo se producen durante la perforación, sino también en cualquier momento a lo largo de la vida del piercing en el cuerpo, a corto y a largo plazo (Troye et al. 2000).

MORTALIDAD

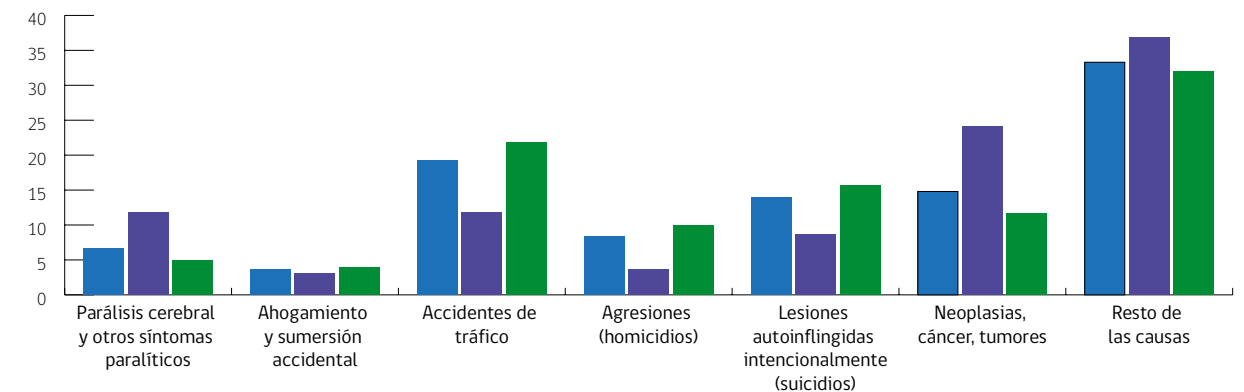
Las principales causas de muerte en la población adolescente entre 10 y 19 años, son las de origen externo (64,7%) y como se mencionó antes, la segunda corresponde a muertes por neoplasias (14,8%).

Las causas externas de mortalidad se producen principalmente en el tramo de 15 a 19 años y de ellas, las más frecuentes son los accidentes de tránsito, suicidios y agresiones. De acuerdo a las cifras del DEIS, detrás de las causas externas existiría un fuerte componente de género: en el año 2016 murieron por este tipo de causas 401 adolescentes entre 15 y 19 años, de los cuales 278 (69,3%) eran hombres.

En cuanto a suicidio adolescente, las estadísticas obtenidas de DEIS indican que, en 2016, la tasa de suicidios por cada 100.000 adolescentes entre 10 y 14 años de edad fue de 1,4; y en el caso de la población entre 15 y 19 años, dicha tasa fue de 6,8. Ambas cifras disminuyen según los últimos datos reportados en 2017 (10 - 14 años: 0,9 y 15 - 19 años 6,4).

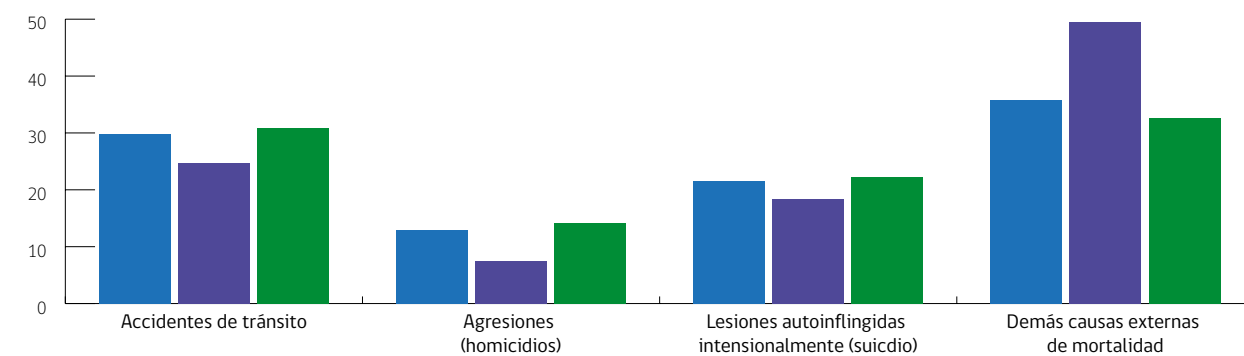
GRÁFICO 14:

MORTALIDAD EN ADOLESCENTES POR TRAMO, SEGÚN GRANDES CAUSAS DE MUERTE. CHILE, 2016



Valores en porcentaje. Fuente: DEIS, MINSAL, Chile

GRÁFICO 15: MORTALIDAD EN ADOLESCENTES POR TRAMO, SEGÚN CAUSAS EXTERNAS, CHILE 2016



Valores en porcentaje. Fuente: DEIS, MINSAL, Chile

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS POR ADOLESCENTES

En relación al uso que este grupo hace de los servicios de especialidad del Sistema Público, el DEIS para el año 2018, reportó lo siguiente, lo que otorga una perspectiva de cuáles son las morbilidades por las cuales acuden a niveles de mayor complejidad:

Consultas médicas especialidades y sub-especialidades

Las consultas médicas de especialidad realizadas a adolescentes de 10 a 19 años, ascienden a 818.850 atenciones el año 2018 lo que representa el 9,1% de las consultas médicas de la población total consultante ese año. De ellas, el 60% corresponde al rango de 10 a 14 años y el 40% entre los 15 y 19 años.

Las especialidades médicas que más atenciones entregan son Psiquiatría y Neurología que juntas alcanzan un **26%** y traumatología un **15,2%**.

TABLA XIV: ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES: CONSULTAS MÉDICAS ADOLESCENTES 2018

Especialidades y Sub-especialidades	10 a 14	15 a 19	10 a 19	%
Acumulado País				
Pediatría	48.819	7.105	55.924	6,8
Endocrinología	26.024	12.285	38.309	4,7
Dermatología	15.141	18.505	33.646	4,1
Neurología	55.321	23.817	79.138	9,7
Psiquiatría	66.407	67.286	133.693	16,3
Obstetricia	1.247	17.753	19.000	2,3
Traumatología	81.409	43.161	124.570	15,2
Otras	200.254	134.316	334.570	40,9
Total	494.622	324.228	818.850	100

Fuente: DEIS-MINSAL. Enero - diciembre 2018 (datos preliminares)

Consultas y controles por otros profesionales en especialidad (DEIS enero - diciembre 2018)

En relación a las atenciones realizadas por otros profesionales en este periodo, del total de atenciones, el 8,1% correspondió a adolescentes de 10 a 19 años. Este grupo etario representa el 21,4% de las consultas psicológicas, 8% de las consultas nutricionales, 8,7% de las consultas por asistente social, 9,5% por matrona.

Egresos Hospitalarios

Respecto a los egresos hospitalarios informados a través del Departamento de Estadísticas en Salud para el año 2017, un 6.8 % correspondió al grupo de 10 a 19 años. De ellos, 21% fueron por embarazo, parto y puerperio. Le siguen en frecuencia, según CIE-10, las enfermedades del sistema digestivo con un 15,9%, y traumatismos, envenenamientos y causas externas en un 13,6 %. Por debajo siguen los egresos por enfermedades del sistema respiratorio (7,2%), del sistema genitourinario (6,0%).

Por la codificación CIE-10, sólo un 5,5% 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.

TABLA N° XV: EGRESOS HOSPITALARIOS POBLACIÓN ADOLESCENTE, SEGÚN EDAD Y CAUSA, 2017

Causa egresos	Grupos de edad (en años)			
	10 a 14	15 a 19	10 a 19	%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1.412	1.196	2.608	2,3
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	2.819	2.450	5.269	4,7
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	585	425	1.010	0,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.361	1.124	2.485	2,2
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	1.812	4.379	6.191	5,5
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	1.643	1.203	2.846	2,5
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	191	182	373	0,3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	544	249	793	0,7
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	696	960	1.656	1,5
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4.258	3.790	8.048	7,2
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	8.605	9.257	17.862	15,9
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.114	1.432	2.546	2,3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	2.431	3.007	5.438	4,8
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2.920	3.872	6.792	6,0
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	714	22.887	23.601	21,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	2.120	1.154	3.274	2,9
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.673	1.201	2.874	2,6
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	7.208	8.071	15.276	13,6
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.542	1.801	3.343	3,0
Total	43.645	68.640	112.285	100

Fuente: DEIS. MINSAL, 2017

RESPUESTA DE SALUD PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Chile cuenta con una Red integrada de salud, donde la Atención Primaria cuenta con 2.357 dispositivos (Centro de Salud Familiar, Consultorio General Rural, Consultorio General Urbano, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, entre otros), que beneficia cerca del 80% de la población adolescente.

Cuenta con un Plan de Salud familiar con una cartera de prestaciones orientadas específicamente a la población adolescente beneficiaria, en un modelo de salud familiar y comunitario, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad centrado en la promoción, prevención y en el cuidado continuo de la salud. Existe además un Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) que cuentan con un marco regulatorio y Guías Clínicas para su manejo. Actualmente 44 patologías GES garantizan prestaciones donde se incluye a la población adolescente.

PRESTACIONES DEL PLAN DE SALUD FAMILIAR PARA ADOLESCENTES

Se contemplan las siguientes prestaciones para la Población Adolescente, las que se financian a través del per cápita:

PREVENCIÓN

- * Vacuna VPH
- * Vacuna dT_p (acelular) 8° básico
- * Control de Salud Integral de Adolescentes.
- * Control Integral Prenatal Adolescente –ingreso
- * Controles Pre natales adolescente–seguimiento
- * Control puerperio post aborto en población adolescente
- * Control de regulación de fertilidad en población adolescente
- * Consejería en SSR en población adolescente
- * Control ginecológico adolescentes
- * PNAC (embarazadas adolescentes)
- * PNAC (nodriza adolescente)
- * Atención a domicilio (alta precoz) en población adolescente
- * Examen de salud odontológico
- * Consulta odontológica preventiva (incluye educación individual e instrucción de higiene)
- * Consulta nutricional
- * Consulta kinésica

DIAGNÓSTICO

- * Consulta de morbilidad en población adolescente
- * Consulta de morbilidad obstétrica en población adolescente
- * Consulta morbilidad ginecológica en población adolescente
- * Consulta y/o consejería de salud mental en población adolescente
- * Prevención psicosocial en población adolescente

TRATAMIENTO

- * Control de Crónicos en población adolescente
- * Control de crónicos adolescente–DMII
- * Control de crónicos adolescente–Epilepsia
- * Control de crónicos en adolescente–Asma

Programa de Reforzamiento de Atención Primaria “Espacios Amigables para Adolescentes”

Los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surgen en 1990, en el marco de una definición política del Ministerio de Salud (MINSAL) orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria. En sus inicios (1990–1994), el objetivo de los PRAPS, fue resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutoria y cobertura asistencial. A partir de 1994–1995 los PRAPS adquieren el carácter de “Área de Gestión”, respondiendo a la tarea de diseñar y probar nuevas tecnologías orientadas a las iniciativas locales. La definición de los componentes de los programas obedece a una evaluación de la atención primaria en el país, que detectó áreas en las que era indispensable reforzar acciones de salud.

El Programa Espacios Amigables para Adolescentes, fue aprobado por la Resolución Exenta N° 597 del 28 de Agosto 2008, del Ministerio de Salud y tiene como propósito abordar las dificultades de acceso a la atención integral y resolutoria con énfasis en la Salud Sexual Reproductiva de la población adolescente, de 10 a 19 años, que permita evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras, de manera de brindar una atención oportuna y pertinente, con enfoques integradores, dentro de un modelo de atención familiar y comunitario que promueva el acercamiento de los y las adolescentes a la atención sanitaria.

Las características generales e iniciales de los Espacios Amigables, se mantienen actualmente: acciones promocionales y preventivas, horarios de atención adecuados y salas de espera diferenciados, con resguardo de la privacidad y confidencialidad, atención amigable y personal con competencias en la atención de este grupo. Las actividades realizadas por profesionales matrona/ón o enfermera/o y asistente social o psicólogo/a son: acciones clínicas; control de salud integral, atención espontánea y atención programada, priorizándose prestaciones de consejería en temática de salud sexual y reproductiva (prevención del embarazo e ITS/VIH/SIDA, métodos de regulación de la fertilidad, anticoncepción, entre otros) y consulta de salud mental e intervenciones preventivas para el consumo de alcohol y drogas. Además, se desarrollan acciones preventivas y promocionales en los Establecimientos Educativos u otros espacios comunitarios.

Control de Salud Integral de adolescentes

El Control de Salud Integral de Adolescentes, se implementa en el año 2012, y ha permitido identificar oportunamente factores y conductas protectoras y de riesgo del adolescente, necesidades y problemas de salud, incluida la salud mental (depresión, suicidio, consumo alcohol–drogas). Otorga una instancia privilegiada para realizar actividades de promoción, prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, que permitan brindar a tiempo y de manera pertinente iniciar la atención requerida. La mayor parte de estos controles se realiza en establecimientos educativos y en caso de pesquisar riesgo o problema de salud, se deriva al Centro de Salud correspondiente. La estrategia de Espacios Amigables y Control de Salud Integral, constituyen la puerta de entrada de los adolescentes al sistema de salud.

Programa Detección, Intervención y Referencia en alcohol, tabaco y otras drogas:

Tiene por objetivo elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para

reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes y adultos desde los 10 años en adelante.

El programa establece tres componentes y sus indicadores asociados, a saber: Aplicación de un tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, diferenciado para adolescentes y adultos; la realización de intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de riesgo, conforme los resultados de la evaluación del patrón de riesgo de previo, esto es, intervenciones breves para adultos e intervenciones motivacionales para adolescentes; y, por último, la referencia asistida de las personas que presenten consumo de alcohol y/u otras drogas de alto riesgo.

Una de las principales orientaciones proporcionadas a los equipos apunta a que las intervenciones sean realizadas por los equipos de salud de los establecimientos de APS – tanto profesionales como técnicos capacitados en el modelo de intervención breve – en el marco de acciones regulares de salud como EMP, control de salud integral del adolescente, control de embarazo, control de enfermedades crónicas, consultas de morbilidad, acciones dirigidas a la comunidad fuera del establecimiento de salud, etc., a fin de transversalizar las prestaciones de promoción y prevención de salud mental en el equipo de salud.

Programa de Acompañamiento psicosocial en la Atención Primaria

Su objetivo es contribuir a elevar el nivel de salud mental de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario. La población objetivo son niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, en establecimientos de Atención Primaria (CGU, CGR, y Hospitales comunitarios) con población mayor de 5.000 personas entre 0 y 24 años que presentan dificultades para la vinculación y adherencia a los servicios regulares de la APS. Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes que presenten alguna de las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

- Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
- Situaciones de violencia; esto es NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
- Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
- Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
- Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
- Adolescentes gestantes.
- NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Trastornos del Desarrollo)
- NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME).
- NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros).
- NNA que no forman parte del sistema educativo y Jóvenes que no se encuentran ni estudiando ni trabajando.
- NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local

Se contemplan nuevas funciones en la atención y gestión, enfocadas en el monitoreo intensivo y la detección de casos de alto riesgo biopsicosocial, con el fin de disminuir brechas de acceso y prevención indicada en población específica, de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

Los recursos incorporados permiten desarrollar las siguientes acciones:

- vinculación, articulación, acompañamiento y seguimiento por parte de un profesional.
- detección de problemas psicosociales en la comunidad.
- seguimiento telefónico.
- visitas.

El programa entrega los recursos para la contratación de horas de profesional, de preferencia Trabajador Social, y para la contratación de horas de Gestor Comunitario. También incluye movilización, equipo telefónico y plan telefónico.

Posee 3 componentes: Vinculación con la atención de salud mental, salud y la red comunitaria; articulación y acompañamiento, cuyo objetivo es contribuir a elevar el nivel de salud mental de NNAJ y sus familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud mental de APS.

Programa de Salud Mental Integral en APS

El Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud está orientado a brindar atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El programa tiene tres componentes principales. El primer componente contiene acciones promocionales de la salud mental, el segundo componente acciones preventivas de los trastornos mentales y el tercero, acciones para brindar un tratamiento integral a personas que presentan problemáticas y/o trastornos mentales, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria de la Atención Primaria de Salud.

Se desarrolla inserto en los equipos de sector de los establecimientos de atención primaria, mediante la dedicación de recursos humanos para los distintos componentes.

- Los componentes de promoción y prevención son desarrollados por el equipo de salud general, esto es matronas, enfermeras/os, psicólogos/as, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos, entre otros.
- Para el componente específico de tratamiento de los problemas de salud mental y trastornos propiamente tal, las acciones son desarrolladas a lo menos por el médico, asistente social y psicólogo/a.

Adolescentes con vulneración de derechos:

a) Sistema Intersectorial de Salud con énfasis en salud mental para NNAJ con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente

El Sistema Intersectorial de salud integral, es una iniciativa desarrollada en conjunto entre MIN-SAL-SENAME-SENDA y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; tiene como objetivo entregar lineamientos de acción a los equipos principalmente de APS y salud mental de especialidad, pero también a los equipos de SENAME y SENDA, que permita identificar a los NNAJ que participan en programas residenciales, ambulatorios y de justicia juvenil; con el fin de asegurar el acceso a una atención integral de salud, de manera oportuna, continua y con una mirada inclusiva e integradora. Busca generar acciones colaborativas y coordinadas entre los diferentes sectores intervinientes, como MINSAL, SENAME y SENDA, ya que el trabajo conjunto de estos sectores, contribuye a desarrollar acciones que mejoren la calidad de vida y bienestar de los NNAJ vinculados a la red SENAME; de esta forma se comprende que la salud y el bienestar no son sólo resultado de las acciones sanitarias que emprende el sector salud.

Su población objetivo corresponde a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos vinculados a la red SENAME que presentan situaciones de vulneración de derechos o que están bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, y que son beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud.

Este Sistema intenta facilitar que los NNAJ accedan oportunamente a las acciones que brinda la red de salud pública, a través del fortalecimiento de la coordinación intersectorial. Estas acciones deben estar acompañadas de la promoción de ambientes saludables, prevención de la aparición de nuevos problemas y la implementación de acciones de tratamiento y seguimiento.

En el marco de estas acciones, la Atención Primaria entrega financiamiento a través del "Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas SENAME" cuyo propósito es contribuir a la salud integral de niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a la Ley de responsabilidad penal adolescente que participan de algún programa de SENAME, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención en Atención Primaria.

Su objetivo es fortalecer y mejorar las condiciones de salud general y de salud mental de esta población.

Este PRAPS se inició el año 2017 y se ha instalado progresivamente según el siguiente detalle:

VARIABLES	2017	2018	Expansión 2019
SS	Coquimbo Valparaíso-San Antonio Viña del Mar-Quillota Valdivia Magallanes Metropolitano Sur Oriente	Arica Antofagasta Maule Concepción Reloncaví Metropolitano Occidente + 6 SS del año 2017	Iquique O'Higgins Biobío Araucanía Sur Aysén Metropolitano Central + 12 SS del año 2018
Nº total SS	6	12	18
Financiamiento	\$592.842.000.-	\$1.156.612.090.-	\$2.008.083.000.-
Meta (NNAJ atendidos)	7.567	15.099	23.295 (*)
Nº comunas	20	55	88
Nº centros APS	55	152	259

Descripción del programa

Las estrategias para la atención de salud general y la atención de salud mental en APS, son dos:

1º Atenciones que se realizan en el establecimiento de atención primaria, según el domicilio del NNAJ para todos aquellos que se encuentran en programas ambulatorios (de protección y justicia juvenil) y en residencias de protección de SENAME.

2º Atenciones que debe realizar el equipo de salud de APS en el establecimiento privativo de libertad CIP-CRC. En este caso el equipo debe trasladarse al centro CIP-CRC, correspondiendo esta estrategia sólo a las comunas que cuentan con dicho centro en su territorio.

Asimismo, todo NNAJ que sea evaluado por el equipo de APS y se detecte o arroje un problema o trastorno de salud mental, recibirá atenciones de salud mental en la atención primaria (atención psicológica, atención médica y social), donde el equipo deberá elaborar un Plan de Cuidado Integral (PCI) que orienta el proceso de intervención, el cual es elaborado en conjunto con la persona y su familia o cuidador. En caso que el NNAJ presente una complejidad mayor, será derivado al nivel de especialidad para atención psiquiátrica, psicológica, social, asegurando su continuidad de atención en la red de salud.

Este PRAPS posee 2 componentes:

Componente 1 = Atención general de salud: La canasta de prestaciones para la atención de salud general, posee concentraciones y rendimientos referenciales, que se describen a continuación:

- **Prestaciones de refuerzo para la atención general en el establecimiento de APS:** Se refuerza el equipo de salud con horas enfermera/o, matron/a, médico, nutricionista.
- **Prestaciones de refuerzo para la atención general en el establecimiento CIP-CRC:** Se refuerza el equipo de salud con horas enfermera/o, matron/a, médico, nutricionista, kinesiólogo, odontólogo/a y técnico paramédico.

Componente 2: Atención de salud mental: La canasta de prestaciones para la atención de salud mental en la APS, posee la siguiente concentración y rendimientos de tipo referencial:

- **Prestaciones de refuerzo para la atención de salud mental en establecimiento de APS:** Se refuerza el equipo de salud con horas trabajador/a social, psicólogo y médico.
- **Prestaciones de refuerzo para la atención salud mental en el establecimiento CIP-CRC:** Se refuerza el equipo de salud con horas trabajador/a social, psicólogo y médico.

b) Vinculación APS - SENAME

Corresponde al proceso que consiste en garantizar la entrega de prestaciones básicas del nivel primario de salud a los NNAJ que participan en programas la red SENAME (residenciales y ambulatorios, tanto del área de protección como de justicia juvenil), las cuales se encuentran contenidas en el Plan de Salud Familiar, según el Decreto de cada año. Es una estrategia nacional, para todos los

establecimientos de la red primaria (CESFAM, CECOSF, postas de salud rural, consultorios urbanos y rurales) que se encuentran vinculados a un Centro de Cuidado Alternativo Residencial de SENAME, ya sea, residencias de administración directa de SENAME (CREAD y Residencia Familiar) o residencias de administración por parte de un Organismo Colaborador Acreditado por SENAME (OCA).

Dicha vinculación se ha fortalecido en el tiempo, incorporándose estrategias de abordaje que permiten visualizar esta población, tales como:

- Plan de trabajo anual elaborado en conjunto entre el equipo de salud y la residencia vinculada.
- Inmunización: plan nacional, influenza y VpH.
- Plan de aseguramiento de las prestaciones del Chile Crece Contigo a niños y niñas de 0 a 4 años que viven en centros de cuidado alternativo residencial
- Registro estadístico mensual en la Serie A y Serie P13
- Orientaciones para la planificación y programación en red 2020: Para abordar a los NNAJ con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente, se espera que exista una programación dirigida a esta población que incluya actividades tales como:
 - * Actividades de prevención y protección específica: consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, Regulación de la Fertilidad u otros).
 - * Educación grupal a los adolescentes y personal técnico/profesional de SENAME de los Centros de Cuidado Alternativo Residencial (CREAD, residencias familiares y residencias OCA) correspondientes al territorio del centro de salud, en temáticas de desarrollo infantil temprano, prevención de salud mental, fármacos, entre otros.
 - * Actividades complementarias y de apoyo a la gestión del programa: como reuniones de trabajo intersectorial para seguimiento del plan de trabajo entre la residencia y centro de salud.

COMGES N°2 Programación de Profesionales y Actividades en Red: Los equipos de salud de APS deben programar acciones sanitarias dirigidas a los adolescentes y jóvenes, incluso en salud mental, para asegurar las acciones de control de salud integral de adolescentes y también los controles de salud mental en el contexto de tratamiento, según el siguiente detalle:

PRESTACIONES	POBLACION A ATENDER	PROFESIONAL/ES QUE REALIZA LA ATENCION
CONTROL DE SALUD MENTAL	Población SENAME bajo control en Salud mental	TRABAJADOR (A) SOCIAL
CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL (POR ENFERMERA)	Niños, niñas adolescentes y jóvenes que pertenecen a programas de la Red SENAME (población inscrita validada)	ENFERMERA
CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL (POR MATRONA)	Niños, niñas adolescentes y jóvenes que pertenecen a programas de la Red SENAME (población inscrita validada)	MATRONA

- Permanente seguimiento y acompañamiento desde los Servicios de Salud a los establecimientos de APS.

Programa Elige Vida Sana

Tiene como objetivo disminuir 3 de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares:

- Dieta inadecuada.
- Deficiente condición física.
- Sobrepeso/Obesidad en niños, niñas, adolescentes adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios de FONASA.

Programa de Salud Bucal para Estudiantes de 4° medio

Su propósito es contribuir a la prevención y tratamiento de las patologías bucales más prevalentes (caries y enfermedades periodontales) en estudiantes que cursen tercero y cuarto año de enseñanza media, facilitando el acceso a la atención odontológica en horarios y lugares compatibles con las actividades educacionales.

La atención se realiza en los establecimientos de salud de atención primaria más cercanos a los establecimientos de educación, en clínicas móviles y en algunos casos en los mismos liceos.

CONCLUSIÓN

Los datos presentados indican que a pesar de que se ha avanzado en el mejoramiento del estado de salud de los jóvenes, los problemas de salud mental y los factores de riesgo de muerte prematura y de enfermedad crónica a lo largo del curso de la vida son muy frecuentes y muestran una tendencia creciente. Se incluyen aquí la ideación e intento suicida, el consumo del alcohol, el sobrepeso, la obesidad y un modo de vida sedentario.

La mayoría de las muertes en este grupo etario se deben a causas externas, por lo tanto, absolutamente evitables. Es preocupante el alto riesgo de muerte prematura en los hombres jóvenes por violencia, tanto interpersonal como autoinfligida, que indica la necesidad de intensificar los esfuerzos en favor de los hombres jóvenes con programas y servicios de salud pertinentes, que posibiliten una atención integral y oportuna.

Si bien, el embarazo en las adolescentes ha presentado una disminución importante desde el año 2010, aún existen comunas que presentan tasas mayores al promedio nacional, donde las más expuestas al inicio precoz del período de reproducción son las jóvenes de sectores vulnerables, las que residen en entornos rurales y las pertenecientes a pueblos indígenas.

En resumen, los datos indican que una proporción importante de jóvenes sigue afrontando una mala salud y adoptando comportamientos potencialmente perjudiciales. La distribución de estos problemas y riesgos de salud está a menudo relacionada con los determinantes sociales, como el nivel educativo, nivel socioeconómico, pertenencia a pueblo originario, entre otros, lo que pone de manifiesto la importancia de las acciones multisectoriales en favor de la equidad, requeridas para mejorar la salud y bienestar de los adolescentes de nuestro país. Por ello, es importante asegurarse de que los adolescentes reciban atención adecuada y a pesar de que la prestación de servicios de salud no será suficiente para prevenir muchas de las principales causas de muerte y enfermedad en la adolescencia, tienen un papel clave que desempeñar en la respuesta y el tratamiento de problemas de salud relacionados a comportamientos y condiciones relacionadas que surgen durante esta etapa del curso de vida.

Finalmente invitamos a los equipos del nivel primario de atención a fortalecer el trabajo intersectorial, focalizando los recursos disponibles en la focalización en acciones promocionales- preventivas y de continuidad de los cuidados.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud, «Documento de sistematización Encuentro en Salud Los Jóvenes eligen», Santiago, 2011.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), «Estadísticas Vitales. Anuario 2015», INE, Santiago. Chile, 2015.
- FONASA, «Población inscrita beneficiaria Sistema Público de Salud», 2015.
- Ministerio de Desarrollo Social, «Encuesta Caracterización Socioeconómica Nacional», Chile, 2017.
- UNFPA, «Población, Salud Sexual y Reproductiva y Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe Nota conceptual para el desarrollo de una plataforma de diálogo sobre políticas con base empírica», UNFPA, Panamá, 2016.
- Ministerio de Desarrollo Social, «Observatorio. Ministerio de Desarrollo Social», 2017. [En línea]. Available: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf [Último acceso: 6 septiembre 2018].
- Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del Trabajo y previsión Social, OIT, «Encuesta de actividades de niños, niñas y adolescentes», Santiago. Chile, 2013.
- Ministerio de Desarrollo Social. Consejo Nacional de la Infancia, «Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025», Santiago, 2018.
- Ministerio de Salud, Orientación Técnica: Detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes., Santiago. Chile, 2018.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, «Tercer Marco para la Acción contra la Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes 2017 - 2019», Santiago. Chile, 2017.
- PNUD. Consejo de la Infancia, «Primera encuesta de Desarrollo Humano en Niños, Niñas y Adolescentes», Santiago de Chile, 2018.
- Fiscalía de Chile, «Fiscalía de Chile.» Ministerio Publico, 2017. [En línea]. Available: <http://www.fiscalia.dechile.cl/Fiscalía/salaprensa/noticiasdet.donoticiald=12915> [Último acceso: 28 septiembre 2018].
- Servicio Nacional de Menores, «Observatorio Abuso Sexual Infantil y Adolescente en Chile: Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile», SENAME, Chile, 2016.
- 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.
- B. Vicente, S. Saldivia y R. Pihan, «Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana», Scielo. Conicyt, vol. 22, nº 1, pp. 51-61, 2016.
- J. Gaete, N. Labbe, P. del Villar, C. Allende y E. Valenzuela, «Prevalence of psychiatric disorders among teenage o», Revista médica de Chile, vol. 142, pp. 1377-1384, 2014.
- MINSAL, «Guía Clínica para el tratamiento de adolescentes de 10 a 4 años con depresión», junio 2013. [En línea]. Available: http://www.normassalud.com/documentos/chile/guia_depresion_2013.pdf [Último acceso: 12 noviembre 2018].
- Ministerio de Salud, Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más., Santiago: MINSAL, 2013.
- SENDA, «XII Estudio Nacional de drogas en población escolar», Chile, 2017.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, «Pautas Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual», Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, [En línea]. Available: http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds_csr_edc_99_3sp.pdf [Último acceso: 30 agosto 2018].
- Organización Mundial de la Salud (OMS), «Estrategia mundial de prevención y control de las infec-

- ciones de transmisión sexual: 2006 2015: romper la cadena de transmisión», 2007. [En línea]. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43773/9789243563473_spa.pdf;jsessionid=7D6ADF347103039E20CCB8C3369BCAE2?sequence=1 [Último acceso: 28 agosto 2018].
- Ministerio de Salud, «Informe situación epidemiológica de las ITS», Santiago. Chile, 2017.
 - MINSAL, Departamento Epidemiología. «Informe situación epidemiológica del VIH/SIDA Chile 1984 - 2015», MINSAL, Chile, 2015.
 - M. Moreno, Revista Médica Clínica Las Condes, vol. 23, nº 2, pp. 124-128, 2012.
 - Ministerio de Salud, Capsula autogestionada: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes., Santiago, 2017.
 - R. Bancalari, C. Díaz, A. Martínez-Aguayo, M. Aglony, J. Zamorano, V. Cerda, M. Fernandez, F. Garbin, G. Cavada, M. Valenzuela y H. Garcia, «Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica Rodrigo Bancalari¹, Carlos Díaz², Alejandro Martínez-Aguayo, Marlene Aglony, Juanita Zamorano, Verónica Cerda, Manuel Fernández, Fl», Rev Med Chile, vol. 11, nº 139, pp. 872-879, 2011.
 - Ministerio de Salud, «Diabetes Mellitus tipo 1: Guia clínica AUGÉ,» 2013. [En línea]. Available: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diabetes-Mellitus-tipo-1.pdf> [Último acceso: 31 agosto 2018].
 - Ministerio de Salud. Chile, «Estrategia Nacional de Cáncer: Documento para consulta pública», Octubre 2016. [En línea]. Available: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf> [Último acceso: 30 agosto 2018].
 - Departamento de Estadística Información en Salud. Ministerio de Salud, «Puesta al día de la situación epidemiológica en Chile», Santiago. Chile, 2018.
 - L. Soto , R. Tapia , G. Jara , G. Rodríguez y T. Urbina , «Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los 4 Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010», 2007. [En línea]. Available: http://www.minsal.cl/portal/url/item/7f2e-0f67ebb_c1bc0e04001011e016f58.pdf. [Último acceso: 29 08 2018]. C. Murdoch-Kinch y M. A. Mclean , «Minimally invasive dentistry», The Journal of the American Dental Association, vol. 1, nº 134, pp. 87-95, 2003.
 - J. E. Botero , C. Kuchenbecker Rosing , A. Duque , A. Jaramillo y A. Contreras, «Periodontal disease in children and adolescents of Latin America», Periodontology 2000, vol. 67, pp. 34 - 57, 2015. Flores Cano JC, et al. Modelo de atención y clasificación de «Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud-NANEAS»: recomendaciones del Comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatría. 2016.