



FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD

ORIENTACIÓN TÉCNICA 2021

División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

Departamento de Ciclo Vital.

Programa Nacional Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Resolución Exenta N° 1116, del 9 de noviembre 2021

Dentro de este documento, se buscó intencionalmente hacer un uso genérico de palabras para referirse a los distintos géneros a la vez, con el fin de no hacer discriminación, buscando facilitar una lectura fluida del documento, de acuerdo a denominación amparada por la Real Academia Española, pero también siguiendo las recomendaciones de la "Orientación para un uso de lenguaje no sexista e inclusivo" del MINEDUC.

Responsables Técnicos Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano. Magister en Psicología de la Adolescencia. PhD en Ciencias de la Educación. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Bárbara Leyton Cárdenas Enfermera, Magister en Salud Pública. Diplomada en Medicina basada en evidencia. Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud Jefa del Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE</p>

Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

<p>Francisca Salas Pacheco. Encargada Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	
<p>Felipe Nayip Hasen Narváez (Editor y coordinador técnico documento) Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades</p>	<p>Alejandro Gallegos Cárdenas Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Paula Maureira Martínez Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Cettina D'Angelo Quezada Oficina de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>

Participantes División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

<p>Catalina Campos Peralta Jefa Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana.</p>	<p>Bárbara Donoso Contreras Profesional Asesora. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana.</p>
---	--

Participantes División de Atención Primaria

<p>Pamela Meneses Cordero Encargada Programa Adolescentes y Jóvenes. Depto. Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>	<p>Pamela Muñoz Abarca Coordinadora Unidad Cuidado de las Comunidades. Depto. Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>
--	--

Colaboradores SEREMI de Salud y Servicios de Salud

<p>Evelyn Cárdenas Aguilera Encargada Regional Programa Infancia y Adolescencia. Departamento de Salud de Poblaciones SEREMI de Salud Región de Los Lagos.</p>	<p>Marcela Zapata Ceballos Encargada Regional Programa Infancia y Adolescencia. Departamento de Salud de Poblaciones SEREMI de Salud Región de Los Lagos Oficina provincial de Chiloé.</p>
<p>Gloria Torres Huenchual Encargada del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. SEREMI De Salud Región Metropolitana.</p>	<p>María Belén Opazo Manzor Referente Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. Técnico de Salud/DAP. Servicio de Salud de Metropolitano Sur.</p>
<p>Hernan Farías Silva Director Centro Integral de Salud Adolescente Alter Joven, comuna El Bosque.</p>	<p>Margareth García Acevedo Encargada Espacio Amigable y Programa Adolescentes y Jóvenes. CESFAM Dr. Miguel Solar, comuna Paine.</p>

Colaboradores Externos

<p>Mariela Cortés Aliaga Oficial de Enlace. Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA-Chile.</p>	<p>Daniela Tejada Estay Adolescent Development Assistant. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF-Chile.</p>
<p>Patricio Altamirano Valencia Académico Instituto de Pediatría. Pro Decano Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.</p>	<p>Allison Núñez Martínez Representante Nacional. Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes.</p>
<p>Fabián Fermin García Representante Nacional. Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes.</p>	

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a los consejeros y consejeras, adolescentes y jóvenes representantes de todas las regiones del país, por hacerse parte de esta experiencia de participación, en la cual son los principales protagonistas.

Agradecemos al Consejo Consultivo Nacional, compuesto por Tabita Urrutia Vergara, Johan Andrés Pérez Vargas, Nazareth Cayo Cayo, Yojan Mardones Terán, Pablo Albornoz Campusano, Valentina Echeverría Paredes, Valeria Francisca Abarcia Alquinta, Nelson Esteban Urquiza Gonzalez, Paulina Vega Palma, Oscar Mercado León, Fabián Fermin, Joyayra Martínez Yañez, Crismaily Sosa Aquino, Raúl Galaz Garrido, Camila Isabel Montecinos Gallego, María de los Ángeles Vasquez Celis, Allison Nuñez Martínez, Nicolás Brevis Aedo, Romina Cid San Martín, Jesús Del Fierro, Romina Beatriz Bravo Ampuero, Ronald Arilson Catelican Talcao, Marcelo Macías Cuitiño, Sofia Arroyo Pozo, Krishna Aranda Mora y José Miguel Rojas.

También agradecemos a nuestros referentes del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en las SEREMIs, Servicios de Salud y equipos de salud de todo el país, por seguir abriendo y potenciando los espacios de participación a los adolescentes y jóvenes en temas de salud, incentivando un adecuado marco de comunicación, diálogo y trato horizontal con este grupo de la población.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.	7
INTRODUCCIÓN.	8
CAPÍTULO I.	
OBJETIVOS, ALCANCES Y MARCO GENERAL.	10
1.1 OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA ORIENTACIÓN.	10
1.1.1 Objetivo general.	10
1.1.2 Objetivos específicos.	10
1.1.3 Equipos de salud e intersector a los que está dirigido.	10
1.2 ANTECEDENTES.	10
1.2.1. Declaraciones, Tratados y Convenciones Internacionales para fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes.	19
1.3. MARCO CONCEPTUAL SOBRE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.	21
1.4. ENFOQUES INTEGRADORES DE LA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.	26
1.4.1 Enfoque de Determinantes Sociales.	26
1.4.2. Enfoque de Género.	27
1.4.3 Enfoque de Curso de Vida.	28
1.4.4 Enfoque Intercultural.	28
1.4.5. Enfoque de derecho y participación social.	28
CAPÍTULO II.	
RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CONSEJOS CONSULTIVOS EN SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA.	30
2.1. ESPACIOS AMIGABLES Y SU ROL EN LA PARTICIPACIÓN LOCAL DE ADOLESCENTES EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA.	31
2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA UNA MEJOR ALIANZA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES EN ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN.	34
2.3. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.	38
2.3.1. Estándares mínimos para garantizar la participación.	39
2.3.2. Etapas de formación de un Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes en los Servicios de Salud Amigables.	40
CAPÍTULO III: CONSIDERACIONES FINALES.	59
ANEXOS.	62
ANEXO I. Resolución Exenta N° 01, del 14 de enero 2020.	63
ANEXO II. Ejemplo de Guía Metodológica jornada de participación.	69
ANEXO III: Formato de consentimiento y/o asentimiento informado para menores de edad.	73
BIBLIOGRAFÍA.	75

PRESENTACIÓN.

En Chile, es importante destacar que muchas conductas de riesgo, tales como consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas, conducta sexual riesgosa, alimentación poco saludable, sedentarismo, entre otras, son iniciadas precisamente en el periodo de la adolescencia, con un importante impacto negativo en la salud y la calidad de vida en el periodo posterior de la adultez [1]. Así mismo, y desde una visión positiva de salud, es una etapa de grandes cambios y descubrimientos, donde es posible potenciar factores protectores de salud.

Para abordar el bienestar y salud de adolescentes y jóvenes, el Ministerio de Salud ha contemplado estrategias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tales como el trabajo directo con adolescentes, contar con espacios de atención especiales y amigables, educación en salud sexual y afectiva, ofrecer mayor y mejor acceso a métodos anticonceptivos, además de establecer de manera permanente espacios de participación efectiva con este grupo de la población [2] [3].

En este contexto, nos interesa relevar que la participación de adolescentes y jóvenes, se considera un eje crucial para la política de salud, más aún, si consideramos que según el último CENSO 2017 [4], este grupo representa sobre un 21,5% de la población del país (3.779.934 entre 10 y 24 años), atravesando además un etapa clave de su desarrollo, vivenciando el presente y proyectándose hacia el futuro de manera distinta a la de otras generaciones, demandando una mejor escucha y consideración de sus necesidades.

Las políticas públicas y en especialmente en salud, requieren de la abogacía y participación activa de las y los usuarios del sistema, es por eso que como Ministerio hemos expresado nuestro absoluto apoyo para avanzar a paso firme en la calidad y amplitud de los mecanismos de participación a través de los *Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes en Salud*, incluyendo su visión, opinión y conocimiento, en la construcción de políticas públicas que les afectan directamente, lo cual propende a mejorar el acceso a servicios de calidad en todos los niveles de atención, fortaleciendo la implementación de un modelo de atención integral que considere su diversidad, autonomía y conocimiento.

De este modo, es una gran satisfacción presentar esta *Orientación Técnica para el Fortalecimiento de la Participación de Adolescentes y Jóvenes en salud*, sumando reflexiones y herramientas para la acción desde la atención primaria y los niveles especializados de atención. Este documento está dirigido a los equipos y referentes de las SEREMIS y Servicios de Salud del país, pero también a todos los profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes dentro de la red de atención de salud, con la intención de seguir guiando y fortaleciendo las prácticas de participación.

INTRODUCCIÓN.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), a través del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (en adelante Programa Nacional), busca promover la salud y el desarrollo de la población entre los 10 y 24 años de edad [2]. Este programa, se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 [5], además de la Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2010-2018 para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes [6], pretendiendo aumentar y mejorar el acceso a los servicios amigables de atención, promover la legislación sobre derechos y las necesidades de adolescentes y jóvenes, ampliar la participación juvenil en la planificación de los planes y programas, implementar intervenciones efectivas basadas en evidencia y propiciar una política integrada con otros sectores [2].

Con el propósito de continuar el trabajo establecido en MINSAL respecto a estos lineamientos, es que el Programa Nacional desde hace 8 años establece el componente de participación como un elemento clave dentro de las “9” líneas estratégicas a través del Plan de Acción 2012-2020 [2], el cual plantea el desarrollo de acciones que promueven el diálogo y participación de adolescentes y jóvenes con metas e indicadores medibles tanto a nivel nacional, regional, provincial y comunal, específicamente en cuanto a la conformación y fortalecimiento de espacios de participación a nivel local, y particularmente en Espacios Amigables de atención o Servicios de Atención especializados para adolescentes.

En este contexto, el Programa Nacional ha priorizado durante la última década la implementación de espacios de participación y co-diseño de políticas públicas en salud, en conjunto con adolescentes y jóvenes a lo largo de todo el país, a través de metodologías que permiten espacios horizontales de diálogo, favoreciendo, entre otros factores, la calidad y cobertura de una oferta de servicios diferenciados para esta población específica, con enfoque de determinantes sociales, género y pertinencia cultural y territorial, entre otros.

Lo anterior, resulta del esfuerzo conjunto de los diversos profesionales del sistema de salud, la sinergia del trabajo intersectorial y de la incorporación de la voz y participación de los propios adolescentes y jóvenes. Participación que se se torna clave en la identificación de las formas más pertinentes de cubrir sus necesidades en salud, junto con monitorear y evaluar el impacto de las prestaciones y políticas dirigidas a ellos mismos. Proceso que se ha visto indudablemente fortalecido por la implementación y acción de los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes (en adelante CCAJ), tanto a nivel nacional, regional y local.

Precisamente este documento surge de la necesidad de entregar mejores herramientas a los profesionales de la salud que trabajan y atienden adolescentes y jóvenes en todos los niveles de atención, con el objetivo de fortalecer la experiencia de participación a través de los Consejos Consultivos en Salud, surgidos en sus inicios bajo el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescentes (en adelante PLANEA), bajo el alero de la Resolución Exenta N° 65 del año 2010 del Ministerio de Salud, que creó el CCAJ [7], y que actualmente se desarrolla como expresión de la política pública del MINSAL a través de la nueva Resolución Exenta N° 01, del 14 de enero del año 2020, considerando a este grupo de la población como sujetos de derecho y deberes, capaces de formar parte activa en la construcción de política pública en salud.

El Programa Nacional, a través de este documento, pretende contar con una estructura de organización y de acción más clara, a través de lo cual se podrá disponer de un monitoreo de las

acciones desarrolladas en cada una de las regiones respecto al componente de participación de adolescentes y jóvenes en salud, para posteriormente retroalimentar y replicar resultados exitosos y buenas prácticas, reconociendo en esta experiencia de participación, argumentos suficientes para validarla como generadora de información oportuna para políticas públicas.

Los propios profesionales de salud vinculados con adolescentes, han manifestado en encuentros y jornadas regionales y nacionales, la necesidad de potenciar la participación a través de instrumentos que otorguen mayores capacidades técnicas a los equipos de salud, realizando una mejor transferencia de metodologías de conformación, realización, facilitación y sistematización de los espacios de participación relacionados a los CCAJ a nivel regional y local.

De igual forma, el equipo del Programa Nacional, se ha propuesto como desafío, contar con una mayor institucionalización de sus instrumentos de participación, fortaleciendo los Estatutos de Funcionamiento del CCAJ elaborados por el propio grupo de adolescentes y jóvenes, a través de la Resolución Exenta N° 01, del 14 de enero del año 2020, permitiendo que ambos puedan ser documentos normativos que permita dar más fuerza a esta estrategia.

Finalmente, el MINSAL reconoce la importancia de la participación de adolescentes y jóvenes en la calidad de los servicios prestados y en los resultados en materia de salud, aportando significativamente a la formulación de políticas, planificación, ejecución y seguimiento de los servicios prestados en la comunidad, tal cual han mandatado organismos como la OMS/OPS [8], pues son los adolescentes y jóvenes quienes suelen conocer de mejor forma sus propias vidas y necesidades, pudiendo determinar los enfoques o las soluciones que adaptarán mejor una solución de atención médica o una opción asistencial a sus circunstancias personales. El presente documento, es un aporte a esa visión y misión.

CAPÍTULO I. OBJETIVOS, ALCANCES Y MARCO GENERAL.

1.1 OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA ORIENTACIÓN.

1.1.1 Objetivo general.

Orientar a directivos, gestores de red y equipos de salud que se vinculen en la atención de adolescentes y jóvenes, en la implementación y desarrollo de estrategias de participación de este grupo de la población en el marco de los Servicios de Salud Integrales para Adolescentes, a través de los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes y otras instancias, con un enfoque de derechos, género, pertinencia cultural y enfoque territorial.

1.1.2 Objetivos específicos.

- a) Definir las características de la estrategia de participación en el marco del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- b) Analizar aspectos legales y de derechos humanos relacionados a la participación de adolescentes en salud.
- c) Describir las competencias deseables de los equipos de salud para el fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes.
- d) Entregar herramientas para el desarrollo y fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes en los espacios de atención de salud e instituciones del intersector.
- e) Establecer orientaciones para la conformación y/o fortalecimiento de espacios de participación de adolescentes y jóvenes en el nivel local.

1.1.3 Equipos de salud e intersector a los que está dirigido.

Estas orientaciones se dirigen a los equipos de salud de SEREMI, Servicios de Salud y equipos que trabajan y atienden adolescentes en los establecimientos de salud, Espacios Amigables (en establecimientos de salud y educacionales) y Servicios diferenciados para adolescentes del país, tanto desde la atención primaria de salud, como desde los niveles especializados.

También está dirigido a instituciones intersectoriales que cuentan con instancias de participación con adolescentes y jóvenes, tales como ministerios, municipios, ONG, entre otros, para quienes estas Orientaciones Técnicas pueden ser de gran aporte técnico y conceptual.

1.2 ANTECEDENTES.

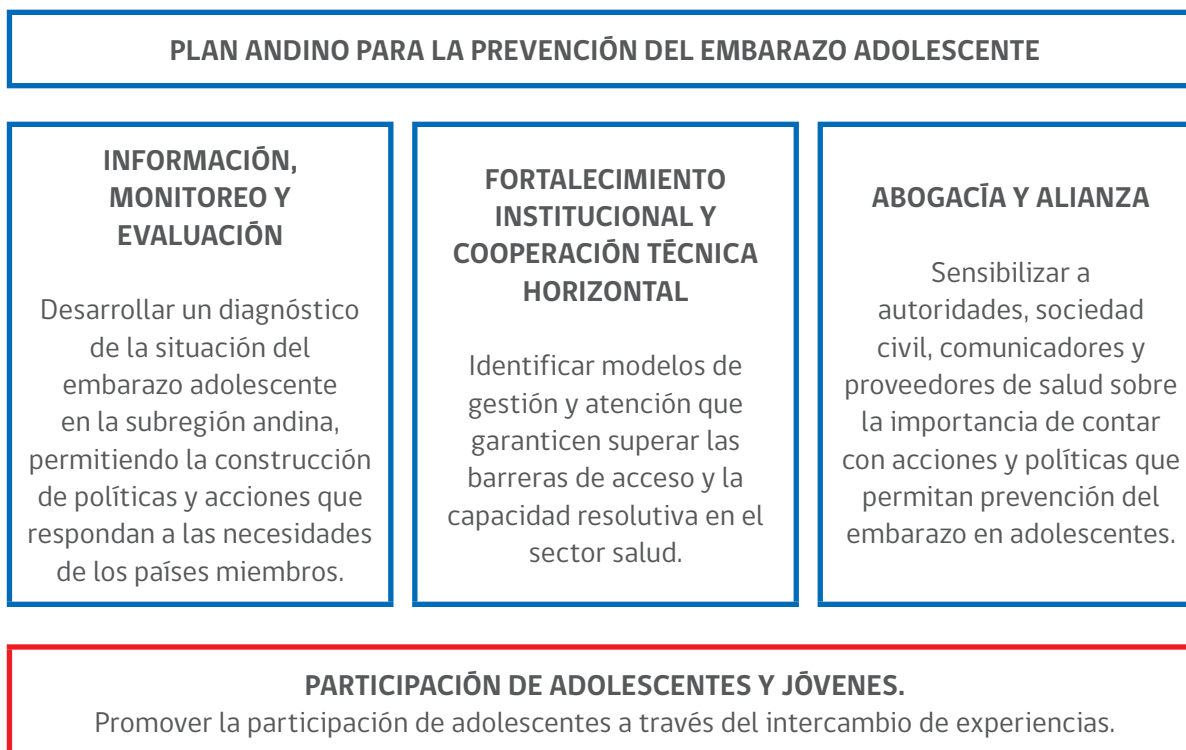
El año 2007, durante la XXVIII REMSAA (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina) del 30 de marzo, los Ministros y Ministras mandataron la propuesta del Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente no Deseado, conocido como PLANEA (Resolución XXVIII/437) [9]. En este, se acordó conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, elaborando un plan de trabajo con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y OPS/OMS.

Una preocupación que nace en datos concretos de la realidad social de jóvenes y adolescentes de la Subregión Andina, articulada por Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en donde el embarazo adolescente se presentaba en esos años, como un tema de fundamental importancia en la agenda pública de estos países [10].

De esta forma, PLANEA se construyó sobre la necesidad de fortalecer las acciones de estos países, en materia de los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente, amoldándose a sus necesidades con el fin de mejorar la salud de aquel grupo etario. Para ello, se establecieron instancias para el fortalecimiento institucional, posibilitando el intercambio de experiencias y buenas prácticas que ayudaron a superar las brechas socioeconómicas, generacionales, étnicas y de género que condicionan la situación de vulnerabilidad y marginalidad en los servicios de salud, relacionadas directamente con la problemática del embarazo adolescente no deseado [11] [12].

Sistemáticamente, este trabajo se articuló desde 4 líneas estratégicas presentadas en la siguiente figura 1:

Figura 1: Líneas de Acción PLANEA.



Fuente: Ministerio de Salud del Ecuador, 2008 [12].

Por su parte, Chile asume la responsabilidad en la línea de trabajo de “Participación ciudadana del grupo de adolescentes y jóvenes”, considerándolos como personas en una etapa del curso de vida caracterizada por cambios vertiginosos en todo ámbito, avanzando de esta forma, en el diseño e implementación de políticas en las cuales se contemple la mirada y realidad de este grupo.

En dicha línea estratégica, se establece que se debe desarrollar y propiciar estrategias y espacios participativos para un involucramiento efectivo de los y las adolescentes en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas que les atañen directamente, siendo más bien una línea de acción transversal que debe contemplarse en todas las líneas estratégicas del PLANEA.

En base a este impulso, es que se decreta por parte del MINSAL la creación del CCAJ, con la finalidad de asesorar a las autoridades ministeriales en las decisiones en torno a políticas, programas y servicios públicos de salud para este grupo de la población [7]. De esta forma, se consideró la formalización de un espacio de participación, reflexión y acción, para generar iniciativas que contribuyan al logro de mejores oportunidades de desarrollo y calidad de vida para adolescentes y jóvenes, materializándose en el levantamiento del Primer Consejo Consultivo Nacional, financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en conjunto con el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y el Ministerio de Salud de Chile [11].

Por tanto, desde el año 2010 el Programa Nacional cuenta con este espacio de participación, apoyada en la Resolución Exenta N°65 del Ministerio de Salud, que creó el Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes. En el marco de esa instancia, es que se dio como tarea a cada uno de los referentes de programa en las SEREMIs y Servicios de Salud, la conformación de los Consejos Consultivos Regionales como órganos participativos que incide en la gestión pública, a través de procesos inclusivos y democráticos, convocando a la mayor cantidad posible de organizaciones y garantizando la diversidad y representatividad de género, diversidad sexual, religiosa, política, geográfica, étnica y pertinencia cultural.

Este espacio requirió la implementación, durante el año 2011, de una metodología que permitiese la participación efectiva de este grupo en las políticas y programas, recogiendo sus aportes y negociación para alcanzar objetivos trazados de manera conjunta, permitiendo avanzar en políticas de Estado que incorporen las características, potencialidades y diversidades de adolescentes y jóvenes [13]. En este marco, el Programa Nacional fortalece las capacidades y herramientas de este grupo, favoreciendo su rol de representación en materias de prevención y promoción de temas como la educación sexual y afectiva, salud mental, prevención del suicidio, alimentación saludable, entre otros.

Con respecto a sus objetivos más específicos, según resolución ministerial, el CCAJ debe abocarse, como objetivos mínimos, a:

> **Planificar y evaluar** anualmente estrategias, actividades, productos y metas en cada región.

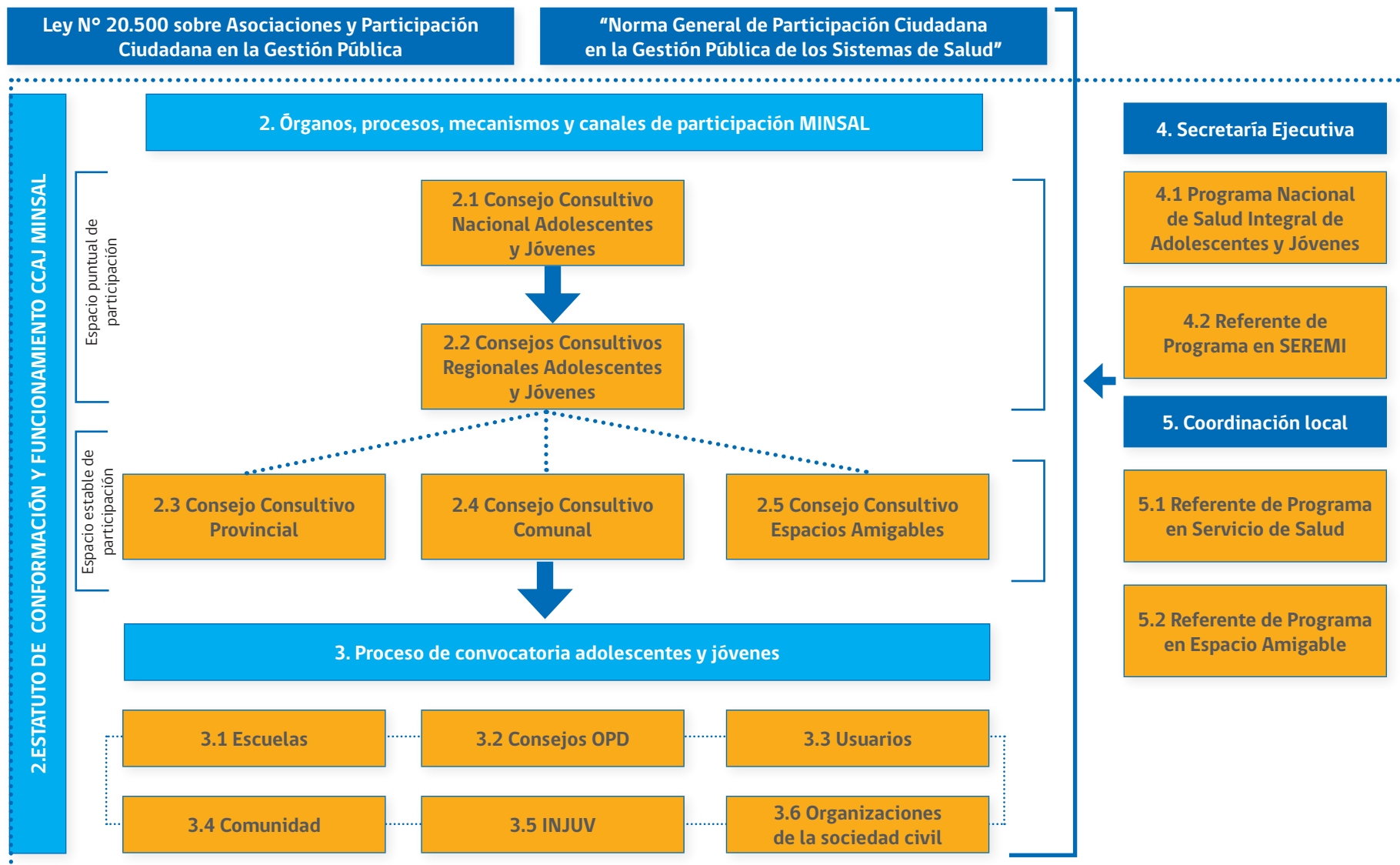
> **Identificar necesidades de salud** en adolescentes y jóvenes, con énfasis en promoción y prevención.

> **Establecer alianzas** con instancias similares, regionales, nacionales e internacionales, en relación a temáticas que involucren la salud de la población adolescente y juvenil.

> **Asesorar a las autoridades ministeriales** en torno a decisiones de políticas y servicios públicos de salud que consideran a los adolescentes y jóvenes.

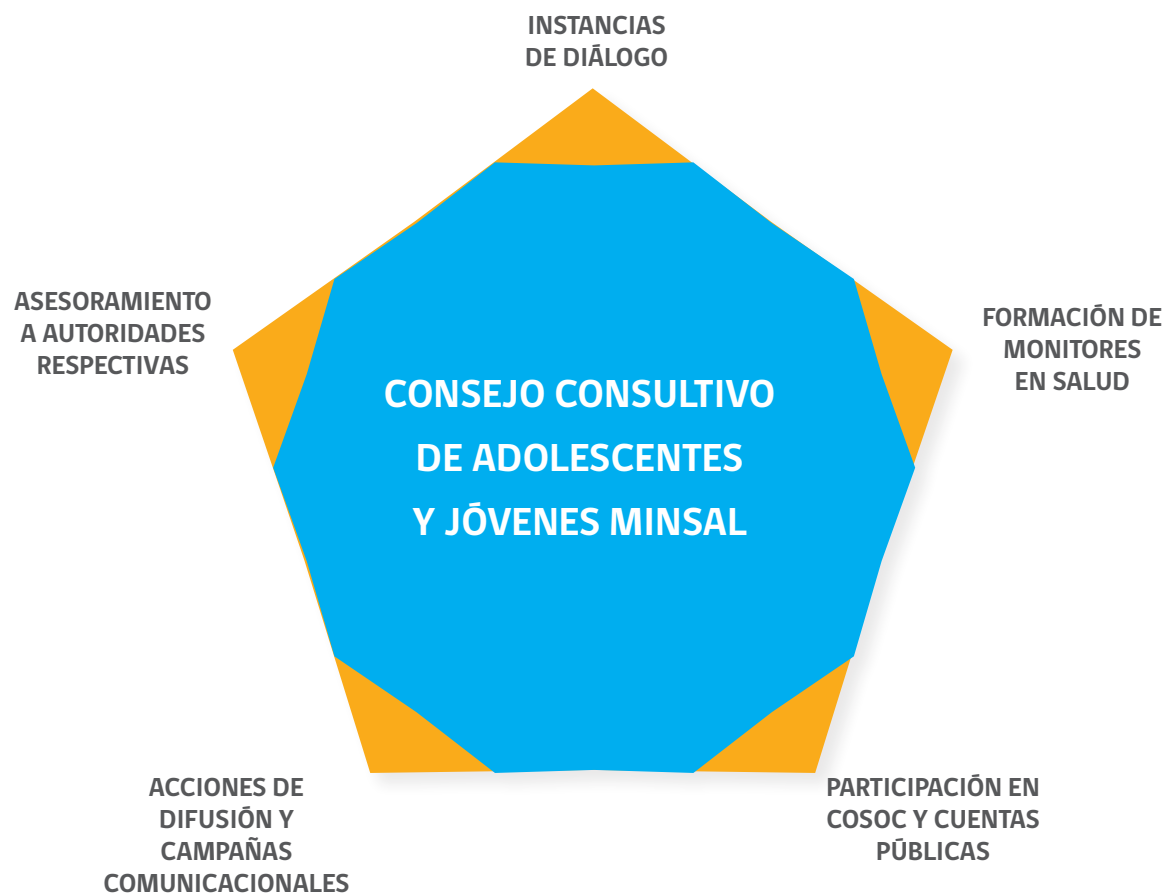
El CCAJ, se conforma por dos representantes entre los 10 y los 24 años, de cada uno de los Consejos Regionales constituidos a lo largo del país, resguardando representatividad de género por cada región. Esta elección, es de responsabilidad y supervisión directa de las SEREMI, a través de asambleas regionales, asegurando diversidad y representatividad territorial. En cuanto a la coordinación local, La SEREMI de Salud tiene el rol de monitorear las acciones desarrolladas en los Servicios de Salud respecto al funcionamiento de los CCAJ Provinciales.

Figura 2. Organigrama conformación Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes.



Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Funciones Consejo Consultivo Adolescentes y Jóvenes.



Los consejos deben ser una **instancia de diálogo** entre adolescentes y jóvenes, para elaborar propuestas en los temas que son de su interés relacionadas con su salud. Dichas opiniones y propuestas deben ser consideradas y tomadas en cuenta por las autoridades pertinentes.

Estrategias orientadas a la **Formación de Monitores en Salud**, creando una red de apoyo con instituciones que solicitan en forma permanente la participación de adolescentes y jóvenes, en actividades de intervención educativa en distintas áreas de la salud

Forma parte del Consejo de la Sociedad Civil (COSOC) del Ministerio de Salud, donde tiene asegurado dos puestos para los representantes nacionales.

Partícipes de campañas comunicacionales de prevención con pertinencia regional, haciendo una bajada local de la propuesta desde el MINSAL.

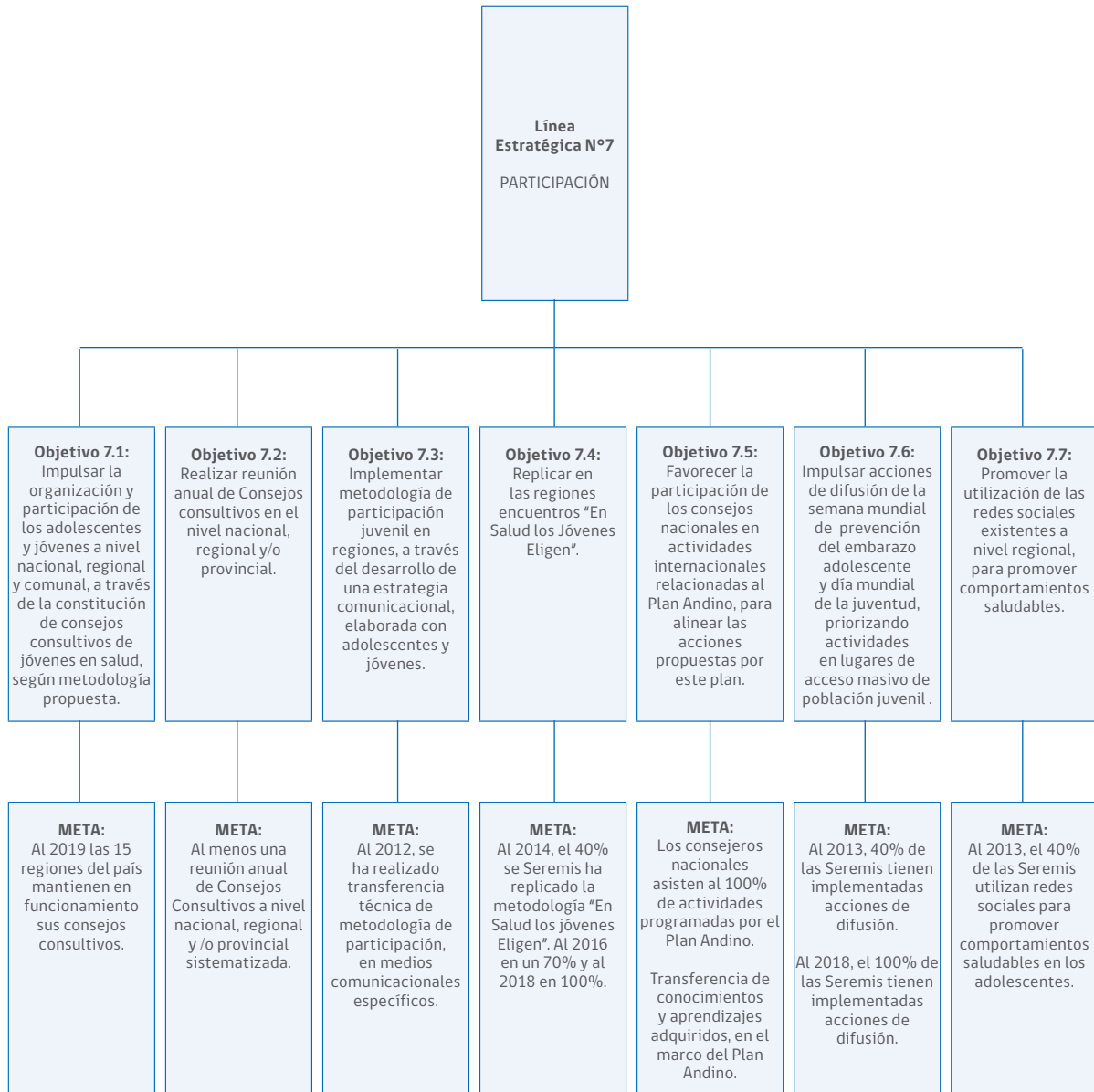
Asesorar a las autoridades ministeriales en torno a decisiones de políticas y servicios públicos de salud que consideran a los adolescentes y jóvenes.

Fuente: Elaboración propia.

El Consejo Nacional sesiona presencialmente, al menos una vez al año, con el propósito de que los participantes conozcan el estado de avance del Programa, a través de una cuenta pública de su gestión, planifiquen y evalúen acciones, dialogando, opinando, priorizando y entregando propuestas que son llevadas en calidad de recomendación a la autoridad ministerial.

De esta forma, el componente participación ha sido clave dentro de las 9 Líneas Estratégicas del Plan de Acción 2012-2020 del Programa Nacional [2], específicamente en su Línea Estratégica N°7 (Ver figura 4), proyectando su fortalecimiento en las metas de la siguiente década.

Figura 4. Línea Estratégica 7, Plan de Acción 2012-2020
Programa Salud Integral de Adolescentes y jóvenes.



Fuente: Elaboración propia, basado en MINSAL, 2012.

Por su parte, el año 2016 la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), publica el documento de “Normas o estándares globales de calidad para la atención de salud integral de adolescentes” [8], en donde se definen el grado de calidad necesario que debe tener los servicios de salud, describiendo además, las características de éstos para satisfacer las necesidades de adolescentes (ver figura 5), aminorando de esta forma, las barreras que presentan los servicios de salud.

Figura 5: Normas o estándares globales de calidad para la atención de salud integral de adolescentes.

<p>CONOCIMIENTO DE LOS/AS ADOLESCENTES SOBRE SALUD.</p> <p>Los adolescentes conocen de los cuidados en salud y sus derechos, y saben donde y cuando obtener atención de salud con énfasis e SSR.</p>	<p>APOYO A LA COMUNIDAD.</p> <p>Comunidad reconoce la importancia del Servicio de salud para adolescentes y apoyan la prestación y su utilización.</p>	<p>OFERTA/PAQUETE DE SERVICIOS.</p> <p>El servicio de salud para adolescentes ofrece un paquete de orientación, información, atención integral, referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de cada adolescente.</p>	<p>COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD.</p> <p>Personal de salud demuestra competencias necesarias para prestar servicios de salud integral para adolescentes, con énfasis en SSR.</p>	<p>AMBIENTE FÍSICO Y EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES.</p> <p>Servicio de salud para Adolescentes dispone de un horario adecuado, un entorno acogedor y limpio, y mantiene la intimidad y privacidad. Cuenta con el equipamiento, medicamentos, suministros y tecnología que se necesita.</p>	<p>EQUIDAD.</p> <p>Provee prestaciones y atención de calidad a todos los adolescentes, independiente de su capacidad de pago, edad, sexo, nivel educacional, origen étnico, orientación sexual, entre otros.</p>	<p>INFORMACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD.</p> <p>Cuenta con sistema de información que recopila datos de uso y calidad de la atención entregada, desglosados por edad, sexo y otras variables sociodemográficas utilizándolo para mejorar su calidad.</p>
<p>PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES.</p> <p>Los adolescentes deben participar en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios.</p>						

Fuente: OMS/OPS, 2016 [8].

El objetivo de estas normas, consiste en ayudar a las instancias normativas y planificadoras de los servicios de salud a aumentar la calidad de los mismos, de manera que sea más fácil para el grupo de adolescentes obtener la atención de salud que necesitan [8].

Dentro de estos estándares, la Norma N°8 hace explícitamente alusión a que los y las adolescentes deben participar en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud, así como en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y en algunos aspectos de la prestación de servicios [8]. Lo anterior, se fundamenta en el derecho a participar en las decisiones que tienen un efecto significativo en sus vidas, siendo su participación efectiva, un componente integral de la prestación eficaz de atención de salud [14].

Esta Norma N°8 pone de manifiesto tres esferas importantes de la participación de adolescentes. Por un lado, destaca su participación en la planificación de los servicios de salud. Por otro lado, destaca su participación en las decisiones relacionadas con la atención que reciben y por último, pone relevancia en la participación de adolescentes en determinados aspectos de la prestación de servicios, estando los proveedores de atención de salud, en la obligación de gestionar que cada adolescente tenga a su alcance las oportunidades adecuadas que le permitan ejercer estos derechos.

A continuación, se describen los criterios cuantificables que debe tener la Norma N°8 sobre participación de adolescentes, según la OMS.

Cuadro 2. Criterios cuantificables de la Norma N° 8.

INSUMO	PROCESOS	PRODUCTOS
La estructura de gobernanza del establecimiento incluye a los y las adolescentes	El establecimiento de salud emprende actividades periódicas encaminadas a reconocer las expectativas adolescentes acerca de los servicios, evaluar su experiencia con la atención y también la vincula a la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud.	Los y las adolescentes participan en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud.
Se dispone de una política sobre participación de adolescentes en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios.	Los profesionales de salud suministran información precisa y clara sobre las afecciones médicas y las opciones de atención y tratamiento y tienen en cuenta de manera explícita la decisión de cada adolescente sobre la opción y las medidas de seguimiento.	Los adolescentes participan en las decisiones relacionadas con la atención que reciben.
Los proveedores de atención de salud conocen las leyes y los reglamentos que rigen el consentimiento informado, y las políticas y los procedimientos del establecimiento definen claramente el mecanismo de su obtención, en conformidad con las leyes y los reglamentos.	El establecimiento de salud emprende actividades con el objetivo de reforzar la capacidad de participación de adolescentes en determinados aspectos de la prestación de servicios de salud.	Los y las adolescentes participan en ciertos aspectos de la prestación de servicios de salud.

Fuente: OMS/OPS, 2016 [8]

1.2.1. Declaraciones, Tratados y Convenciones Internacionales para fortalecer la participación de adolescentes y jóvenes.

a) Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas.

Se entiende que la promoción de salud es una responsabilidad política, económica y social del Estado para realizar profundas transformaciones en todos los niveles de la sociedad. Esto fue plasmado en la II Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud de 1988 celebrada en Adelaida, Australia [15], retomando los lineamientos ya establecidos en la carta de Ottawa y Alma Ata [16] [17], definiendo la promoción de la salud como “el proceso de permitir a la gente aumentar su control sobre su salud y por lo tanto mejorarla” [15]. Se establece por tanto, la educación para la salud constituye, junto a la comunicación y a la participación social, herramientas necesarias para su aplicabilidad en el primer nivel de atención.

A partir de la Declaración de Alma Ata [16], se consideró necesario profundizar en la participación de la comunidad en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud y sus políticas públicas, desarrollando una mejor capacidad de la comunidad para participar y empoderarse en los procesos de co-diseño de estrategias de prevención y promoción de salud.

b) Consenso de Montevideo.

En el año 2013 se adopta el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [18], en donde representantes oficiales de 38 países miembros y asociados de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, acordaron más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994 [19].

Específicamente el Capítulo B hace referencia a los “Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes”, dentro de lo cual, la Medida Prioritaria 8, plantea la necesidad de “Garantizar la existencia de mecanismos de participación efectiva de adolescentes y jóvenes en el debate público, en la toma de decisiones y en todas las etapas de las políticas y programas, que les atañen directamente, sin ningún tipo de discriminación” [18].

Por su parte, en el “Informe de avance del Gobierno de Chile para la implementación del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo 2014-2017” [20], el Ministerio de Salud de Chile, ha destacado como el único ministerio con una instancia de participación para adolescentes y jóvenes institucionalizada y oficializada a través de una Resolución Exenta.

c) Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, en el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y las Observaciones del Comité de los derechos del Niño al Estado Chile 2015 [21].

En su Eje de Derecho N° 4, relacionado a Participación, el Plan de Acción establece la necesidad de:

“Avanzar progresivamente para que los niños, niñas y adolescentes puedan ejercer su derecho a la participación, por medio del acceso a información, de modo que estos puedan desarrollar un juicio propio y expresar

libremente su opinión en todos los asuntos que les afecten, de acuerdo a su edad y madurez, y que dicha opinión sea respetada y considerada en la toma de decisiones" [21].

En el marco de este mismo eje, el Resultado Esperado N° 17 sobre Participación e Incidencia, espera que los niños, niñas y adolescentes, ejerzan su derecho a la participación de acuerdo a su trayectoria en el curso de vida, e incidan en la toma de decisiones relacionadas con asuntos que los afecten. Mientras que en su Resultado Esperado N° 18, se espera que los niños, niñas y adolescentes, accedan de forma oportuna a información relacionada con asuntos que los afecten, siendo responsabilidad de los adultos su protección frente a posibles vulneraciones a sus derechos, y del Estado, además de su materialización a través de distintos medios de comunicación [21].

Al respecto, las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño al Estado de Chile, fueron:

- Asegurar la aplicación efectiva de leyes en que se reconozca el derecho del niño, niña y adolescente a ser escuchado en todos los asuntos relativos a sus derechos, en particular la educación, la salud, la justicia y los asuntos relativos a la familia;
- Revisar la Ley N° 20.500 (2011) para que se reconozca y garantice el derecho del niño, niña y adolescente a participar de manera directa en asociaciones y asuntos de administración pública;
- Establecer estructuras oficiales que permitan a los niños, niñas y adolescentes participar en la elaboración, aplicación y supervisión de políticas nacionales, regionales y locales relativas a la infancia y adolescencia, y procesos que muestren de qué manera se tienen debidamente en cuenta sus opiniones, prestando especial atención a este grupo en situación de vulnerabilidad" (párr. 29, letras a, b y c).

d) Convención sobre los Derechos del Niño.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) [22] consagra la mayoría de los derechos protegidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es el marco legal que protege a niños, niñas y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, y al ampliar la noción de ciudadanía a la infancia y adolescencia, contribuye al desarrollo de una sociedad más democrática y participativa.

En el artículo 5 de la CDN, se contiene el principio de autonomía progresiva del niño, niña y adolescente, en donde:

- Establece que los responsables legales deben impartir dirección y orientación para que éstos ejerzan sus derechos en consonancia con la evolución de sus facultades.
- Relacionado con el art. 12, prescribe el derecho del niño, niña y adolescente formarse un juicio propio, a expresar su opinión y ser escuchado.

Por lo tanto, escuchar sus opiniones y considerarlas debidamente en las medidas y decisiones que les conciernen, se ha denominado "participación" y ha sido reconocido para los adolescentes en la CDN, ratificada en 1990 por el Estado de Chile, a través de mecanismos institucionalizados para la participación de este grupo, en las medidas, servicios y políticas que les conciernen y afectan.



“Siento una gran responsabilidad al poder representar a las mujeres adolescentes de mi país a través del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL. El poder compartir con las distintas realidades de mi país es una de las oportunidades que más enseñanzas y empatía me han dejado. Uno de los motivos para seguir actuando por y para mis pares en el Consejo Consultivo, es el poder alzar la voz por quienes no pueden hacerlo, y de esa forma, ser un aporte en temas de salud”.

ALLISON NÚÑEZ MARTÍNEZ (22 años).

Representante Nacional.

Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud.

1.3. MARCO CONCEPTUAL SOBRE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.

En la “Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de los Sistemas de Salud” del año 2015 [23], se entiende la participación ciudadana como una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, orientada al ejercicio o ampliación de sus derechos, y que se basa en la comunicación efectiva entre ambas partes, fortaleciendo la circulación de la información y el establecimiento de la escucha, consulta y control social de las políticas públicas.

En el año 2010 nace la agenda de *Pro Participación*, la cual definió la participación ciudadana como una manera de “hacer gobierno” [7], expresada en un principio de responsabilidad compartida, incorporando la opinión de las personas en cada decisión adoptada por las autoridades, dando la posibilidad de sentir las políticas públicas como algo propio, reconociendo su diversidad e interculturalidad [7]. Para posteriormente, en el año 2011, a través de la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública [24], finalmente institucionalizar la participación ciudadana a nivel país.

En este sentido, la finalidad de la participación en salud no es ayudar a los adolescentes y jóvenes a aceptar y asimilar los estándares cualitativos y valores cuantitativos de la salud desde la visión del mundo adulto, sino más bien contribuir al conocimiento, reconocimiento y respeto hacia las necesidades y problemas de salud de este grupo de la población, centrado en el autocuidado y etapa de ciclo vital que viven, desde su propia conceptualización y entendimiento.

Por tanto, la participación social en salud es una estrategia de habilitación de las personas para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios [25], generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones.

Tipos de participación.

Desde las diversas literaturas especializadas, la participación social se entiende como el proceso de asociación de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, configurando progresivamente un tejido social que

crea vínculos fuertes en el interior de las familias, las comunidades y entre asociaciones [26] [27]. Mientras que la participación ciudadana, se define como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública, en función de intereses sociales de carácter particular. En este caso, por ejemplo, entra la representación de los usuarios de los servicios de salud [26].

Según el modelo que proponen autoras como Esperanza González [28] o la OCDE [27], los niveles de participación se sitúan en una estructura cuya escala se va haciendo más compleja a medida que cada participante avanza y va adquiriendo experiencia, autonomía y capacidad de liderazgo.

En este sentido, algunos de los niveles en que se desenvuelven las acciones de los individuos y grupos en el proceso participativo son:

A. La información: Es el conjunto de datos, hechos, nociones y mensajes a través de los cuales los participantes conocen e interpretan una situación y adquieren elementos de juicio para su conducta. Suele ser una relación unidireccional en la cual el gobierno produce y entrega información para el uso ciudadano. Cubre tanto el acceso “pasivo” a la información cuando los ciudadanos lo solicitan, así como las medidas “activas” del gobierno para difundir información. Los ejemplos incluyen: acceso a registros públicos, boletines oficiales, sitios web gubernamentales, entre otros.

B. La consulta: es una relación bidireccional en la que los ciudadanos proporcionan información al gobierno. Se basa en la definición previa por parte del gobierno de la cuestión sobre la cual se buscan las opiniones de la ciudadanía y requiere la provisión de información. Los gobiernos definen los temas para la consulta, establecen las preguntas y administran el proceso, mientras que los ciudadanos están invitados a contribuir con sus opiniones y puntos de vista. Los ejemplos incluyen: encuestas de opinión pública, comentarios sobre proyectos de legislación, consultas ciudadanas, entre otros.

C. La participación activa: es una relación basada en la asociación con el gobierno, en la que los ciudadanos participan activamente en la definición del proceso y el contenido de la formulación de políticas. Reconoce la igualdad de posición para ciudadanos y ciudadanas en el establecimiento de la agenda, la propuesta de opciones de política y la configuración del diálogo sobre políticas, aunque la responsabilidad de la decisión o la formulación de la política recae finalmente en los organismos del Estado. Los ejemplos incluyen: conferencias de consenso, consejos consultivos, entre otros.

Por otra parte, las condiciones de participación se potencian debido al sustento que proveen las herramientas administrativas y jurídicas. Sin embargo, también es sumamente importante para el fortalecimiento de la participación, una condición individual indispensable, relacionada a que cada persona o grupo tenga la voluntad y el deseo de participar, sintiendo la seguridad de poder hacerlo en un ambiente de tolerancia y respeto.

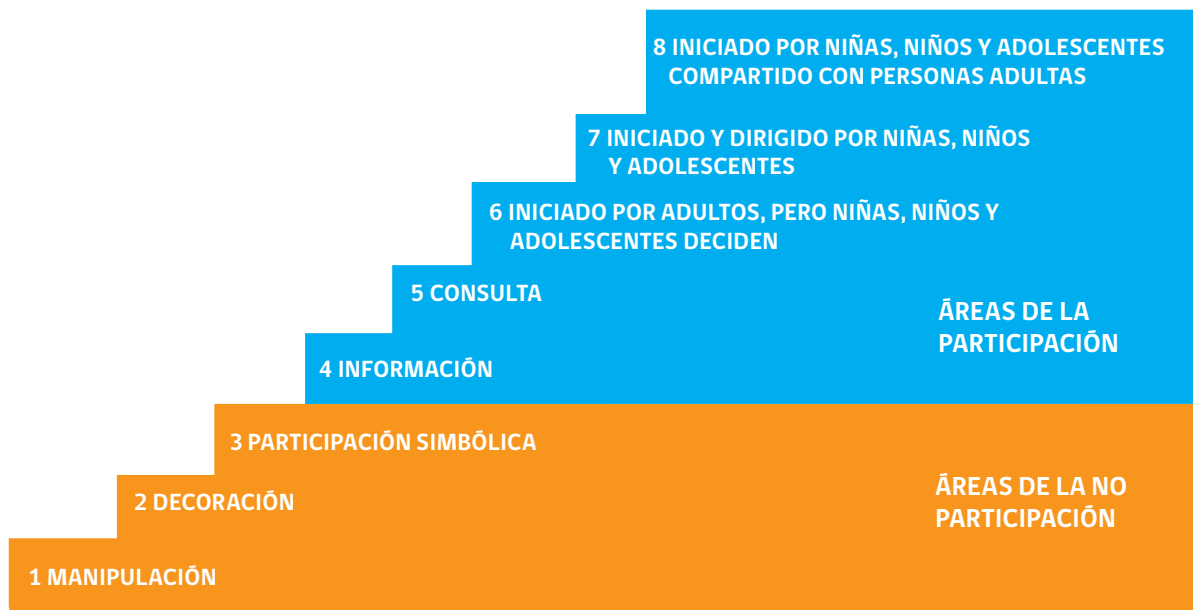
En este sentido, la motivación es una condición no sólo de la persona adulta, sino también de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que comparten las decisiones que afectan su vida y la de su comunidad. Esta motivación siempre es mayor, en la medida en que cada uno/a participe en el diseño de los objetivos de cada proyecto de participación.

Modelos adheridos por MINSAL.

Tal cual plantea **Rogert A. Hart**, la participación aumenta la capacidad y motivación para nuevos proyectos [29]. El hacer y practicar la participación, implica un proceso en el cual cada individuo y cada grupo delimitan sus roles y sus acciones. Frente a esto, Hart diseñó un modelo de participación infanto-adolescente que va en un grado escalar, desde la “no participación” hasta la “participación auténtica”.

Este modelo, que tiene su origen en diversas experiencias y procesos participativos vividos por niños, niñas y adolescentes en distintas partes del mundo, considera el grado y tipo de relaciones que ellos establecen con los adultos en un proceso participativo específico y cómo esto determina el nivel de participación de cada uno. Entre la “no participación” y “la participación auténtica”, existen ocho escalas o grados, de los cuales los primeros tres corresponden a una participación simbólica y los cinco siguientes a la participación real o genuina (ver figura 6).

Figura 6. Escalera de participación infanto-adolescente.

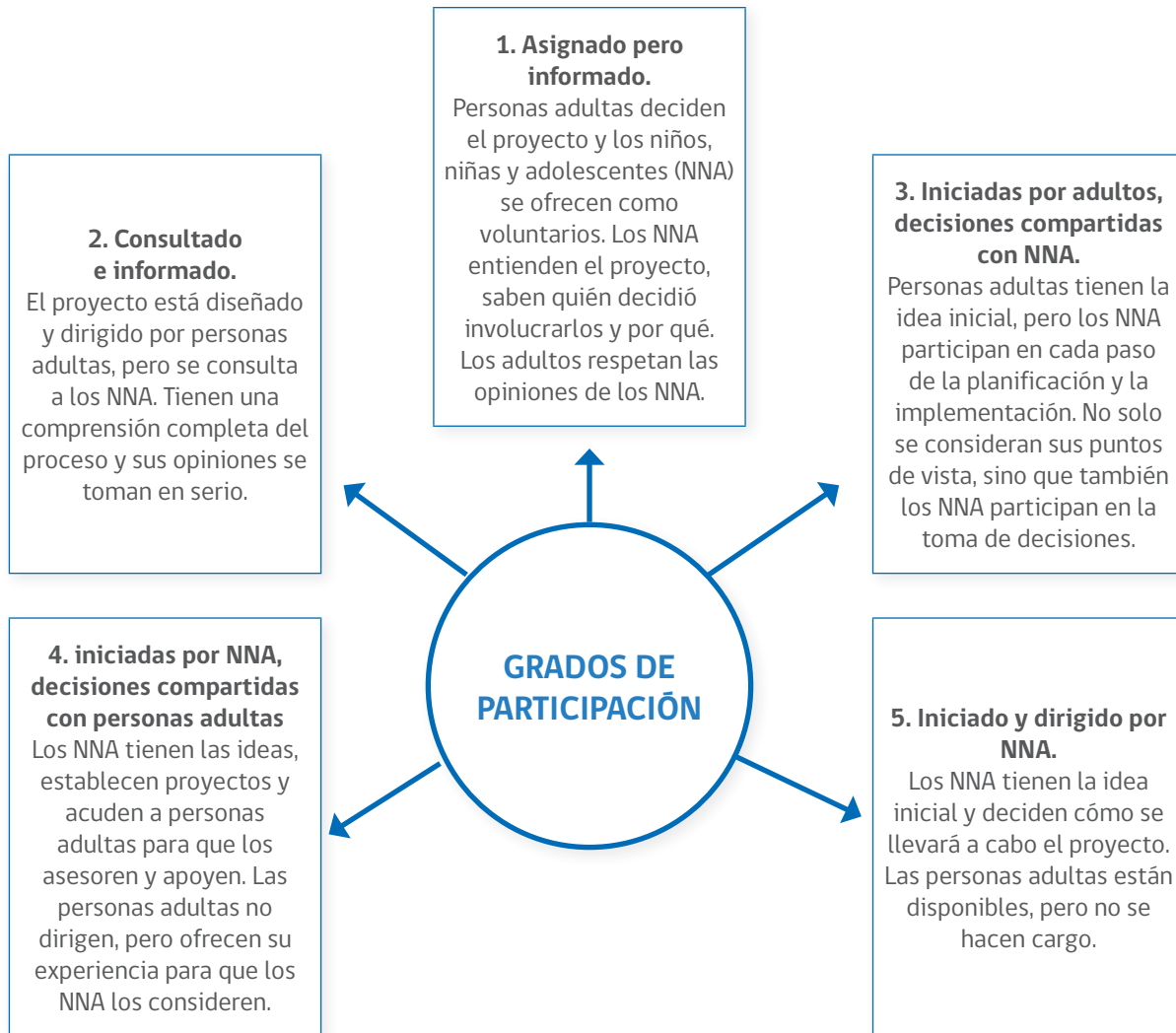


Fuente: Elaboración propia. Basado en Hart, 1993.

Respecto a lo anterior **Phil Treseder** [30], propone un modelo que reformula los cinco grados de participación efectiva de Hart. Por un lado se aleja y responde a algunas de las críticas más frecuentes de la metáfora de la escalera, con el objetivo de ilustrar que no hay una jerarquía progresiva ni una secuencia particular en la que la participación siempre debe desarrollarse (Figura 7). Y, por otro lado, argumenta que no debe haber ningún límite para la participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, pero que no podrán participar en proyectos dirigidos e iniciados únicamente desde este grupo de manera inmediata, sino que más bien deben ser empoderados y acompañados adecuadamente por adultos para poder participar plenamente.

En este sentido, Treseder plantea que los y las adolescentes y jóvenes necesitan tener acceso a quienes están en la toma de decisiones, a información relevante, que debe haber elecciones reales entre diferentes opciones, que debería haber apoyo de una persona confiable e independiente, y que tiene que haber un medio de apelación o queja si algo sale mal en los procesos o proyectos de participación.

Figura 7. Modelo de Participación de Phil Treseder.

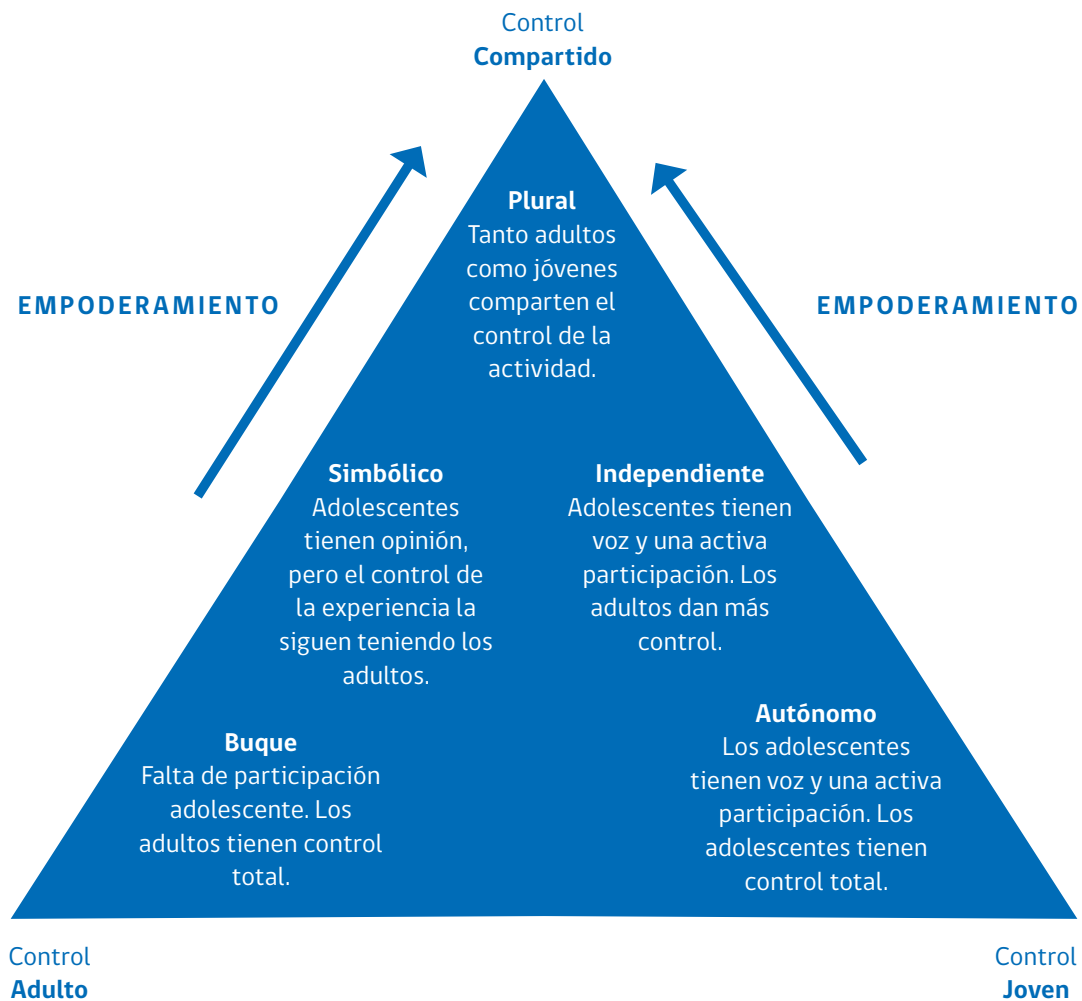


Fuente: Elaboración propia. Basado en Phil Treseder (1997).

Finalmente, una aproximación que nos ayuda a comprender los distintos niveles de participación, la aporta la tipología piramidal de participación y empoderamiento, desarrollada por los investigadores **Wong y Zimmerman** [31]. Este modelo, procura dejar de lado aquellas visiones que ven la participación iniciada y manejada por el grupo de adolescentes como la ideal, utilizando un esquema de pirámide que combina el control de adolescentes con el de los adultos, desde una visión compartida (ver figura 08).

En este contexto, ni la participación controlada exclusivamente por las personas adultas ni la participación controlada exclusivamente por el grupo de adolescentes y jóvenes, aseguran la calidad y los resultados en el proceso. De este modo, el enfoque de la pirámide TYPE concibe el control compartido de las iniciativas, como un elemento fundamental para promover el empoderamiento en ambos grupos, pues los y las adolescentes aportan elemento fundamental como las opiniones, intereses y puntos de vista desde sus experiencias, mientras que las personas adultas pueden aportar las competencias para capacitar, además del capital social suficiente para generar dinámicas organizacionales de mayor alcance y calidad [32].

Figura 08. Tipología piramidal de participación y empoderamiento.



Fuente: Elaboración propia. Basado en UNICEF, 2013. "Una nueva mirada de la participación adolescente".



“Desde pequeña siempre quise aportar a la sociedad de cierta manera, y el Consejo Consultivo me ha dado esa posibilidad, pudiendo llevar la opinión y las necesidades de los adolescentes y jóvenes de nuestras regiones a autoridades ministeriales, en base a la realidad de la salud pública de los diversos territorios de nuestro país. Así también, por la experiencia que he podido adquirir en esta importante labor, he fortalecido otras áreas de mi vida, como el liderazgo, el trabajo en equipo, la oratoria y más importante, el poder conocer nuevas personas y experiencias. Agradezco enormemente la posibilidad que se me dio de representar a nuestro grupo y espero seguir aportando con mi granito de arena todos los días”.

Paulina Vega Palma (21 años).

Representante Nacional.

Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud.

1.4. ENFOQUES INTEGRADORES DE LA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes considera, en el desarrollo de sus líneas estratégicas, una serie de enfoques integradores que orientan la manera de enfrentar la aproximación diagnóstica a los diversos problemas de salud y la forma de construir en conjunto con él o la adolescente y/o su familia y comunidad, la búsqueda de soluciones.

En esta sección, se incluyen algunos aspectos de estos enfoques específicamente relacionados al componente de participación, por lo cual no se abordarán en detalle aspectos conceptuales, ya que estos han sido tratados ampliamente otros documentos del Programa [2].

Estos enfoques no son excluyentes, sino más bien transversales e integradores entre sí, debiendo tenerse presentes de manera permanente como herramienta de ayuda y al mismo tiempo, condición fundamental para el quehacer de las políticas de salud pública para adolescentes y jóvenes, con la finalidad de que éstas sean cultural y territorialmente adecuadas y pertinentes, de acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales [6].

1.4.1 Enfoque de Determinantes Sociales.

Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en parte por las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales en que estas viven y trabajan, postulando que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida de las personas. Las condiciones que generan estas inequidades en la salud de la población han sido conceptualizadas bajo el nombre de Determinantes Sociales de la Salud [33].

Dentro de estas condiciones, se encuentran por ejemplo el pertenecer a pueblos originarios, la cultura, el género, el nivel de ingreso, la escolaridad y otras condiciones estructurales como el contexto socioeconómico y político, la extrema ruralidad, condiciones ambientales, dispersión

geográfica y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a factores de riesgo que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas. En conjunto, estas condiciones de vida constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de cada uno de ellos [33].

En relación, por ejemplo, a los factores estructurales que impactan en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, se ha destacado que el acceso a educación sexual, la confidencialidad de los servicios y la posición del adolescente/joven para acceder a los mismos (por ej.: nivel socio-económico, etnia, religión, etc.) son trascendentales. Un ejemplo de aquello es que los jóvenes de escasos recursos socioeconómicos y que, además, son migrantes o pertenecen a familias en situación de migración, son menos propensos a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva [34] [35] [36].

De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial, orientando las acciones de manera mucho más eficiente y culturalmente pertinente hacia el grupo de adolescentes bajo condiciones de mayor vulnerabilidad, promoviendo su participación en el aprendizaje acerca de su estado de bienestar, en los múltiples contextos donde se encuentran insertos, incluyendo establecimientos educativos, la comunidad, los servicios de salud, los hogares y familias.

Por lo tanto, para abordar los determinantes sociales del embarazo adolescente, por ejemplo, es necesario asegurar accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, con prestaciones basadas en evidencia [37], pero también a través de metodologías de participación acción basadas en el diálogo de saberes, en donde todos los actores sociales dialoguen de manera horizontal respecto a la identificación de problemáticas y formulación de soluciones, favoreciendo de esta forma, la co-construcción de estrategias y propuestas, promoviendo un rol de alianza entre los equipos de salud y el grupo de adolescentes y jóvenes.

1.4.2. Enfoque de Género.

La OPS [38] ha dado cuenta de que es necesario indagar sobre los procesos y razones por las que mujeres y hombres se ven afectados de manera diferencial por distintos procesos de salud-enfermedad. De este modo, el género se constituye como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres [39], determinando desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud [40].

La incorporación de este enfoque en la salud, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su curso de vida. Para lograrlo, se deben considerar sus necesidades particulares, diferenciando sus perfiles epidemiológico para el diseño de políticas sanitarias, pero además, sus diferencias o roles de género aprendidos culturalmente desde la primera infancia, los cuales son transmitidos por sus cuidadores significativos y el entorno social, a través de pares, amigos y/o compañeros. Estos roles suelen consolidarse durante el periodo de la adolescencia, etapa en la cual termina de construirse y definirse la identidad de cada individuo. Es por esto que se torna fundamental iniciar y potenciar trabajos de prevención y promoción de la salud durante este periodo del curso de vida, a través de enfoques de participación y empoderamiento de los adolescentes en torno a su estado de salud, pues es ahí donde se pueden desaprender conductas perjudiciales y aprender nuevos modos o conductas favorables a la salud física y mental de los adolescentes.

1.4.3 Enfoque de Curso de Vida.

Como se planteó al principio de este apartado, los determinantes de salud interactúan a lo largo del curso de vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores y experiencias acumulativas de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural [2]. Es así, como intervenciones para mejorar y promover los estilos de vida saludables durante la etapa de adolescencia, permitiría disminuir algunas comorbilidades en el futuro para un importante segmento de la población adulta.

En este contexto, el enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los determinantes sociales a través de la vida, siendo clave el inicio temprano de la promoción de la salud, asegurando beneficios en etapas avanzadas de la vida [41]. Por ejemplo, un modo de vida saludable reflejado en conductas como la planificación del embarazo, la lactancia materna, la prevención el consumo de tabaco y adquisición de un hábito de alimentación sana, son factores protectores claves para obtener resultados favorables de salud en la población [41] [42].

Este enfoque parte de la premisa que diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, influyen en la salud y la enfermedad en la etapa adulta [43], intentando integrar los procesos de riesgo biológico y social, en vez de plantear dicotomías entre ellos. De esta forma, es un enfoque complementario a otros como el de género o la interculturalidad [33].

1.4.4 Enfoque Intercultural.

Un factor importante relacionado con los determinantes sociales es la interculturalidad [33], permitiendo dar cuenta de una interrelación equitativa y respetuosa de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género. Su relación con salud, releva el reconocimiento y respeto de la singularidad y diversidad que cada cultura tiene a lo largo de sus ciclos de vida, construyendo un ambiente donde estas diferencias cohabiten y aporten a la mejor salud de la población.

En cuanto a la articulación de la interculturalidad con el concepto de salud-enfermedad, tal como se ha ido estableciendo en los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile [44], integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo de los distintos usuarios y sus realidades culturales. En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de la atención de salud, se desarrollan en contextos culturales diferenciados que se encuentran en constante interacción. Por tanto, el diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación al sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para la prevención, promoción y acceso a una atención oportuna y pertinente.

1.4.5. Enfoque de derecho y participación social.

El enfoque de derechos, se constituye como un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de derechos humanos y, desde el punto de vista operacional, está orientado a la promoción y la protección de estos derechos [45]. Postula, entre otras cosas, el reconocimiento pleno de la titularidad de los

derechos de las y los adolescentes y su capacidad progresiva para ejercerlos, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que le atañen directamente, concibiéndolo como sujeto activo, participativo, creativo y con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda de soluciones para sus necesidades. Por lo tanto, los servicios de salud, deben considerar el derecho a la salud y a la participación como fundamental, debiendo garantizar que adolescentes y jóvenes ejerzan estos derechos al mejor nivel posible de salud [5].

En este contexto, el grupo de adolescentes debe estar informado de sus derechos y sus deberes en salud, debiendo además, conocer y promover la participación progresiva en el funcionamiento de los servicios, su monitoreo y evaluación, asegurando que la oferta de servicios responda efectivamente a las necesidades reales de este grupo, y no solamente a lo que los adultos del sistema de salud estimen como necesidad [8].

Por tanto, la forma de enfrentar el trabajo participativo tiene como fundamento un **enfoque de derechos**, lo cual significa reconocer en la comunidad y los diversos actores sociales, sujetos de derechos, que pueden y deben hacer uso de ellos.

CAPÍTULO II.

RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CONSEJOS CONSULTIVOS EN SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA.



“Formar parte del Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes, ha sido una experiencia de crecimiento y superación personal. Como mujer y como joven, muchas veces nos silencian o nuestra opinión no es considerada. Pero en el Consejo Consultivo nuestra voz importa y siento que puedo hacer un gran cambio representando a mujeres y niñas de mi región”.

PAMELA REYES FRÍAS (21 años).

Representante Región de los Ríos.

Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes.

El año 2008, en base a recomendaciones técnicas propuestas por agencias internacionales tales como la OPS, la OMS y UNFPA [46] [47], el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, desarrolló un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de este grupo etario, iniciándose la estrategia de Espacios Amigables para adolescentes, como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (Res. Ex. N° 597 del 28 de agosto del 2008), instalándose desde el año 2008 hasta el año 2020, un total de 348 Espacios Amigables a lo largo del país [3].

Estos dispositivos tienen como fin principal, abordar las dificultades de acceso de la población adolescente, otorgando una atención más adecuada, pertinente y de calidad para este grupo, basado en la evidencia existente que da cuenta de que la población adolescente, en su mayoría, tiene baja utilización de los dispositivos tradicionales de atención de salud [34] [8]. Frente a esto, el modelo de Servicios de Salud Amigables, ha probado disminuir las barreras de acceso y mejorar la adherencia a los programas y prestaciones de salud, especialmente en adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial [34] [48].

Por su parte, la OMS el año 2016 [8] ha incluido el componente de participación como una norma o estándar de calidad de los Servicios de Salud Amigables, con el propósito de conseguir la participación de adolescentes en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud, solicitando regularmente la opinión que tienen los y las adolescentes de sus servicios e incluyéndolos en la estructura de gobernanza de los establecimientos, participando en los procesos de la atención que reciben [8]. De esta forma, los establecimientos tienen el deber de respaldar y fomentar la participación de adolescentes en todas las facetas de la atención, mediante la elaboración y la aplicación de políticas y procedimientos oficiales y sistemáticos.

2.1. ESPACIOS AMIGABLES Y SU ROL EN LA PARTICIPACIÓN LOCAL DE ADOLESCENTES EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA.

En materia de participación adolescente desde la Atención Primaria de Salud, el Consejo Consultivo de Adolescentes logra instalar la necesidad de que los Espacios Amigables (EA) sean espacios de participación local, para que desde su pertinencia, integren y complementen el trabajo desarrollado desde los Consejos Consultivos Regionales. El objetivo, es contar con la opinión y presencia directa de los y las usuarias de los Espacios Amigables en este mecanismo de participación, y de esa forma asesorar a las autoridades con información más sólida.

En esta dirección, se incorporó para el año 2018, en el **Programa de Reforzamiento de Atención Primaria en Espacios Amigables**, el indicador *"% de comunas con Espacio Amigable que cuentan con Consejo Consultivo de Adolescentes"*, cuya meta era del 50%. Mientras que durante el año 2019, se solicita incorporar en registros estadístico (REM 19b, sección B: Actividades por Estrategia/Líneas de Acción/Instancia de Participación Social) las actividades realizadas por los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, a fin de contar con un registro confiable sobre las actividades realizadas.

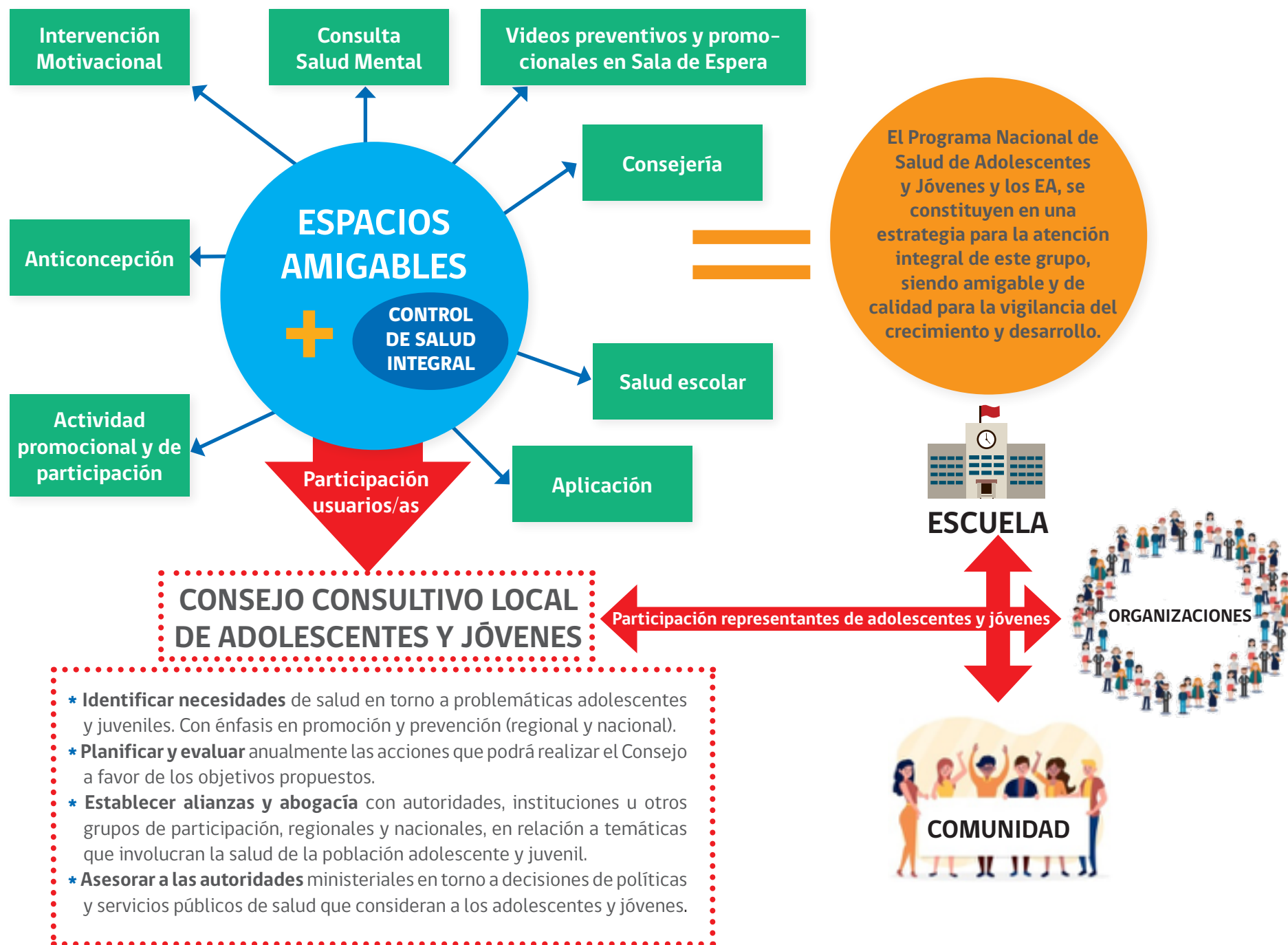
Además, durante el año 2019 se incorpora en dicho Programa de Reforzamiento, el indicador *"% de actividades realizadas por los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, según tipo y número de participantes"*. Mientras que para el 2020, se incorpora en el Programa de Espacios Amigables el indicador *"Porcentaje de actividades comunitarias realizadas con Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes u otras instancias de participación juvenil"*.

De esta forma el modelo de Espacios Amigables, junto con ofrecer una serie de prestaciones en salud para adolescentes, avanza hacia la consolidación de una instancia de participación institucionalizada desde el nivel local, lo que contribuye a canalizar adecuadamente la participación de una gran cantidad de adolescentes que son beneficiarios directos e indirectos de la acción de este dispositivo de salud (figura 09). Por ejemplo a través de:

- * **Desarrollar conversatorios, encuentros o talleres** para levantar la opinión de adolescentes sobre el estado de su salud y de los servicios de salud que utilizan. En estos espacios se puede difundir la labor del Consejo en tanto espacios de opinión y escucha para adolescentes e invitarlos a participar. El contenido de estos espacios de diálogo puede ayudar a orientar el plan de trabajo del consejo consultivo local, pero además, orientar de mejor forma el modo de trabajo de los profesionales de la salud, a través de diagnósticos participativos de brechas y necesidades de los adolescentes a los cuales atienden.
- * **Incentivar el liderazgo de adolescentes** a través de su empoderamiento como actores claves, su formación como monitores de salud y/o la invitación a participar y ser escuchados por los tomadores de decisión en materia de salud.
- * El Espacio Amigable debe abogar en la **incorporación de adolescentes en los consejos o comités de usuarios/as** (generalmente integrado por personas adultas), para que sean escuchados en sus necesidades e intereses, de esta forma se alentará la participación de los y las adolescentes y abrirán espacios de escucha y respeto.
- * **La formación de un Consejo Consultivo de Adolescentes a nivel local:** convocando a adolescentes que se atienden en Espacios Amigables, las escuelas participantes

u otros grupos formales o informarles que se encuentren desarrollando instancias de participación adolescente. Lo anterior, permitirá conocer su opinión sobre sus necesidades en salud e involucrarlos en acciones de promoción y abogacía en su escuela, localidad y comuna.

Figura 09. Ejemplo de estrategia de participación en Espacios Amigables.



Fuente: Elaboración propia

Complementario a lo anterior, se cuenta con el **Programa de Apoyo a las Buenas Prácticas en Participación Ciudadana en Atención Primaria**, aprobado bajo Res. Exenta N°27 del 14 de enero 2020, el cual tiene como objetivo el desarrollo de estrategias innovadoras que mejoren el proceso de salud de las personas y sus comunidades, fortaleciendo la inclusión y participación social, en donde una de sus líneas de intervención es precisamente la adolescencia.

La implementación de esta estrategia busca generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, la generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local, donde la atención primaria es un pilar fundamental para lograr el impacto deseado, siempre teniendo como eje el Modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario, a través de un fondo de apoyo en APS, que potencie el trabajo de los equipos.

La posibilidad de fortalecer a través de este Programa las instancias de participación ciudadana (entre éstas los Consejos Consultivos), abren una oportunidad para que adolescentes y jóvenes asuman un rol trascendente para asegurar su bienestar, bajo la premisa de la promoción, prevención y participación social desde los espacios locales.

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA UNA MEJOR ALIANZA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES EN ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN.

Para establecer una relación de alianza entre adolescentes y profesionales de la salud, orientada al trabajo en conjunto, se necesita una organización estratégica en las actividades en salud, donde se puedan identificar claramente los espacios de enseñanza, participación, intercambio de ideas y toma de decisiones. Sin embargo, la organización no sirve de nada si no existen profesionales de la salud capaces de desarrollar una relación de alianza con adolescentes, involucrando intercambio de ideas y toma de decisiones, rompiendo con las barreras socioculturales históricas asociadas al adultocentrismo.

Al respecto, una de las principales preguntas que se debe hacer cualquier profesional antes de trabajar con adolescentes, debería ser: ¿Me gusta y motiva realmente trabajar con adolescentes?. Si la respuesta es positiva, permitiría que él o la profesional de salud pueda:

- * Estimular y reforzar las fortalezas de cada adolescente.
- * No proyectar los sentimientos de su etapa de adolescencia.
- * No asumir un "rol parental sustituto".
- * Reconocer las incomodidades.
- * No actuar como "abogado/a" de cada adolescentes.

La atención a adolescentes y jóvenes involucra trabajo tanto individual como grupal, involucrando a actores sociales vitales a esta edad, tales como la familia, profesores, pares, entre otros. El profesional de salud requiere, por lo tanto, saber trabajar en equipo. Y en este contexto, los equipos de salud encargados de dar atención a adolescentes y jóvenes, deben contar entre sus características más relevantes, con una vocación o carisma especial, generando de esta forma un compromiso de mediano y largo plazo con la comunidad donde se desempeña, acompañado además, de un proceso continuo de capacitación.

Esto último, es un elemento crucial al momento de evitar altas rotaciones de los equipos profesionales y técnicos en los centros de salud, o que, en el caso de no ser evitables estas rotaciones, se pueda

garantizar capacitación y trasposos técnicos que den continuidad en la calidad de las actividades desarrolladas.

Es por ello, que a continuación se identificarán un conjunto de características que se consideran necesarias en los profesionales de la salud, para desarrollar un buen trabajo en conjunto con adolescentes y que permita hacer plausible su participación en la práctica, a través de talleres u otro tipo de actividades de promoción y/o prevención. Tales características deben estar regidas bajo el supuesto central de que el comportamiento de profesionales de la salud con los adolescentes debe ir en sincronía con sus derechos.

Valores necesarios para el fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes en políticas públicas y programas de salud.

Los valores trascienden las acciones y situaciones específicas, ya que se tratan de metas abstractas que actúan como principios orientadores para las personas. La importancia de los valores, reside en que son condiciones básicas para generar una relación interpersonal que, en este caso, está orientada a la relación intergeneracional entre profesionales de la salud y adolescentes.

En este contexto, algunos valores fundamentales que deben ser pilares para profesionales de la salud que trabajan directamente con adolescentes y jóvenes, tanto en la atención clínica, como en la implementación de estrategias de participación, son:

- * **Valentía.** La valentía en este contexto, significa perder el miedo a involucrarse en el mundo de adolescentes y esto no sólo significa perder el miedo a acercarse a hablar con ellos, sino que también implica tener la capacidad de adentrarse en su mundo, entender sus maneras de pensar y sus lógicas de comportamiento. Hacer el esfuerzo por conocer al otro, dejando de lado cualquier prejuicio o temor inicial al cambio, a la novedad, al cuestionamiento de ciertas costumbres o conductas aprendidas que tienen sentido en determinados lugares, pero que pierden sentido al momento de relacionarse con adolescentes de distintos territorios.
- * **Honestidad.** Ser honesto y decir la verdad es imperativo para crear y mantener la confianza en todo tipo de relación. Es cierto que una verdad puede tener efectos negativos, pero es preferible decirla y enfrentarla antes que perder la confianza del o la adolescente. Al mismo tiempo, la falta de honestidad puede hacer perder la confianza en el profesional de salud, lo que dificulta aún más la construcción de una relación intergeneracional de mutuo beneficio.
- * **Perseverancia.** Trabajar con adolescentes, implica que en diversas ocasiones lo planificado no resultará como se esperaba, en este sentido, será muy importante analizar la experiencia y obtener algún aprendizaje, ya que así facilitará que la próxima vez no suceda lo mismo. Por lo que cada profesional debe tener una alta tolerancia a la frustración, no desanimándose rápidamente si las confianzas en la atención de salud o en los procesos de participación no se dan adecuadamente desde las primeras instancias. Muchas veces se piensa que para que una experiencia sea exitosa, debe haber una gran cantidad de participantes, sin embargo, hay que recordar que todo proceso requiere un tiempo de fortalecimiento, y no necesariamente la cantidad de participantes iniciales permite evaluar el impacto de esa actividad. Por lo tanto

es necesario insistir en la generación del vínculo con adolescentes, incursionando con nuevas estrategias y metodologías, pero siempre conforme a los principios que promueve la alianza adulto-adolescente y el ejercicio de sus derechos.

- * **Respeto.** Las personas adultas deben mostrar respeto por el o la adolescente en todo sentido. Un primer aspecto es el respeto hacia sus derechos, para lo cual se recomienda seguir las disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño y la Niña. Un segundo aspecto es el respeto por la cultura adolescente, lo que muchas veces se puede expresar a través de su credo religioso, vestimenta, modo de expresarse y de relacionarse. En tercer lugar, se debe respetar las diferencias en cuanto a habilidades y capacidades. El o la profesional de la salud no necesita estar de acuerdo con todo, sino más bien respetar la opinión del o la adolescente y, si no está de acuerdo, plantearlo en un diálogo e intercambio de opiniones amable y no paternalista, propiciando una relación horizontal y cercana.
- * **Responsabilidad.** Alude específicamente a la importancia de cumplir con tareas, promesas y tiempos que han sido convenidos con anterioridad entre los y las profesionales de la salud y adolescentes. El incumplimiento de tales compromisos puede hacer que el profesional pierda credibilidad y, sobre todo, confianza con él o la adolescente.
- * **Solidaridad.** Es importante que cada persona adulta sea capaz de solidarizar con la causa del grupo de adolescentes, esto no significa creer u opinar lo mismo que ellos, sino que valorar lo que están haciendo, pero desde una perspectiva crítica y de acompañamiento no paternalista.
- * **Flexibilidad.** Es necesario prestar atención a un mundo adolescente en constante cambio, donde todo puede ser nuevo o diferente cada día. Cada profesional debe tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a los cambios de opinión, estado de ánimo, disposición, concentración, formas de expresión, entre otros, no pretendiendo que sean ellos los que se adapten al mundo que el adulto representa.

Actitudes relacionadas al fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes en salud.

Una actitud, constituye un modo de situarse a favor o en contra de determinados asuntos, condicionando en gran medida, la conducta de las personas involucradas. Su conocimiento permitiría anticiparse a la reacción de un profesional de la salud ante una posible situación relacionada con adolescentes, ayudándonos a conocer, a priori, si cuenta con las cualidades para tratar con adolescentes.

Algunas actitudes deseables que indican el grado de predisposición de los profesionales de la salud hacia el establecimiento de una relación intergeneracional con adolescentes, son:

- * **Aceptación y respeto hacia matrices culturales diferentes y de diversidades sexuales.** Para los y las profesionales que trabajan con adolescentes, es necesario entender que ellos cuentan con una matriz cultural propia y única, que varía o depende de cada territorio o adscripción cultural. Por lo tanto, es necesario que cuenten con una disposición hacia el conocimiento y entendimiento de nuevas formas de ver el mundo, que pueden alejarse de las concepciones tradicionales. La actitud, por lo tanto, debe

ser positiva hacia el acercamiento y conocimiento de las diferentes perspectivas que tiene el grupo de adolescentes de ver el mundo y que generalmente corresponden a una identidad que está en permanente transformación.

- * **Apoyo a adolescentes.** Con frecuencia, los y las adolescentes se ven disminuidos en su autoestima por la forma en que son juzgados y menospreciados por diversas instancias y/o grupos de la sociedad. Es por ello, que necesitan sentir continuamente que las personas adultas aliados confían en sus capacidades y que los alientan para que puedan ser agentes transformadores de su realidad y entorno.
- * **Disponibilidad corporal y anímica.** Para tener éxito en el establecimiento de una relación con los adolescentes, los profesionales de la salud deben estar dispuestos a involucrarse corporal y anímicamente en sus actividades. Esto no sólo significa trabajar con ellos y ellas según lo predispuesto, sino que también involucra darse el tiempo de compartir intereses y actividades fuera del espacio de atención, siempre respetando los límites claros de aquella relación intergeneracional.

Habilidades necesarias en los equipos de salud para el fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes.

Para lograr una alianza entre adolescentes y profesionales de la salud, es importante hacer referencia a las denominadas habilidades. Estas aluden a una capacidad innata o aprendida para generar interacciones con otros en un contexto dado. Las habilidades pueden incluir comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos. Habilidades que se levantan como requisitos mínimos para desarrollar un buen trabajo en la atención de salud y las estrategias de participación, promoción y prevención propias de la APS.

Algunas de estas habilidades deseadas son:

- * **Capacidad en la creación de vínculo.** Es importante que los y las adolescentes confíen en los profesionales de la salud y que estos confíen en el grupo de adolescentes, promoviendo una relación de confianza mutua. Para lograr este objetivo, cada profesional debe tener la habilidad de generar un vínculo de confianza a partir de la creación de espacios de participación en que pueda relacionarse con el/la adolescente más allá de la formalidad de la actividad, demostrar interés genuino por conocerlo/a como persona en sus intereses y necesidades, conocer sus gustos e invitarlo a proponer ideas para solucionar problemas de manera conjunta.
- * **Hacer sentir a cada adolescente parte de la iniciativa.** Para que el trabajo entre profesionales de la salud y adolescentes sea fructífero, es muy importante hacer saber al adolescente que es parte activa y primordial de la iniciativa de participación. Para ello, es muy importante que cada profesional sea capaz de motivar y apoyar el accionar de los y las adolescente, valorar sus ideas y aportes, respetar sus ritmos y ponerlos a cargo de las acciones.
- * **Manejo de lenguaje verbal y no verbal.** Esta habilidad apunta a una comprensión integral del proceso comunicativo y no sólo considera lo que es dicho, sino que también todo aquello que acompaña a la expresión verbal. Por un lado, el lenguaje común

permite un entendimiento de lo que se comparte y, por lo tanto, permite una mayor integración en el proceso. Por otro lado, es conocida la importancia de la gestualidad facial, la postura corporal, la posición y distancia de una persona respecto de otra, por lo tanto, será importante que los y las profesionales sean capaces de interpretar sus significados para mejorar la comunicación y, junto a ello, la alianza y participación.

- * **Reconocer en cada adolescente singularidad y diferencia.** Un/a profesional que trata a todos los y las adolescentes como si fueran iguales, no va a tener éxito siempre, por lo que es necesario que cada persona adulta sea capaz de identificar diferencias asociadas a la personalidad e identidad de cada adolescente, desde un enfoque de pertinencia territorial y cultural.
- * **Saber escuchar.** Además de lo importante de saber comunicar, es saber escuchar. Es común que cada profesional le hable al adolescente para enseñarle, darle información o simplemente para darle una orden. Esto obstaculiza la superación de la barrera verticalista profesional-paciente, no estando los y las adolescentes acostumbrados a que una persona adulta los escuche o tenga interés en detenerse y escuchar sobre sus asuntos, independientemente de los temas y el tiempo que esto le pueda significar.
- * **Capacidad de aplicar una visión positiva de salud:** es importante desarrollar el acercamiento desde la visión de activos de salud y de las potencialidades de cada individuo y comunidad. En el acercamiento a los y las adolescentes y jóvenes, debe predominar la relevancia de los factores protectores de salud y entenderlos desde la integralidad de la relación, no solo desde “la atención”, sino en un trabajo colaborativo y compartido, con visión de futuro.
- * **Capacidad para el trabajo sectorial e intersectorial:** es importante reconocer la integralidad del trabajo con adolescentes y jóvenes, además de la diversidad de necesidades, potenciando las redes territoriales y temáticas de apoyo en los ámbitos de su intereses y necesidades.

2.3. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.

Es importante explicitar que esta sección contiene elementos de aprendizajes que durante estos últimos años se han recopilado y sistematizado desde la estrategia de participación del Programa, además de incorporar algunos comentarios y recomendaciones que los mismos adolescentes y jóvenes quisieron proponer profesionales de la salud para el trabajo con sus pares.

De esta forma, la estrategia de participación de los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, proponen incorporar el método cualitativo como un complemento al quehacer cuantitativo, con técnicas que fomentan que los y las adolescentes y jóvenes se apropien de su realidad y contribuyan con sus experiencias a la solución de sus problemas, en vez de recibir pasivamente la información entregada por profesionales de salud o técnicos de las instituciones correspondientes que, en ocasiones, pueden desconocer o no entender la realidad local, cultural y territorial. Esto fomenta, además, que adolescentes y jóvenes compartan información, aprendan y trabajen colaborativamente para resolver problemas comunes [49].



“La confianza es fundamental, y es necesario generar un espacio de confianza donde como adolescentes y jóvenes nos podamos sentir cómodos a la hora de hablar de cualquier temática, con libertad y sin miedo a expresar nuestras opiniones o dudas.

Como adolescentes y jóvenes, somos expertos en nuestras problemáticas, porque nosotros somos quienes vivimos día a día con eso, y que podamos expresarnos y ayudar a mejorar políticas públicas que nos van a beneficiar directamente, es algo que debemos aprovechar”.

FABIAN FERMIN (18 años).

Representante Nacional.

Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud.

2.3.1. Estándares mínimos para garantizar la participación.

Se hace necesario resguardar una serie de estándares mínimos que se deben considerar en la aplicación de las estrategias de participación, para que sea garantizada efectivamente como un derecho. En este sentido, se pueden plantear al menos los siguientes aspectos:

- a) La calidad de los Consejos Consultivos no sólo responde al derecho del grupo de adolescentes y jóvenes a expresar su opinión, sino que los procesos que se realizan, incorporan también el derecho a que dicha opinión sea tomada en cuenta. Para esto, se trasparenta con claridad los objetivos y alcance de las convocatorias, de manera que los y las participantes **sepan de antemano para qué se requiere su opinión y cuán vinculante será** en relación a las materias consultadas.
- b) La utilización de **metodologías amigables con el amplio abanico de edades** que componen los Consejos Consultivos (10 a 24 años), además de las características propias de la diversidad de este grupo, tanto en términos territoriales, género, pertenencia a pueblos originarios e incluso migratorios.
- c) Se cautela la diversidad de procedencias de consejeros y consejeras que participan, en términos de **igualdad de género, pertenencia a pueblos originarios, nivel socioeconómico y lugares de residencia**, estableciendo explícitamente la prohibición de discriminar a algún grupo particular.
- d) En el caso de Consejos Regionales y Nacionales, se resguarda que efectivamente exista una **vinculación de cada representante con sus grupos de origen**, es decir que hayan sido efectivamente elegidos por sus pares al interior de cada Consejo Regional o comunal, de manera que las opiniones y planteamientos representen una voz colectiva de cada territorio representado y no sólo una expresión individual.
- e) Se garantiza, por parte del Programa Nacional, la **efectiva participación del grupo de consejeros en la construcción de las agendas y materias de consulta**, además

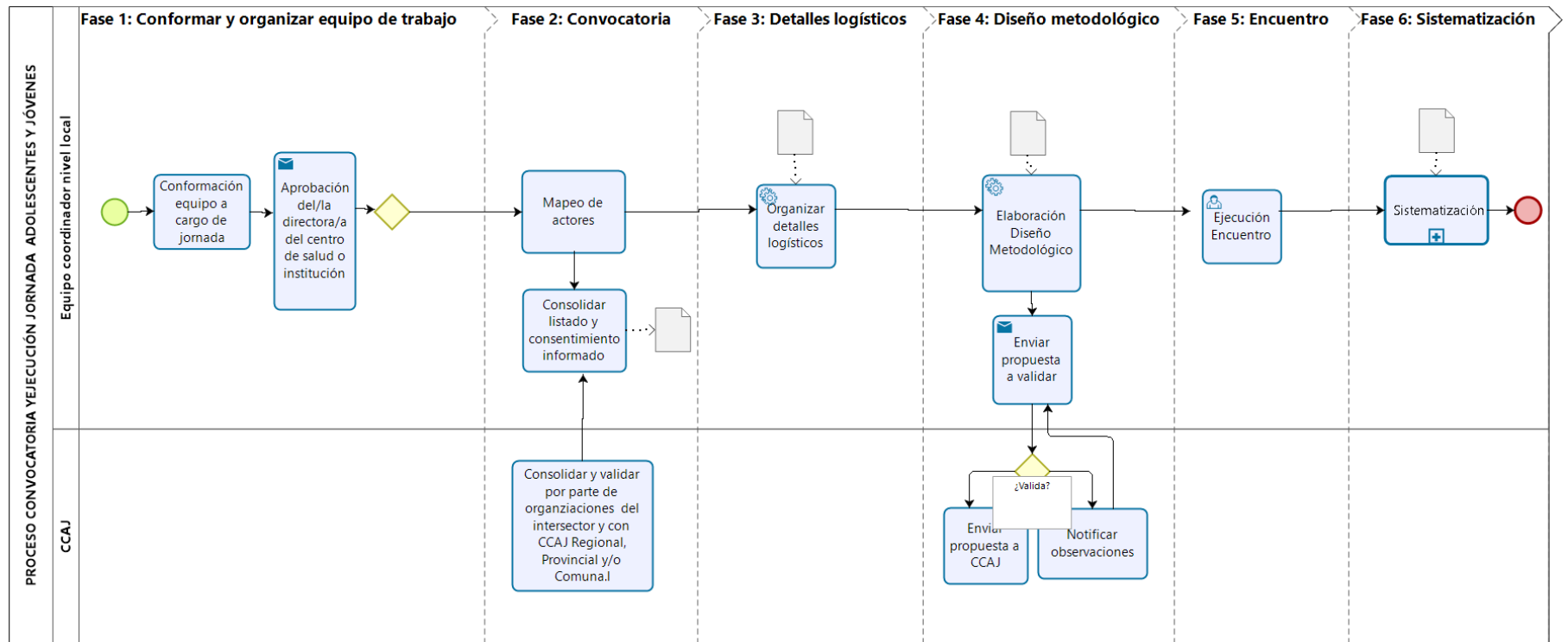
de su participación activa y directa en la elaboración de los reglamentos y normativa que regulan al CCAJ, resguardado su autonomía, capacidad de autoorganización y de autoconvocarse de manera extraordinaria, frente a materias que sean de su interés.

- f) Existe el compromiso de **publicación y transparencia de los resultados de cada proceso**, de manera que el grupo de participantes puedan verificar si se recogieron sus planteamientos, a la vez que reconozcan la variedad de opiniones vertidas. Para esto, el Ministerio de Salud garantiza el acceso a esta información en forma adecuada, a través de la publicación anual de cada documento de sistematización del Consejo Consultivo Nacional en su página web.
- g) Compromiso de **devolución de acuerdos asumidos** por la autoridad que convoca, a partir del análisis de las opiniones recogidas.
- h) Todas las imágenes y registros durante el desarrollo de cada encuentro, se realizan con el exclusivo **consentimiento y aprobación de los integrantes del Consejo**, previa firma de un Consentimiento Informado, firmado por los titulares, en caso de ser mayores de edad, y por los padres o tutores legales, en el caso de los menores de edad.

2.3.2. Etapas de formación de un Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes en los Servicios de Salud Amigables.

A continuación, se recomiendan una serie de pasos para conformar un Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, independiente del alcance territorial que este posea. Estas etapas orientan el proceso de conformación y posterior fortalecimiento de un Consejo Consultivo a nivel local, especialmente pensado en los espacios propios de la Atención Primaria, tales como Espacios Amigables, CESFAM, Consultorios y Servicios, independiente de que estas orientaciones también sean posibles de aplicar en el proceso de conformación de esta estrategia en el Nivel Hospitalario.

Figura N° 10. Flujograma Espacios de Participación.



2.3.2.1. FASE I: Conformar y organizar equipo de trabajo.

Según estatutos, es el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud el que ejerce la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional, mientras que a nivel regional es el/la referente de programa en la respectiva SEREMI de salud quien ejerce esta labor.

Al realizar la bajada a nivel local, al momento de convocar y conformar un Consejo Consultivo en los Espacios Amigables o Servicios de Salud Amigables e Integrales, es el equipo bio-psicosocial de profesionales a cargo, quienes ejercerán la coordinación del Consejo Consultivo local.

Es muy importante contar con la venia por escrito del/la directora/a del centro de salud o institución, con la intención de otorgar realce y potestad a la iniciativa para su fortalecimiento.

Es labor de este equipo, desarrollar el proceso de mapeo de actores, convocatoria a aquellos afines a los objetivos y propósitos del CCAJ, conformación, ejecución y sistematización, pudiendo sumar en esta labores a otros actores atingentes en el territorio (INJUV, Municipios, establecimientos educacionales, ONGs, etc.) a través de convenios de colaboración respectivos, que permitan cumplir con los objetivos asociados a la estrategia de participación según Res. Exe. N° 01 del año 2020 (ver anexo N° 01), así como en la planificación de actividades de promoción orientadas a instalar estilos de vida saludables y fortalecimiento del autocuidado en adolescentes y en la evaluación y promoción del desarrollo biopsicosocial, asegurando la continuidad de la atención y mejorando aspectos asociados a su pertinencia cultural y territorial (según objetivos específicos 1, 2, 3 y 4 de la Res. Exe. N° 22 del 14 enero 2020 que aprueba Programa de Espacios Amigables).

2.3.2.2 FASE II: Convocar una asamblea, diálogo ciudadano, jornadas o encuentros de adolescentes.

La convocatoria estará a cargo del equipo bio-psicosocial de profesionales a cargo del Espacio Amigable o el/la referente del servicio diferenciado para la atención integral de adolescentes, siempre en coordinación con el/la referente de la SEREMI de Salud respectiva y/o de Servicios de Salud.

Nota: se recomienda a los equipos locales mantener comunicación con **él/la referente de programa en SEREMIs** y/o del Servicios de Salud durante la organización de los encuentros o espacios participativos. Además, **trabajar siempre en coordinación con los y las adolescentes representantes de cada Consejo Consultivo Regional.** Lo anterior, con la finalidad de que exista una línea común de trabajo y definición de objetivos entre cada Consejo Regional y las instancias de participación organizadas desde el nivel local.

La convocatoria al encuentro, asamblea, diálogo ciudadano y/o jornada inicial para la conformación del CCAJ, estará orientada en primer lugar a adolescentes que estén inscritos en el centro de salud correspondiente, pudiendo además ampliar esta convocatoria a establecimientos educacionales que correspondan al área de influencia del centro de salud, independiente de si el Espacio Amigable este o no en dicho establecimiento.

De igual forma, una vez se haya asegurado la invitación y convocatoria anterior, se puede ampliar la invitación de manera pública a las organizaciones de la sociedad civil donde participe adolescentes. En el caso de ser el CCAJ formado al alero de un centro de salud que cuente con Espacio Amigable, si bien su público objetivo son adolescentes entre 10 a 19 años, se recomienda incentivar la

participación hasta los 24 años, entendiendo que esto permitiría un vínculo y continuidad de trabajo con otras instancias de participación local, especialmente en lugares donde existen brechas geográficas y presencia de muchas determinantes socioeconómicas que es necesario abordar en espacios como éstos. De esta forma, no se colocan barreras de continuidad de acompañamiento por parte del Espacios Amigables posterior a los 19 años.

Nota: En vista de una definición de perfil que sea adecuado a los objetivos centrales de los espacios de participación, se plantea a adolescentes y jóvenes de entre 10 a 24 años de edad, pertenecientes a instituciones u organizaciones juveniles tales como organizaciones de la sociedad civil, representantes de establecimientos educacionales municipalizados y/o privados, directivas de Centros de Alumnos de liceos, colegios y/o universidades o centros de formación técnica, consejos de la infancia, Consejos Consultivos de otras instituciones del intersector.

La convocatoria tiene que ser a través de medios accesibles y acordes al grupo de adolescentes y jóvenes, ya sea a través de afiches, redes sociales, medios radiales, entre otros, entendiendo que cada adolescente en el área de cobertura del centro de salud tienen el derecho de participar de este proceso, siendo además una estrategia de promoción de las prestaciones de salud dirigidas a este grupo.

En este sentido, la convocatoria tiene que ser clara respecto a qué es el Consejo Consultivo, cuál es su función y forma de trabajo, así como la necesidad de formarlo, reconstituirlo o ampliarlo, estableciendo una fecha, lugar y horario que facilite la participación de adolescentes.

Nota: Algunos conceptos que pueden llamar la atención de adolescentes, es la convocatoria a un **espacio de colaboración**, conformado por adolescentes y para jóvenes, con **capacidad de incidencia en las decisiones** en salud, permitiendo mejorar la salud para este grupo de la población en sus propios territorios.

Es recomendable utilizar llamados a la acción con objetivos concretos, que convoquen a participar de una instancia participativa, formativa, consultiva y resolutoria, orientada a fortalecer los servicios de salud para sus pares.

La difusión de esta información, se aconseja realizarla a través de medios oficiales asignados por el establecimiento de salud, como por ejemplo, dípticos informativos repartidos y/o disponibles en el lugar de atención de adolescentes, cápsulas audiovisuales y radiales desarrolladas por la SEREMI y/o Servicios de Salud respectivo, redes sociales y plataformas virtuales, entre otros, entendiendo que este trabajo de difusión tiene que ser una estrategia constante durante la planificación anual de cada centro y/o servicio de salud.

De igual forma, es recomendable incorporar en la convocatoria un correo de inscripción y/o fono de consulta, con la intención de poder realizar un monitoreo y seguimiento de la inscripción de cada adolescentes interesados en el territorio de cobertura del centro de salud, estableciendo una nómina preliminar de participantes y/o una ficha de inscripción que debe completar el interesado en participar (nombre, dirección, fecha de nacimiento, fono y redes sociales, organización que representa o en la que participa). Dicho monitoreo es recomendable hacerlo durante la convocatoria y los días previos al encuentro.

2.3.2.3 FASE III: Organizar detalles logísticos.

Es importante que los equipos profesionales puedan potenciar alianzas estratégicas internas y externas al Centro de Salud con otros programas tales como INJUV y/o municipios a nivel local, pudiendo de esta forma, facilitar algunos elementos logísticos necesarios para la realización de estos encuentros de participación, tales el lugar de realización del encuentro (salón, auditorium, colaciones, materiales de trabajo, entre otros), el transporte necesario (por ejemplo en el caso de convocar a estudiantes en horario establecido de clases) y el tiempo del evento, además de la administración de los fondos asignados.

Nota: Es importante que si se convoca a adolescentes en horarios de clases, se necesita una **autorización previa y consentimiento informado** firmado por el/la apoderado/a y una invitación formal desde la institución convocante hacia el centro educativo. Lo anterior, con la finalidad de que sea posible activar el seguro escolar en caso de que se requiera.

Nota: Respecto a la **alimentación**, se recomienda gestionar con las autoridades locales colaboración al respecto y/o postular a proyectos de promoción y participación comunales. Un ejemplo de buena práctica, es vincularse con JUNAEB a través de proyectos extraescolares que permiten cambiar el lugar del almuerzo hacia el lugar de convocatoria del encuentro participativo o hacia un establecimiento educacional más cercano al espacio donde se desarrollará. Esto es especialmente importante en la organización de encuentros provinciales en donde la distancia geográfica es importante.

Para la selección de salones o espacios de encuentro, considerar que cuenten con la infraestructura más adecuada posible para acoger a los adolescentes y jóvenes en un ambiente cómodo, seguro, amigable y sin interrupciones, que propicie la libertad de expresión y la creatividad, un lugar que favorezca una buena acústica, iluminación y circulación de aire para el trabajo en plenario y grupos. De esta forma, se desaconseja utilizar oficinas cerradas, con pocas ventanas o ventilación y demasiado institucionalizadas, pues esto desmotiva la participación, inhibe la capacidad de diálogo y produce rápidamente agotamiento y desconcentración respecto a los objetivos de escucha y participación.

Por el contrario, se aconseja utilizar lugares amplios, que faciliten la circulación y el movimiento tanto de las personas participantes, así como del mobiliario necesario para el trabajo en grupos (sillas y/o mesas), posibilitando que el entorno se vaya transformando a medida que se utilizan distintas metodologías de trabajo para diferentes instancias del encuentro.

En este sentido, para el trabajo en grupos, se propiciará una instalación del mobiliario en pequeños círculos según la cantidad de grupos, mientras que para un plenario final de discusión y/o debate, se propiciará una disposición del mobiliario en forma de "U" o "herradura", para que haya más contacto visual entre todos (ver fotografía 1), o bien en filas mirando hacia adelante cuando haya exposiciones, tomando precaución en una distribución no demasiado formal, para que no exista una distancia simbólica entre los que están al frente y los que forman el público o el grupo de trabajo.

Cuadro 3. Formas de ordenar un espacio para el trabajo participativo.

Diseño de la sala	Objetivo del diseño
Forma de U	Favorecer la interacción entre los/as facilitadores y los/as adolescentes y jóvenes.
Mesas de trabajo	Propiciar la discusión e interacción entre adolescentes y jóvenes distribuidos en pequeños grupos de no más de 10 participantes.
Auditorio	Observar o recibir una presentación.
Forma circular	Permitir la participación de los y las asistentes en igualdad de condiciones. Expresa equidad y horizontalidad.
Espacios abiertos	Promover actividades y dinámicas grupales.

Fuente: Elaboración propia.

Fotografía 1. Trabajo de grupo con disposición en "U" o "herradura".

Fuente: Elaboración propia, 2018.

De igual forma, el equipo coordinador debe asegurar que el lugar elegido tenga un buen acceso, con una posibilidad de llegada más bien democrática, es decir que la mayor cantidad de adolescentes tenga la posibilidad de llegar a través de diferentes medios, con las condiciones sanitarias adecuadas.

Además, los salones deben contar con la temperatura adecuada, pizarra, proyector, computador, conexión a Internet, sillas cómodas, alfombra o piso que permita trabajar en el suelo, disponiendo además de la papelería básica necesaria para el trabajo participativo, tales como papelones, fichas, hojas blancas, marcadores, plumones, stickers o notas adhesivas de diferentes colores, entre otros. Todos elementos que incidirán en la capacidad de comunicar ideas desde distintas formas y contenidos.

Fotografía 2. Trabajo de grupo con disposición en “círculo”.



Fuente: Elaboración propia, 2011.

2.3.2.4 FASE IV: Elaboración de diseño metodológico.¹

La elaboración de un diseño metodológico, se entiende como una etapa en donde se clarifica la convocatoria (a quienes va dirigida), la matriz técnica (lugar, espacios, tiempos, requerimientos básicos), y la definición del escenario metodológico (espacios para la controversia decisión y resolución, a través de técnicas participativas).

Se requiere considerar también, el trabajo de coordinación que se debe desarrollar con el/la referente en la SEREMI de salud respectiva, con el fin de estandarizar criterios respecto a la priorización de temas a abordar en línea con la reunión anual del Consejo Regional que cada SEREMI organiza.

Además, el proceso de co-construcción de la agenda de trabajo de cada encuentro, se debe realizar, en el caso de que no exista previamente un CCAJ conformado en el espacio local, incorporando las necesidades del Programa de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes desde el nivel regional, además de incorporar a representantes de CCAJ regionales, considerando sus expectativas, visiones y agendas de trabajo.

Este proceso implica la ejecución de actividades tales como:

- 1.** Reuniones virtuales con los representantes locales y/o regionales, con el objetivo de recabar expectativas y necesidades sobre la reunión, temas relevantes y organizar un método para recoger la opinión, a través de plataformas propias de organización.
- 2.** Consultas vía redes sociales y herramientas online. Se pueden utilizar grupo de whatsapp (o el medio que el mismo CCAJ defina) para recoger las primeras impresiones

1- Para una mayor profundización, revisar la Guía Metodológica en el anexo II.

y realizar una consulta rápida vía Facebook oficial del Consejo, en el caso de que se cuente con este medio en cada región.

3. Se fijan y consensuan los temas ejes de la reunión, considerando los insumos de los representantes del CCAJ y/o de usuarios del centro de salud.

2.3.2.5 FASE V: Ejecución del Encuentro.

En una quinta etapa, se tiene por objetivo la ejecución misma del espacio de participación, en la que son adolescentes y jóvenes el núcleo y motor de la expresión de sus reflexiones y experiencias. Pero además, es donde se genera una real alianza entre el grupo de participantes (consejeros y consejeras) y las personas adultas (profesionales de la salud).

Pero además, se busca generar una sostenibilidad en la relación establecida, es decir se busca contribuir a vínculos que no solo funcionan para una actividad específica, sino que perduran y se fortalecen con el tiempo, permitiendo establecer metas de mediano y largo plazo [50].

En este contexto, con la aplicación de técnicas e instancias expositivas, reflexivas y de trabajo grupal, se busca primordialmente maximizar las oportunidades de participación de cada adolescente durante la realización del encuentro, proporcionando un ambiente seguro e inclusivo para que la diversidad de participantes puedan intercambiar información, puntos de vista y estrategias, asignándoles responsabilidades, estimulando la confianza, el liderazgo y el compromiso a lo largo de todo el proceso, a la vez que se permite la generación de acuerdos al interior del mismo grupo.

Esta etapa de ejecución, debe comenzar con una **presentación inicial**, en la cual, se informa a los y las participantes acerca de las características del encuentro y la modalidad de trabajo. Luego de ello se entregan los contenidos centrales de los temas que se pondrán en discusión y que convoca el diálogo, para posteriormente explicar a los participantes el objetivo de la actividad, (quien convoca y para qué) y finalmente se presenta al equipo de facilitadores de los grupos de trabajo.

Posteriormente se da paso al **trabajo en grupos**, con la finalidad de promover y facilitar la discusión en torno a las ideas centrales, las cuales son finalmente expuestas en la parte final del encuentro, donde se da paso al **plenario**, dando a conocer el marco general del trabajo grupal y las propuestas en torno a las dimensiones o ejes de reflexión.

El punto central de cada encuentro, es precisamente el levantamiento de opinión sobre la situación de salud de adolescentes, además del acceso y calidad de los servicios de salud desde su propia opinión, evaluación y experiencia. Esta actividad debe hacerse mediante una metodología participativa que debe favorecer la expresión libre y respetuosa de las opiniones de los propios adolescentes participantes, el intercambio de opiniones y debates. Todo lo anterior, debe quedar debidamente documentado en forma textual y/o visual (notas en papelógrafos, fichas o tarjetas, en grabaciones de video, fotografías y audios).

En este espacio, las personas adultas y/o profesionales de la salud, ejercerán la labor de **facilitadores** y acompañantes, no debiendo influir en las opiniones de los adolescentes, sino más bien guiar su correcta expresión al interior de cada grupo. Se sugiere que apoyen frente a dudas que surjan por parte de los participantes, facilitando de esta forma el diálogo del grupo. En este enfoque, el o la facilitadora se transforman en mediadores del aprendizaje y la reflexión, entre adolescentes y profesionales de la salud, contribuyendo a generar procesos sociales de construcción de conocimientos [51].

El rol de facilitador/a en los encuentros participativos de Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes.

El/la facilitadora, es un/a profesional que se encarga de mediar en un proceso de aprendizaje entre un tema específico, una realidad individual o colectiva y un grupo de personas. Necesita una adecuada formación tanto en el campo médico y humanista, lo cual le permitiría relacionarse de mejor forma con el grupo de adolescentes y jóvenes en el proceso de aprendizaje.

Será importante que cuenten con formación en metodología participativa con adolescentes y jóvenes, frente a lo cual el Ministerio de Salud tiene un rol importante al facilitar la capacitación continua a través de la Plataforma de Formación SIAD-SPS u otra.

Cuadro 4. Rasgos profesionales que debe tener un facilitador en el manejo de participación con adolescentes y jóvenes en salud.

Rasgos	Características	Observaciones
Rasgos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> * Dominio teórico y práctico de los temas que se abordarán con adolescentes y jóvenes (salud sexual y reproductiva, salud mental, nutrición, sistema de salud, control de salud, consejerías, etc.). * Conocimiento de la realidad en que se desenvuelve el centro de salud interesado en la conformación del Consejo Consultivo. * Conocimiento general de la situación de salud de adolescentes y jóvenes dentro del área influencia del centro de salud respectivo. * Flexibilidad para adaptar diferentes técnicas a las situaciones de tensión y/o relajación que se pueden dar en el encuentro. * Capacidad de análisis y síntesis de las opiniones, reflexiones y propuestas que adolescentes entreguen. * Conocimiento de técnicas que potencien la participación de adolescentes y jóvenes. * Capacidad de manejo de la frustración personal y grupal. 	Posee formación profesional y experiencia en el trato con adolescentes y jóvenes.
Rasgos psicomotrices	<ul style="list-style-type: none"> * Expresión verbal clara, precisa y sencilla, adaptándose fácilmente a los modos y formas de relacionarse de adolescentes y jóvenes. * Capacidad de despertar y conservar la atención del grupo. * Capacidad para desarrollar materiales didácticos que permitan gatillar la discusión, reflexión y creatividad en la propuesta de ideas por parte de adolescentes y jóvenes. * Capacidad de sistematización de la experiencia. 	Maneja métodos y técnicas de participación, para lograr los objetivos planteados.
Rasgos actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> * Habilidad para integrar a grupos desde su diversidad propia. * Facilidad para manejar situaciones imprevistas y conflictivas. * No asumir un rol paternalista. * Motivación para crear una atmósfera de confianza desde la horizontalidad. * Capacidad de escucha empática. * Liderazgo. 	Con estos rasgos consigue crear un clima de diálogo, comprensión, acuerdo y negociación.

Fuente: Elaboración propia.

¿Qué roles puede asumir el equipo bio-psicosocial de Centros de Salud/Espacios Amigables en los encuentros de participación de CCAJ?

Se consideran al menos los siguientes:

- * **Diseñadores:** Consiste en la planificación de la actividad de participación. El diseño incluye la fijación de objetivos, contenidos y situaciones de aprendizaje, así como el diseño de guías de trabajo y de evaluación.
- * **Mediadores:** Esta es la función más asociada con la facilitación. Implica animar a cada participante a lograr el objetivo, lo cual incluye: a) establecer procesos de comunicación efectiva con el grupo de adolescentes y jóvenes; b) estimular y potenciar la capacidad de participación; c) utilizar diferentes técnicas de facilitación de acuerdo con el objetivo que se quiere lograr, teniendo como fin último llegar a conclusiones y acuerdos.
- * **Coordinadores:** Se refiere a la organización directa de la logística de la actividad, como la selección del lugar, servicios de alimentación, convocatoria y seguimiento de la lista de participantes, conformar el hito comunicacional respectivo, a través de medios escritos, audiovisuales y/o radiales, entre otras funciones.

En términos generales, para mantener el control y la calidad durante toda la jornada, se debe mantener un número promedio de participantes de entre 25 a 30. En caso de que aumente este promedio, se requerirá de un equipo de facilitadores más grande, según la cantidad de grupos en los que se dividan las actividades, considerando tener al menos un facilitador por grupos de no más de 10 personas.

Cuadro 5. Funciones que cumple un facilitador/a según el número de adolescentes y jóvenes que participen en la actividad.

Número de participantes	Función
De 10 a 20	Un solo facilitador/a puede asumir los roles de diseño, mediación y coordinación. A pesar de que siempre se recomienda que al menos hayan dos personas del equipo.
De 25 a 30	Un solo facilitador/a puede asumir los roles de diseño, mediación y coordinación, aunque se recomienda diversificar estas funciones en un equipo de al menos dos profesionales.
De 30 a 60	Se requiere de al menos tres profesionales, uno para que asuma los roles de diseño y sistematización y otros 2 para que asuma los roles de mediadores y coordinadores.
Más de 60 participantes	Se necesita de un equipo de facilitadores más amplio, considerando al menos un/a facilitador/a por cada grupo de no más de 10 adolescentes y/o jóvenes cada uno. Se debe determinar la logística con mucha precisión, especialmente en cuanto al uso de salas, horarios y facilidades para realizar trabajos de grupos, entre otros.

Fuente: Elaboración propia.

¿Cómo iniciar las actividades en los encuentros participativos con adolescentes?

Para el buen logro de los objetivos, es necesario considerar algunos aspectos básicos que permitan lograr un grato ambiente, con una lógica democrática y participativa:

a) Un primer elemento sumamente importante para los y las profesionales de la salud que ejercen labores de facilitación de estos espacios, tiene que ver con el **contacto inicial**. Para esto se recomienda:

- Pensar en diversas formas para que el grupo se sienta más cómodo. Por ejemplo, tener todo el material preparado antes de que comiencen a llegar los participantes, colocar música, adornar, entre otros.
- Escribir mensajes de bienvenida que tenga una lógica de sentido para el grupo. Este puede ser un slogan, un objetivo, un saludo, etc.
- En el momento del inicio de la jornada, mantenerse siempre visible y circular entre las personas que llegan temprano, mostrando desde el inicio un ambiente cercano.
- Conversar sobre códigos importantes para desarrollar una jornada amena, como por ejemplo, silenciar celulares (en el caso de que alguien se encuentre con alguna situación compleja y deba contestar llamadas, que avise). Comentar que durante la jornada se realizarán registros fotográficos, por lo que si alguien tiene problemas con aparecer en el registro que lo informe (esto independiente de que hayan firmado el consentimiento), lo cual irá generando un espacio de mayor confianza. La necesidad de mantener el respeto en el lenguaje y frente a la opinión del resto.

b) Otro aspecto importante, tiene relación con **manejar adecuadamente las expectativas, esperanzas y temores** que el grupo puede tener antes y durante la realización del encuentro. Para esto se recomienda:

- Permitir que el grupo exprese sus expectativas, esperanzas y temores, ojala en dinámicas **"rompe hielo"** al inicio de la actividad.
- Proponer el uso de tarjetas donde puedan escribir y compartir verbalmente sus inquietudes. Para posteriormente al final del encuentro poder hacer una lectura de esos temores iniciales y hacer la comparación respecto a cómo vivieron la experiencia.

c) Otro aspecto importante, tiene relación con el potenciar al mayor nivel posible el **aprendizaje colectivo** del grupo. Para esto se recomienda:

- Tratar de identificar las potencialidades, conocimientos y competencias que existen entre adolescentes y/o jóvenes, mediante el trabajo grupal y colectivo. Estos son elementos fundamentales para que los conocimientos, vivencias, experiencias y recomendaciones compartidas sean totalmente enriquecedoras y susceptibles de ser sistematizadas por el equipo a cargo.
- Motivar para que adolescentes y/o jóvenes brinden sus aportes en relación con el tema, de manera confiada, abierta, sincera, sin tabúes y en el marco de su propia forma de comunicarse y expresarse, sin imponer formas de comunicación que no les son propias.
- Brindar siempre la oportunidad de abrir el diálogo.

Desde el inicio, es recomendable mantener el contacto visual con el grupo de adolescentes y jóvenes, ya que evita el distanciamiento y contribuye a que los participantes se sientan tomados en cuenta. Mantener el contacto visual facilita la creación de un clima armónico y permite estar alerta ante cualquier situación imprevista.

Fotografía 3. Trabajo de facilitación con adolescentes.



Fuente: Elaboración propia, 2011.

¿Cómo “romper el hielo”?

Para iniciar la facilitación del trabajo grupal, se debe propiciar un ambiente de seguridad y de participación efectiva y horizontal. En un principio, el grupo de adolescentes y jóvenes es muy probable que no se conozcan todos entre sí, o bien mantengan alguna distancia con el facilitador/a o el equipo de profesionales, por no conocerlos o por lo que representan dentro de una lógica histórica de verticalidad.

Es por esto, que un ejercicio esencial dentro de estas estrategias de participación, tienen que ver con lo que se denomina las dinámicas de **“rompe hielo”** o sesiones de incentivo a la participación, cuyo propósito es que desde el inicio, los participantes se conozcan y establezcan confianza de manera más distendida, fomentando su participación en las siguientes actividades.

*Las sesiones de **“rompe hielo”**, no solo sirven para integrar a adolescentes y/o jóvenes, sino también para comenzar a desarrollar la capacidad de comunicación, seguridad y confianza entre los integrantes del grupo y así potenciar de mejor forma el **aprendizaje colectivo y contribución** del grupo, para que los conocimientos, vivencias, experiencias y recomendaciones compartidas sean totalmente enriquecedoras y susceptibles de ser **sistematizadas** por el equipo a cargo.*

Sin embargo, hay que tener mucho cuidado de regular el tiempo de la dinámica, procurando que el ejercicio no dure más de 30 minutos, más aún si se trata de grupos grandes, evitando que este ejercicio ocupe gran parte de la agenda inicial.

Cuadro 6. Ejemplo de técnicas “rompe hielo”.

Técnica	Procedimiento	Objetivo
“El ovillo de lana”	<p>El grupo se posiciona de pie en círculo sin dejar espacios vacíos. El ovillo de lana lo tiene el/la facilitadora. En voz alta dice: “me llamo (nombre), soy de (lugar de procedencia). lo que espero de este encuentro es (expectativa) y quiero ofrecer mi (una cualidad personal positiva)”. Después de eso, se lo lanza a otra persona del grupo dentro del círculo sujetando el extremo.</p> <p>Quien recibe el ovillo, repite lo mismo, y cuando termina, lanza el ovillo a otra persona sujetando el hilo de manera que quede tenso.</p> <p>Cuando todos/as hayan recibido el ovillo y se hayan presentado, quedará formada una estrella de tantas puntas como participantes. En ese momento, el/la facilitador/a, a modo de cierre, tratará de incentivar una reflexión sobre la figura formada (Ej.: todas las puntas son necesarias para que la figura se mantenga, si uno suelta una punta, la figura se desarma; somos todos importantes para el logro de los objetivos, etc.).</p>	<p>Participantes se reconocen entre ellos, generando ambiente amigable que propicie trabajo en conjunto. Se permitirá que cada participante se presenten ante el grupo, conozcan otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo que seguirá.</p> <p>En cualquiera de las dinámicas que se utilice, se espera conocer algunos aspectos básicos de cada participante (nombre y lugar de origen o cargo dentro de su organización) e identificar sus expectativas.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Fotografía 4. Dinámica del “ovillo de lana”.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Técnicas más comunes para el desarrollo de un taller, seminario o espacio de reflexión.

A continuación, se presenta un ejemplo de técnicas que pueden ser de orientación al momento de llevar a cabo encuentros participativos y Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes. Es muy recomendable tener estos diseños definidos antes de la realización de cada encuentro, evitando la improvisación de actividades, o al menos, teniendo claro cuáles son los productos esperados para cada instancia.

a) Presentación de un tema específico.

Por ejemplo, las presentaciones pueden estar a cargo del facilitador/a, profesionales de la salud del nivel local, invitados externos o de los propios adolescentes y jóvenes. Son instancias útiles para informar a cada participante sobre tendencias, situaciones problemáticas, temas de interés, experiencias exitosas o lecciones aprendidas. Generalmente tienen una duración de no más de una hora entre la presentación y el espacio de consultas del plenario, apoyándose siempre en materiales audiovisuales didácticos, dinámicos y fáciles de entender por parte de los adolescentes y jóvenes, intercalando además la presentación con un diálogo fluido con el grupo, evitando unidireccionalidad del discurso. En este sentido, es un ejercicio infructuoso hacer grandes presentaciones con gráficos y cifras epidemiológicas complejas, si es que esta información será difícil de comprender por parte del grupo de adolescentes y/o jóvenes, recomendándose, por el contrario, hacer presentaciones cortas, con información concreta y con mensajes fáciles de interiorizar.

b) Trabajo en pequeños grupos.

Para que las exposiciones sean más beneficiosas, inmediatamente después los y las adolescentes y/o jóvenes se pueden organizar en pequeños grupos, para un análisis detallado del tema tratado, discusiones grupales y posibles conclusiones y recomendaciones de acción. Con el fin de lograr la participación de todos los grupos, se debe solicitar a cada subgrupo que elija una/un vocero/a,

quien estará a cargo de escribir y sistematizar todo lo expuesto al interior de ese grupo, para posteriormente hacer un reporte en el plenario final. Se recomienda, además, elaborar una guía de trabajo, especificando preguntas que guíen al grupo, modos de sistematizar definidos (tarjetas, diagramas, arboles de problema, etc.) y productos esperados para cada instancia de trabajo.

En este sentido, existen diferentes formas de organizar los grupos, de acuerdo con los objetivos que se quieren lograr. A continuación se presentan las tres formas más frecuentes:

- a. Grupos con tema único.** Los y las participantes se forman en grupos de no más de 10 personas cada uno. El/la facilitador/a presenta la pregunta o el problema que será discutido por todos los participantes del grupo. Cada coordinador/a modera la discusión, controla el tiempo y anima al grupo hacia el logro del objetivo. También se nombra una/un vocero/a para que escriba los principales acuerdos, quien los resume y luego los presenta al grupo de participantes. Terminado el tiempo de discusión, los sub-grupos se reúnen en asamblea y los relatores correspondientes presentan sus conclusiones. Estas pueden resumirse en el pizarrón, en láminas de papel o en presentaciones de power point. El ejercicio termina con una discusión plenaria.
- b. Grupos con diferentes temas.** Cada grupo recibe una pregunta o un tema diferente para su discusión, el cual puede ir rotándose de grupo en grupo cada cierto tiempo. El procedimiento es igual al anterior.
- c. Grupos con tema único, pero con análisis de dimensiones diferentes.** En este caso, el tema asignado a cada grupo puede ser el mismo, pero el ámbito desde donde lo abordara cada uno es diferente. Por ejemplo, se puede asignar como tema único a todo el grupo de participantes, la salud mental, pero se asigna a un grupo abordar el tema desde el cyberbullying, desde la depresión, desde lo familiar, desde la escuela, desde la migración, entre otros.

Fotografía 5. Trabajo participativo en grupos.



Fuente: Elaboración propia, 2011

Cualquiera que sea la forma como se organicen los grupos y la asignación de los temas o dimensiones, se recomienda presentar una guía escrita de trabajo para la debida orientación de los y las participantes. Así se aprovecha mejor el tiempo al minimizar la cantidad de aclaraciones sobre lo que se espera de la dinámica.

En el Anexo II, se presenta un ejemplo de diseño metodológico para la mejor coordinación de los equipos facilitadores a cargo de las actividades de participación. Las actividades y programa mostradas en dicha guía metodológica, es sólo un ejemplo respecto a jornadas realizadas por el MINSAL con el Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes, entendiendo que esta propuesta o ejemplo, tiene que contextualizarse y adaptarse a las realidades de cada actividad planificada en cada territorio (ver Anexo II).

2.3.2.6. ETAPA VI: Sistematización y evaluación.

Finalmente, de este trabajo participativo deriva una última fase de **Sistematización y Evaluación de la experiencia**, que posteriormente es devuelta a cada grupo de participantes, a modo de transparentar las decisiones, acuerdos y compromisos, transformándose además, en un documento oficial de consulta pública, contribuyendo para que las personas, organizaciones y/o instituciones que se vinculan con poblaciones adolescentes y jóvenes, reflexionen de manera crítica sobre estos importantes procesos de participación.

Martinic [52], define la sistematización como un proceso de reflexión que ordena y organiza los procesos, resultados y lecciones aprendidas de un proyecto. Por su parte UNFPA [53], utiliza el término “lecciones aprendidas”, para referirse tanto a los aprendizajes logrados de situaciones que han funcionado, como aquellos desafíos pendientes e incluso errores que den cuenta de la necesidad de aprendizajes. Y de igual forma, plantea que al tratarse de procesos con determinantes complejos, no es necesario pretender la idea de que existen recetas mágicas o inamovibles para lograr efectividad y calidad en las estrategias de participación en salud.

Para poder replicar una experiencia, hace falta pasar por una reflexión y análisis del proceso, identificando claramente qué se hizo, cómo se hizo y por qué fue exitoso (o no), sistematizándolos y analizándolos, para poder mejorar los aspectos débiles, y por otro lado, compartir y replicar aquellos en los que se ha logrado éxito (ver figura 11). Todo el enfoque de buenas prácticas está basado en la idea de replicar o transferir las experiencias que han demostrado ser innovadoras, eficaces y eficientes en otros contextos o en otros territorios, para obtener resultados similares [10], permitiéndonos la reflexión y la mirada crítica hacia el trabajo realizado, y generando de esa manera, nuevos aprendizajes [52].

Para lograr lo anterior, el registro permitirá documentar la información, con el objetivo de recuperar la experiencia vivida y a partir de él, analizar y generar conocimientos útiles.

De esta forma, el registro se realiza en base a los siguientes medios:

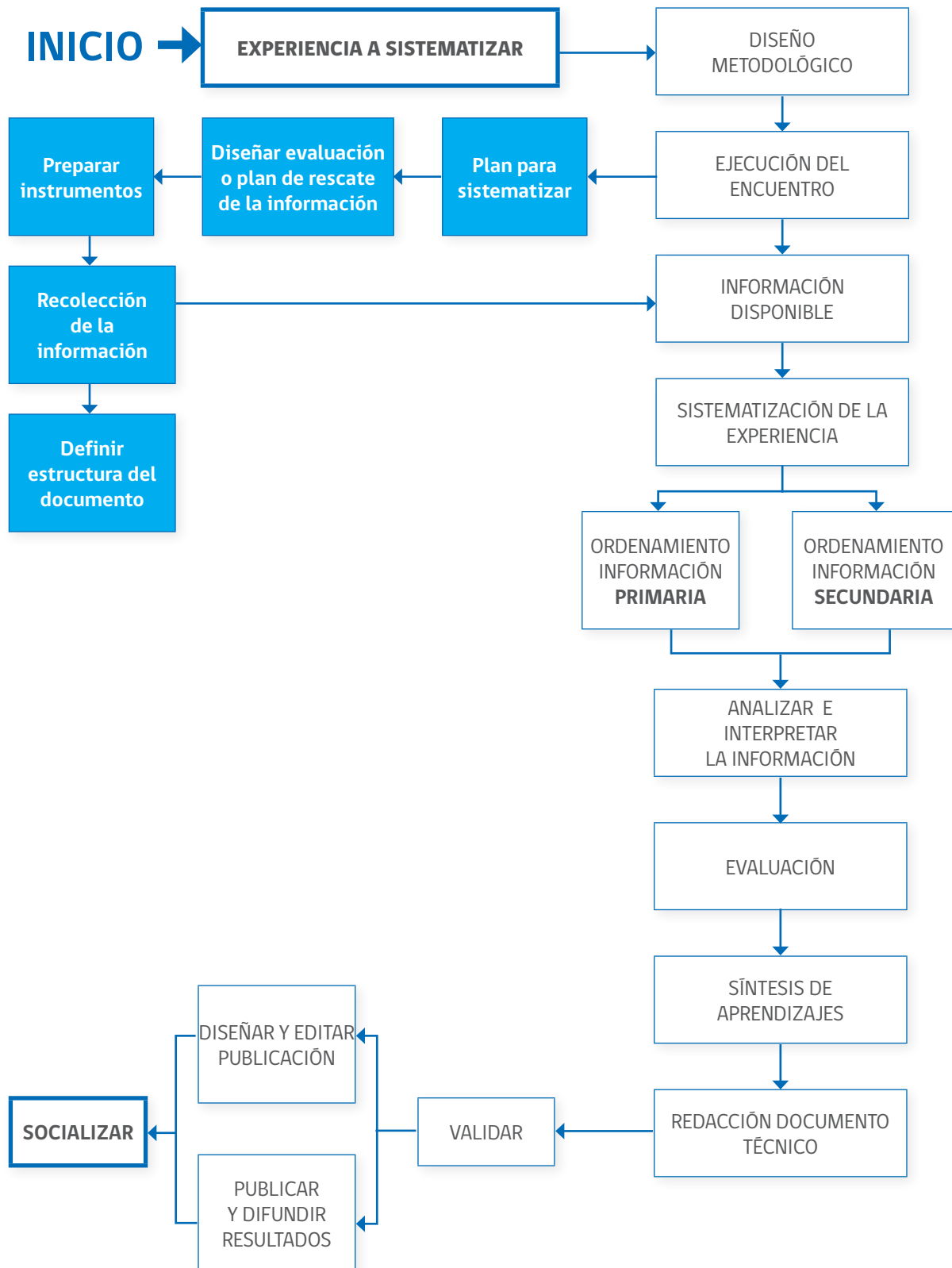
- * **Registro fotográfico:** Esto permitirá respaldar y posteriormente comunicar la experiencia. El registro se basa en fotografías del grupo participante desarrollando las actividades en forma natural, de los espacios de trabajo e hitos importantes (trabajos de grupos, plenarios, acciones, conversaciones entre participantes, dinámicas lúdicas, entre otros).

- * **Observación participante:** Como técnica de recolección de información, hace referencia a la descripción sistemática de cada momento, comportamiento o elemento del contexto en el cual se desarrolla la actividad. Esto incluye más que la mera observación pasiva, sino más bien la conversación, entrevistas y otras técnicas no invasivas, ser un observador cuidadoso y un buen escucha, y ser abierto a las cosas inesperadas de lo que se está registrando y aprendiendo.
- * **Registros audiovisuales:** Este medio se utiliza para hacer un mejor registro de instancias como plenarios o instancias de debate, registrando de manera más detallada cada una de las opiniones y permitiendo posteriormente hacer un mejor análisis de la información, además de permitir obtener un banco de imágenes que posteriormente pueden ser utilizadas para la creación de cápsulas audiovisuales promotoras de esta instancia de participación.
- * **Registro físico:** Se refiere a elementos que surgen como resultado de cada una de las dinámicas de trabajo, tales como papelógrafos, hojas de observaciones, árboles de problema, etc.
- * **Registro de autoevaluación de los facilitadores/as:** Para esto, se utiliza matrices de auto llenado, en la cual el/la facilitador/a central anota percepciones durante el desarrollo de la experiencia. De igual forma, posterior al encuentro se llena una ficha de evaluación por parte del equipo técnico a cargo de la actividad, además de los propios consejeros y consejeras.

Cuadro 8. Operacionalización Encuentros de Participación		
FASE 1 DISEÑO METODOLÓGICO	FASE 2 EJECUCIÓN DEL ENCUENTRO Y REGISTRO	FASE 3 SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA
Voluntad del Ministerio de Salud en poner temas o materias a la discusión en conjunto con adolescentes y jóvenes.	Encuentro Diálogo Participativo.	Sistematización de la experiencia.
Definición de Objetivos.	Presentación Inicial (Minuta de Posición).	Ordenamiento de la información primaria.
Coordinación de nivel nacional, regional y/o local. Asesoría a SEREMI, y ejecución de reuniones provinciales para el desarrollo de espacios de participación juvenil en consultivos regionales, provinciales y comunales.	Talleres Grupales.	Ordenamiento de la información secundaria/ documental.
Definir actores a convocar.	Debate, acuerdos y recomendaciones.	Análisis de la información.
Establecer plazos del proceso.	Plenario.	Síntesis de los aprendizajes.
Elaborar minuta de posición sobre la materia a discutir.		Evaluación del proceso y el logro de sus objetivos.
Convocatoria.		Redacción documento técnico.
Co-Diseño Metodológico.		Diseño y edición de publicación.
Material de trabajo.		Publicación y difusión de resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 11: Flujograma sistematización encuentros participativos con Adolescentes y Jóvenes.



Fuente: Elaboración propia, 2020.

CAPÍTULO III: CONSIDERACIONES FINALES.

Se ha señalado a lo largo del documento, que la participación es un derecho humano fundamental de todas las personas. En consecuencia, los y las adolescentes y jóvenes tienen derecho a expresar sus opiniones sobre las decisiones y políticas que afectan directamente a sus vidas y a que éstas sean consideradas seriamente, pues no necesariamente los adultos, tanto en el ámbito público como en el privado, garantizan necesariamente una representación adecuada del interés superior de este grupo de la población.

En este contexto, profesionales y responsables de la formulación de políticas, programas y acciones, deben asegurarse de respetar y fortalecer las capacidades de adolescentes y jóvenes como agentes de cambio y no meramente sujetos de consulta, reconociéndolos como socios y actores claves, además de empoderarlos en su rol y responsabilidad en cuanto a su propia salud.

Algunas consideraciones finales respecto a la estrategia de participación son:

- * La estrategia de participación, independiente de la forma que adopte (Consejos Consultivos, asambleas permanentes, entre otros), debería ser entendida como una “instancia” o un “espacio” que se debe habilitar para que adolescentes y jóvenes expresen su opinión, y ésta pueda ser incorporada en la planificación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud, así como en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y en algunos aspectos de la prestación de servicios. Lo anterior, además, tendría que verse reflejado en un plan de trabajo real adoptado desde las instituciones locales (planificaciones anuales, PLADECO, entre otros).
- * Se han desarrollado varios marcos conceptuales para comprender mejor la participación de adolescentes y jóvenes en el ámbito de políticas públicas, estableciendo, dentro de la estrategia desarrollada por MINSAL, que el enfoque de la pirámide TYPE concibe el control compartido de las iniciativas, como un elemento fundamental para promover el empoderamiento en ambos grupos, pues los adolescentes aportan elemento fundamental como las opiniones, intereses y puntos de vista desde sus experiencias, mientras que los adultos pueden aportar las competencias para capacitar, además del capital social suficiente para generar dinámicas organizacionales de mayor alcance y calidad.
- * Además, existe una normativa legal nacional e internacional que avala la participación desde un enfoque de derechos, estableciendo que los niños, niñas y adolescentes, ejerzan su derecho a la participación de acuerdo a su trayectoria en el curso de vida, e incidan en la toma de decisiones relacionadas con asuntos que los afecten.
- * Por otro lado, se hace necesario resguardar una serie de estándares mínimos a considerar en la aplicación de las estrategias de participación, para que sea garantizada efectivamente como un derecho, transparentar con claridad los objetivos y alcance de las convocatorias, de manera que los participantes **sepan de antemano para qué se requiere su opinión y cuán** vinculante será en relación a las materias consultadas; utilización de **metodologías amigable con el amplio abanico de edades**; cautelar la diversidad de procedencias en términos de **igualdad de género, pertenencia a pueblos originarios, nivel socioeconómico y lugares de residencia**, estableciendo explícitamente la prohibición de discriminar a algún grupo particular; resguardar que

efectivamente exista una **vinculación de cada representante con sus grupos de origen**; garantizar la **efectiva participación en la construcción de las agendas y materias de consulta**; compromiso de **publicación y transparencia de los resultados de cada proceso**; compromiso de **devolución de acuerdos asumidos**; **consentimiento y aprobación de los participantes respecto al registro audiovisual**.

- * La Atención Primaria de Salud, logra instalar la necesidad de que los Espacios Amigables (EA) sean espacios de participación local, para que desde su pertinencia, integren y complementen el trabajo desarrollado desde los Consejos Consultivos Regionales u otras instancias de participación adolescente.
- * La implementación de estos espacios, busca generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, la generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local.
- * Finalmente, se reconoce que lograr un verdadero involucramiento de adolescentes en los programas y estrategias de salud, implica trabajo constante y sostenido en el tiempo, no siendo tarea fácil, sin embargo, los beneficios son enormes.
- * Para el éxito de lo anterior, es clave el esfuerzo conjunto de los diversos profesionales del sistema de salud, la sinergia del trabajo intersectorial y de la incorporación de la voz y participación de adolescentes y jóvenes, enfatizando en un enfoque positivo y de promoción de salud en torno a la participación, más allá de lo funcional que puede ser para acercar metodologías y técnicas que aborden de manera más adecuadas ciertos “problemas de salud” identificados en adolescentes y jóvenes.

Respecto a las competencias deseables a reforzar desde los y las profesionales de salud que trabajan con adolescentes y jóvenes, se considera que:

- * Profesionales y funcionarios/as de salud, deben eliminar las barreras y restricciones que puedan limitar los medios a través de los cuales adolescentes y jóvenes participan en los procesos de toma de decisiones, desarrollándose, facilitando y fomentando nuevos enfoques de colaboración con este grupo de la población, especialmente desde los espacios locales.
- * Profesionales y funcionarios/as de salud deben asegurarse de que adolescentes y jóvenes que generalmente no acceden a espacios de participación, tengan voz en el desarrollo e implementación de programas y en el mejoramiento de los servicios de salud diferenciados, adoptando un enfoque basado en los derechos.
- * Para lo anterior, es necesario potenciar algunos valores fundamentales que deben ser pilares para todo profesional de la salud que trabaja directamente con adolescentes, tanto en la atención clínica, como en la implementación de estrategias de participación. Ellos son: **valentía, honestidad, perseverancia, respeto, responsabilidad, solidaridad, flexibilidad**.

- * Es necesario potenciar, además, algunas actitudes deseables que indican el grado de predisposición de los y las profesionales de la salud hacia el establecimiento de una relación intergeneracional con adolescentes. Tales como: **Aceptación y respeto hacia matrices culturales diferentes y de diversidades sexuales, apoyo a adolescentes, disponibilidad corporal y anímica.**
- * Algunas habilidades deseadas para lograr una alianza entre adolescentes y profesionales de la salud, son: **capacidad en la creación de vínculo, hacer sentir al adolescente parte de la iniciativa, manejo de lenguaje verbal y no verbal, reconocer en cada adolescente singularidad y diferencia, saber escuchar, capacidad de aplicar una visión positiva de salud y capacidad para el trabajo sectorial e intersectorial.**

¿Qué sugerencias hay para la sostenibilidad y sustentabilidad de la estrategia desde los espacios locales?

Para poder asegurar la sostenibilidad y sustentabilidad de iniciativas como las del Consejo Consultivo u otras instancias de participación de adolescentes y jóvenes, se deben generar indicadores que permitan comunicar a los diversos actores sociales internos (equipos profesionales, directivos y profesionales de salud, entre otros) y externos (adolescentes, jóvenes, colegios, familia y comunidad), el avance en el logro de los objetivos planteados año a año, en especial, lo que respecta a la inclusión de la sugerencia de los adolescentes y jóvenes en los programas de salud, permitiendo validar el proceso en su conjunto, e incorporar una lógica de reciprocidad efectiva en el co-diseño de políticas públicas.

En este sentido, la generación de insumos técnicos como la sistematización de la información y la posterior difusión y transparencia de los logros, acuerdos y proyecciones logradas, aseguraran la continuidad de un proceso que año a año se fortalecerá en base a la evaluación y el aprendizaje de todos los actores sociales involucrados.

Además de lo anterior, se hace necesario:

- Una estrategia de comunicación y abogacía efectiva, teniendo como objetivo no sólo influenciar políticas públicas o aumentar el ejercicio de la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones, sino contribuir además a fortalecer al grupo de adolescentes y jóvenes en cuanto a su capacidad de autogestión y autocuidado respecto a su salud y la de sus pares.
- Fortalecer la continuidad de financiamiento a través de alianzas intersectoriales con organismos gubernamentales y no gubernamentales a fines a temáticas de participación, adolescencia y/o salud.
- Hacer un reforzamiento en cuanto al conocimiento y labor del Consejo Consultivo u otras instancias de participación adolescente, para lograr un adecuado proceso de apropiación de esta estrategia, a través del desarrollo de talleres macrozonales o videoconferencias orientadas a profesionales de SEREMIs y Servicios de Salud, para la transferencia del modelo de capacitación en facilitación de instancias de participación, metodología de conformación y ejecución de estos espacios, entre otros temas. De esta forma, se puede generar mayores autonomías a niveles locales, al fortalecer competencias y habilidades en los equipos de salud regionales.

ANEXOS.

ANEXO I.
Resolución Exenta N° 01, del 14 de enero 2020.

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.559

Miércoles 22 de Enero de 2020

Página 1 de 6

Normas Generales

CVE 1713892

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

CONSTITUYE CONSEJO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DEL MINISTERIO DE SALUD Y REGULA SU FUNCIONAMIENTO

Núm. 1 exento.- Santiago, 14 de enero de 2020.

Visto:

Estos antecedentes; lo establecido en los artículos 4° y 5°, el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto supremo N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.469 y N° 18.933; en los artículos 5°, 6° letra b) y 25, del decreto supremo N° 136, del año 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Secretaría de Estado; en la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República,

Considerando:

- Que de acuerdo a la "Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud", contenida en la resolución exenta N° 31, de 19 de enero de 2015, del Ministerio de Salud, la participación ciudadana es un determinante social en salud, además de una estrategia política que fortalece una relación horizontal entre ciudadanía y los equipos de salud, mejorando la gestión pública a partir de las capacidades que la propia ciudadanía posee.

- Que de acuerdo al documento antes mencionado, los Consejos de la Sociedad Civil son órganos participativos integrados por actores sociales que inciden en la gestión pública, y los órganos del sistema deben asegurar la representatividad, diversidad y efectividad de los referidos consejos y deberán rendir cuenta de ello en los términos específicos detallados en dicha resolución.

- Que los adolescentes y jóvenes son personas en una etapa del ciclo vital caracterizada por cambios vertiginosos tanto somáticos, como psicológicos y sociales, con características propias. Que son titulares de derecho y aptos para representarse a sí mismos en diversos ámbitos conforme al grado de autonomía que vayan alcanzando conforme el paso del tiempo.

- Que la responsabilidad ministerial de ir avanzando en el diseño e implementación de políticas, en las cuales se contemple la mirada de las mismas personas a las que están dirigidas, adquiere vital importancia cuando el grupo de la población presenta necesidades y características específicas dadas por la etapa del ciclo vital, como son las y los adolescentes y jóvenes, quienes han estado históricamente marginados de los espacios de participación en general.

- Que la participación ciudadana fortalece la sociedad civil, incentiva la organización y la asociación de los ciudadanos, fomenta una cultura solidaria, reconoce el aporte de personas no organizadas y es complementaria al sistema político representativo, estimulando la inclusión social de quienes ejercitan la participación.

- Que se busca además, relevar en las políticas públicas de salud, la participación como factor importante para garantizar la no discriminación y el respeto a la interculturalidad, ambos principios muy valiosos al tratarse de adolescentes y jóvenes, espacio en donde conviven numerosas y diversas manifestaciones culturales, religiosas y territoriales, que constituyen un capital de enriquecimiento social.

- Que las sociedades civiles fuertes, con redes asociativas y de cooperación entre las personas, genera una cultura del cooperativismo, sentido de comunidad e identidad, proyectos

CVE 1713892 | Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez | Mesa Central: +562 2486 3600 | Email: consultas@diarioficial.cl
Sitio Web: www.diarioficial.cl | Dirección: Dr. Torres Boonen N° 511, Providencia, Santiago, Chile.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

compartidos y un voluntariado que da sentido de solidaridad, permitiendo la inclusión social y la diversidad cultural.

- Que las actividades del Ministerio de Salud, a través de su Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, requiere fortalecer esta estrategia de participación orientada a este grupo de la población en forma concordante con lo propuesto por la OMS/OPS en su documento "Normas o Estándares globales de calidad para la atención de salud integral de adolescentes", en donde se definen que el grupo de adolescentes deben participar en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios.

- Que lo anterior está en línea con la definición del Gobierno del Presidente Sebastián Piñera Echenique.

- Que en este marco, la creación y fortalecimiento de un Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile, expresa la voluntad de diálogo del gobierno, que busca identificar y acoger propuestas de la ciudadanía, que permitan fortalecer el trabajo del sector salud hacia este grupo de la población.

- Que, conforme y en mérito de lo anterior,

Decreto:

1° Constitúyase el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, en adelante el "Consejo Consultivo", o "Consejo Consultivo Nacional", cuyo objetivo es el de asesorar a las autoridades ministeriales en las decisiones en torno a políticas y servicios públicos de salud para este grupo de la población.

2° El Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, es un espacio de participación social, que permite promover la reflexión y discusión del grupo de adolescentes y jóvenes, constituyéndose como un órgano asesor participativo que incide en la gestión de políticas públicas en salud de jóvenes y adolescentes.

3° Los objetivos específicos del Consejo Consultivo Nacional serán:

- a) Identificar necesidades de salud en torno a problemáticas de adolescentes y jóvenes en salud, con énfasis en promoción y prevención.
- b) Planificar un programa de trabajo anual, el cual deberá reunir estrategias, actividades, productos y metas a alcanzar tanto a nivel regional como nacional.
- c) Evaluar anualmente el curso de acción para generar estrategias de trabajo.
- d) Establecer alianzas con instancias similares, regionales, nacionales e internacionales, en relación a temáticas que involucran la salud de la población adolescente y joven.
- e) Velar por la formación y funcionamiento de Consejos Consultivos Regionales y/o Provinciales.
- f) Asesorar y recomendar a las autoridades ministeriales en torno a decisiones de políticas y servicios públicos de salud que consideran a los adolescentes y jóvenes.

4° El Consejo Consultivo Nacional estará conformado por 2 (dos) representantes de cada uno de los Consejos Consultivos Regionales correspondientes a las 16 regiones del país, totalizando una cantidad de 32 consejeros y consejeras.

5° El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, ejercerá la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional.

Podrán existir también, Secretarías Ejecutivas en los Consejos Consultivos Regionales.

6° La elección de los consejeros y consejeras deberá ser a través de procesos democráticos que aseguren representatividad y diversidad de jóvenes y adolescentes en cada región. Esta elección, contará con supervisión directa de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

7° La duración de los consejeros/as será de dos años en sus cargos, con posibilidad de una (1) sola reelección.

Serán elegidos para representar a las regiones, dos (2) representantes, resguardando paridad de género (hombre y mujer), a través de una elección por mayoría simple al interior del plenario.

Los postulantes deberán tener, a lo menos, un año de antigüedad en sus respectivos consejos regionales, esto debe ser acreditado con el acta de elección correspondiente a su consejo regional, con las firmas de los electores y de la Secretaría Ejecutiva correspondiente.

Los postulantes, por motivo de la representación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, deberán ser mayores a 10 años y menores de 24 años de edad.

Las dos segundas mayorías, respetando de igual manera la paridad de género y rango de edad, serán la dupla subrogante. Estos, en el caso de cesación de funciones de un consejero o consejera, por expulsión, retiro voluntario o cualquier otra causal, asumirá de manera interina.

8° Las regiones que no hayan conformado Consejos Regionales, se darán el plazo apropiado para cumplir con esa acción. En tanto ese proceso se desarrolle, nombrarán a los representantes regionales para el Consejo Consultivo Nacional, a través de un proceso de elección de mayoría simple. Se deberá realizar una convocatoria amplia a las organizaciones regionales, provinciales y/o comunales de adolescentes y jóvenes para conformar diálogos ciudadanos representativos.

9° En el caso de cesación de funciones de un consejero o consejera frente al Consejo Consultivo Nacional, por expulsión, retiro voluntario o cualquier otra causal, asumirán de manera interina alguna de las dos personas (hombre y mujer) con segunda mayoría al interior de su Consejo Regional, hasta la próxima elección.

Los adolescentes o jóvenes representantes de regiones ante el Consejo Consultivo Nacional, no elegidos de manera participativa o democrática, puestos en cargo debido a la suplencia por expulsión o retiro voluntario de un representante, asumirán el cargo de manera interina hasta que se realice una elección participativa al interior del Consejo Consultivo Regional, en una reunión debida y anticipadamente programada y convocada ampliamente, asegurando la representatividad de todas las comunas, provincias y organizaciones afines.

Cualquier cambio de representante y su debido proceso de remplazo, ya sea al interior de los Consejos Regionales o de los integrantes del Consejo Consultivo Nacional, será debidamente informado mediante oficio por los medios de comunicación oficiales de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, del Consejo Consultivo Nacional y de la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud.

10° Será además función del Consejo Consultivo Nacional, realizar la elección de los dos (2) representantes nacionales para el Consejo Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente no Planificado, de entre los 32 consejeros(as) nacionales.

La representación nacional al Consejo Consultivo del Plan Andino, estará conformada por una dupla hombre y mujer, que se elegirán democráticamente a través de mayoría simple, en una reunión oficial del Consejo Consultivo Nacional.

Las dos segundas mayorías, respetando de igual manera paridad de género y rango de edad, serán la dupla subrogante. Esta dupla ejercerá de manera interina, en el caso de cesación de funciones de un consejero o consejera, por expulsión, retiro voluntario o cualquier otra causal que impida ejercer su rol de representación en alguna instancia nacional o internacional. Al momento de que un suplente asuma de manera oficial, automáticamente la siguiente mayoría según acta, asume el cargo de suplente.

La duración de los cuatro representantes en su conjunto (dupla oficial y dupla suplente), será por un periodo de dos años, y podrán ser reemplazados antes de la finalización de este período, solo y exclusivamente debido al retiro voluntario y/o suplencia de uno de los representantes, debidamente informado mediante oficio a la Secretaría Ejecutiva del Consejo, ejercida por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Los deberes y derechos de estos representantes frente al Plan Andino, corresponden a los establecidos en el presente documento, y otros que se puedan acordar en las reuniones anuales del Consejo Consultivo.

11° Los criterios y requisitos de elección de los representantes nacionales ante el Plan Andino son:

- a) Manejar conocimiento del funcionamiento, antecedentes de conformación y estatutos del Consejo Consultivo.
- b) Disponibilidad de tiempo para reuniones, foros, encuentros (nacionales e internacionales).
- c) Compromiso con Líneas Estratégicas del Consejo Consultivo.
- d) Al menos un (1) año de trabajo como consejero regional.
- e) Avances demostrados de a lo menos un 50% en el Plan Estratégico Anual de su respectivo Consejo Regional, presentado frente al plenario del Consejo, y visado por la Secretaría Ejecutiva del mismo (Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes).
- f) Contar con acta de conformación del Consejo Consultivo Regional que representa (verificador), firmado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en adelante "la Seremi" o por el Ministerio de Salud, según lo dispuesto en el numeral 12° letra d) de la presente resolución.

12° La conformación y elección de los representantes de Consejos Regionales y Provinciales, deberá ajustarse a lo siguiente:

a) Los Consejos Consultivos Regionales y/o Provinciales se conformarán a través de una asamblea regional o diálogos ciudadanos juveniles y de adolescentes, previa convocatoria amplia a las organizaciones de la sociedad civil que sean pertinentes.

b) La conformación contará con la responsabilidad y supervisión de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, en adelante la Seremi.

c) Deberán constituirse resguardando pertinencia cultural, territorial y de género, sin discriminación de ninguna especie. Para esto, cada Seremi creará y mantendrá un catastro actualizado de organizaciones comunales, provinciales, regionales afines, asegurando representación, asociatividad y diversidad en la convocatoria.

d) La constitución del Consejo Consultivo Regional y/o Provincial, se realizará por medio de un acta que será aprobada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva. En dicha acta, se consignarán antecedentes de los participantes y las instituciones involucradas. La Seremi respectiva, tendrá un plazo de 15 días hábiles para aprobar la señalada acta. Dicho plazo será interrumpido si la Seremi solicita más antecedentes o aclaraciones. En dicho caso, el cómputo del plazo se reanudará cuando se entregue respuesta a los requerimientos. Si en el plazo señalado la Seremi no aprueba el acta de constitución y no da motivo fundado para ello, se podrá remitir directamente la solicitud de aprobación al Programa Nacional, que procederá en los términos recién expuestos para la Seremi.

e) Cada Consejo deberá tener Estatutos de funcionamiento aprobados y firmados por el pleno del Consejo y por la Seremi respectiva. Para esto, el presente Estatuto constituirá la base mínima, pudiendo ser amoldado a las necesidades y/o especificidades de cada región, pero no incorporando disposiciones que contravengan lo que en él se ha establecido. Para la aprobación de los Estatutos se procederá conforme a lo establecido en el literal precedente.

13° Los derechos de los consejeros y consejeras son los siguientes:

a) Expresar libremente y sin discriminación sus opiniones, de manera fundada y bajo principios de respeto y tolerancia;

b) Proponer asuntos atinentes a temáticas de salud de adolescentes y jóvenes, que puedan ser objeto de análisis y discusión en las correspondientes reuniones anuales. Esta solicitud se realizará por escrito y con al menos un (1) mes de anticipación a dicha reunión presencial;

c) Participar en los debates y decisiones del pleno del Consejo Consultivo Regional y Nacional;

d) Solicitar información a la Secretaría Ejecutiva de manera fundada y pertinente;

e) Votar libremente y acatar las resoluciones tomadas por el pleno del Consejo Consultivo en mayoría simple.

14° Los deberes de los consejeros y consejeras son:

a) Asistir a las reuniones Regionales y Nacionales del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, justificando por escrito las ausencias con la debida antelación.

b) Representarán al Consejo Consultivo en actividades a las que convoca a nivel local, regional, nacional e internacional. Deberá difundir el trabajo, posiciones y temas relevantes del consejo.

c) Aceptar los comités de trabajo que les encomiende el Consejo Consultivo Regional y Nacional, no pudiendo excusarse de él sino por causas justificadas, mediante oficio y aceptados por estos.

d) Respetar y acatar las decisiones del Consejo Consultivo y de las demás autoridades.

e) Mantener una conducta adecuada y respetuosa, evitando toda clase de comportamiento que pueda perjudicar la imagen del Consejo Consultivo.

f) Participar activa y responsablemente durante las sesiones.

g) Cumplir y hacer cumplir lo establecido en la presente resolución y los acuerdos que se adopten.

El consejero(a) que reiteradamente falte a los deberes aludidos, privará al consejero(a) de las prerrogativas establecidas en las letras b, c, d, e y f correspondientes a los derechos de los consejeros(as), y podrá ser causa de reemplazo y/o expulsión.

El reemplazo o expulsión de un consejero(a) activo(a) deberá acordarse por la mayoría simple del Consejo Consultivo. La solicitud de expulsión o renuncia deberá ser por escrito, fundada y firmada por los solicitantes, dirigida al Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, quien se encargará de informarlo a la Seremi respectiva cuando corresponda.

No obstante, se podrá permitir flexibilidad en el establecimiento de la sanción, dependiendo de la gravedad o reiteración de las faltas, yendo estas desde la suspensión por un número determinado de sesiones, implicando eso su reemplazo temporal, o bien su expulsión definitiva, lo cual implicaría su reemplazo definitivo.

Esta flexibilidad distinguirá también entre aquellos que ejerzan como consejeros(as) regionales, de los que ejerzan como consejeros(as) nacionales, pues estos últimos pueden ser reemplazados al interior del Consejo Consultivo Nacional, pero no necesariamente desvinculados o reemplazados de su labor al interior de su Consejo Regional respectivo.

15° Existirá un logo oficial del Consejo Nacional e identificación de los consejeros, cuya utilización será la siguiente:

a) Existirá un logo oficial del Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes, el cual deberá ser utilizado por cada Consejo Consultivo Regional, Provincial y Comunal, en todas las reuniones y/o actividades propias de sus funciones, que se sujeten a lo establecido en la presente resolución, sea que se desarrollen en el país y/o en el extranjero.

b) Cada región, provincia y comuna, podrá adaptar el logo oficial del Consejo Consultivo Nacional modificando la bajada de texto correspondiente a la sección "Minsal", siendo acompañado por el nombre de su localidad o región.

c) Cada consejero y consejera nacional, contará con una ficha de inscripción y una credencial distintiva, que acredite su calidad de consejero o consejera en distintas reuniones o actividades propias de sus funciones, siendo éstas, proporcionadas por la Secretaría Ejecutiva pertinente al Consejo Consultivo Nacional y/o Regional.

16° Las sesiones del Consejo Consultivo se sujetarán a lo siguiente:

a) El Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud sesionará presencialmente al menos una (1) vez al año, además de las sesiones establecidas internamente por los Consejos Regionales, que al menos procurarán materializar sesiones antes de cada sesión anual del Consejo Consultivo Nacional, sin perjuicio de otras reuniones presenciales o virtuales que el Ministerio de Salud o las Seremis y/o los propios Consejos Consultivos Regionales fijen oficiosamente u oyendo las solicitudes y propuestas por el Consejo Consultivo Nacional.

b) Las sesiones tendrán como propósito mínimo que los consejeros(as) conozcan el estado de avance del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, a través de una cuenta pública de la gestión en salud dada por el Ministerio; planifiquen y evalúen sus acciones; dialoguen con las autoridades ministeriales a cargo de la organización de servicios de salud para adolescentes y jóvenes; opinen, prioricen y decidan propuestas frente a lo presentado o frente a otras materias que estimen pertinentes en estos encuentros; así como propongan reuniones presenciales o virtuales para asuntos específicos.

c) Las decisiones que adopte el Consejo Consultivo Nacional en el ejercicio de las funciones propias, serán tomadas por la mayoría simple de sus miembros presentes.

d) Las convocatorias a las sesiones del Consejo Consultivo Nacional deberán ser comunicadas a los consejeros(as) por el Programa de Salud de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, en su rol de Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional, conforme lo establece el numeral 5° de la presente resolución.

e) Será deber de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional, hacer un proceso de consulta y co-diseño de la agenda de trabajo de cada reunión, en conjunto con los representantes nacionales, al menos con un (1) mes de anticipación.

f) Los materiales, acuerdos y programas respectivos, deberán enviarse a los consejeros(as) al menos con una (1) semana de antelación a la sesión de que se trate.

g) Será responsabilidad de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional, elaborar los documentos de sistematización de los materiales, debates, acuerdos y recomendaciones que resulten; dichos documentos serán entregados oportunamente a cada consejero(a) regional.

h) Al menos 30 días antes de la jornada nacional anual, cada Secretaría Ejecutiva Regional, constituidas en las respectivas Seremis, deberá enviar a la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional, lo siguiente:

- Acta de constitución del Consejo Regional.
- Fotocopia de carnet de identidad (por ambos lados) de la dupla de representantes que asistirán a la sesión del Consejo Consultivo Nacional. En caso de ser menor de edad, el representante deberá entregar una autorización por escrito de sus padres o de un adulto responsable.

17° Las regulaciones sobre el funcionamiento del Consejo Consultivo establecidas en la presente resolución, no podrán modificarse total ni parcialmente sin la aprobación de los dos tercios de los miembros que estén en plenitud de sus derechos y prerrogativas, reunidos en la sesión anual presencial.

18° Derógase el decreto exento N° 65, de 1 de marzo de 2010, del Ministerio de Salud.

Anótese, comuníquese y publíquese.- Por orden del Presidente de la República, Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 1, de 14 de enero de 2020.- Saluda atentamente a Ud., Paula Daza Narbona, Subsecretaria de Salud Pública.



ANEXOII. Ejemplo de Guía Metodológica jornada de participación.

ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	PRODUCTO ESPERADO	TIEMPO	RESPONSABLES	MATERIALES
Recepción de Participantes	Coordinadores hacen entrega de material escrito y anota asistencia en planilla	Todos los participantes cuentan con programa y material. Lista oficial de participantes	15 minutos	Facilitadores.	Hoja de inscripción Credenciales Carpetas
Inauguración encuentro.	Intervención del coordinador central del encuentro: Explica el contexto del encuentro (Qué, para qué, quiénes, y cómo) y Presentación equipo. Intervención de un adolescente y/o joven con trayectoria en estos espacios (representante Consejo Consultivo Nacional), de un saludo a los asistentes, en representación del grupo de adolescentes y jóvenes. Facilitadores, hacen breve introducción a la agenda de la actividad, principales objetivos de la jornada y temas prioritarios a tratar.	Se reconoce el panorama general sobre el cual el encuentro ha sido constituido, sus antecedentes y propósitos. Reconocimiento de equipo de profesionales. Reconocimiento del rol de vocería de los adolescentes y/o jóvenes desde la voz de un representante.	20 minutos	Coordinador, facilitadores, representante grupo de adolescentes.	No aplica
Dinámica motivacional de presentación.	Técnica de presentación del Ovillo de Lana El grupo está sentado en círculo sin dejar espacios vacíos. El ovillo lo tiene el facilitador y se lo lanza a otra persona del grupo sujetando el extremo. Justo antes de lanzarlo dice en voz alta: "me llamo Soy de.....Lo que espero de este encuentro es y quiero ofrecer mi... (una cualidad personal positiva)". Quien recibe el ovillo repite lo mismo, y cuando termina, lanza el ovillo a otra persona sujetando el hilo de manera que quede más o menos tenso (sin que llegue a tocar el suelo) Cuando todos hayan recibido el ovillo quedará formada una estrella de tantas puntas como participantes. En ese momento, el facilitador tratara de incentivar una reflexión sobre la figura formada (Ej.: todas las puntas son necesarias para que la figura se mantenga, si uno suelta una punta, la figura se desarma; somos todos importantes para el logro de los objetivos, etc.)	Consejeros se reconocen entre ellos, se espera generar ambiente amigable que propicie trabajo en conjunto. Se permitirá que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de formación. Mantener una atmósfera de confianza y seguridad en los participantes, que les permita participar activamente durante los procesos de enseñanza-aprendizaje Introducir los conceptos de trabajo en equipo, coordinación, metas compartidas y representatividad, como aspectos del rol del vocero.	30 minutos	Facilitadores.	Ovillo de lana

<p>Cuenta pública Programa Nacional de Salud Adolescentes y Jóvenes MINSAL.</p>	<p>Con apoyo de diapositivas, representante del Programa Adolescencia expone principales desarrollos y perspectivas de mediano plazo. Se expone de manera dinámica y concreta los aspectos más relevantes de las acciones del programa y sus ámbitos de acción. Posterior a eso, en 10 minutos se pide a los jóvenes que se reúnan en grupos por cercanía, y se pide que elaboren 1 pregunta y una reflexión en torno a lo expuesto. Cada grupo eligen 1 vocero (a) que presenta sus reflexiones. Expositor acoge y/o responde, iniciándose en esta tercera etapa un dialogo más fluido entre ambas partes.</p>	<p>Presentación de los avances en el desarrollo del Programa Nacional de Salud Integral.</p> <p>Cuenta Pública Retroalimentación a cuenta pública. Ejercitar labor de vocería de opinión grupal de los adolescentes y jóvenes frente a “profesionales y/o autoridades”.</p>	<p>30 min.</p>	<p>Facilitadores</p>	<p>Power Point de exposición</p> <p>- 3 Hojas o fichas con texto: A) Pregunta. B) Reflexión.</p> <p>- 3 lápices</p>
DESCANSO Y ALIMENTACION					
<p>Taller sobre prevención de la violencia en las relaciones de pareja y promoción del buen trato igualitario entre adolescentes y jóvenes.</p>	<p>La actividad tiene una duración de 2 horas y se divide en 3 partes:</p> <p>1) El/la expositora realiza una presentación de la temática abordando los temas: tipo de violencia (mostrará un video de ello) y luego explicar y/o entrega datos y cifras. Este material es entregado de manera física también, para que puedan trabajar con el material impreso en la construcción de la actividad 2 y 3. La idea de la presentación es que los adolescentes y jóvenes reciban la información como insumo para la elaboración del árbol del problema². (30 minutos)</p> <p>2) Árbol del problema: para esta actividad se dividen en 4 subgrupos de 5 personas, con el objetivo que reflexionen sobre lo más relevante para ellos de lo presentado por el expositor y las posibles recomendaciones de soluciones desde las políticas públicas o acciones de difusión. Una vez realizado eso tendrán que presentarlo a los demás. (45 minutos).</p>	<p>Árbol de problemas y material gráfico preventivo/informativo,</p>	<p>120 minutos</p>	<p>Expositor/ra, Facilitadores</p>	<p>Papelógrafo Plumones: (rojo azul negro, verde). Post-it Grabadora Material impreso de la temática.</p>

2- El **Árbol de problemas** es una técnica que permite identificar todas las causas y efectos de problema. Ayuda en la planificación del proyecto, proporcionando una guía para solucionar un **problema** mediante la identificación de las múltiples causas.

ALMUERZO					
<p>Dinámica lúdica motivacional después de almuerzo</p>	<p>Dinámica del “nudo humano”.</p> <p>a) El facilitador/a solicita al grupo que se sitúen formando un gran círculo.</p> <p>b) Una vez formado el círculo, quien esté coordinando pedirá que se tomen de las manos con otros compañeros y compañeras, pero no podrán ser las personas con las que estén ubicadas a su derecha y a su izquierda.</p> <p>c) Luego se le solicitará que suelten unas de sus manos y vuelan a tomar otra mano distinta, de la misma manera que la vez anterior no puede ser su compañero y compañera de al lado.</p> <p>d) Una vez que lo hagan se habrá formado un gran nudo humano. El objetivo del juego es desenredarse sin soltarse de las manos. Los participantes deben estar dispuestos para agacharse, girar y moverse de cualquier forma que sea necesaria para desenredar el nudo, pasando, si es necesario, por debajo de las manos de los demás, o por encima.</p>	<p>Objetivo de la dinámica El Nudo Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la desinhibición y generar un clima grupal distendido. - Promover la interacción grupal de manera entretenida. - Promover el trabajo en grupo y el logro de objetivos en equipo. 	<p>20 minutos</p>	<p>Facilitadores</p>	<p>Ninguno</p>
<p>Cuenta Pública Consejeros Regionales.</p>	<p>Cada dupla regional, expone actividades de buenas prácticas y obstáculos desarrollados en sus regiones (máximo 5 láminas). Con especial énfasis en:</p> <p>a. Trabajos con adolescentes, formación de grupos de discusión, talleres, otros medios de difusión de las tareas del Consejo Regional.</p> <p>b. Contactos internos</p>	<p>Sistematización que dé cuenta de los trabajos realizados en cada una de las regiones, vinculadas con los fines del Consejo Consultivo, intercambiando experiencias y aprendizajes afines en el proceso de constitución, y funcionamiento de los Consejos Consultivos Regionales.</p>	<p>1.hr. 30 min.</p>	<p>Consejeros Regionales Facilitador</p>	<p>Power Point instalados en PC listos para su proyección.</p>

DESCANSO Y ALIMENTACIÓN					
<p>Proceso de elecciones consejeros/as representantes nacionales.</p>	<p>Elección de Representantes Nacionales. Se explica la necesidad de elegir a 4 consejeros (as), de los cuales una pareja (hombres y mujer), ejercerán como representantes nacionales oficiales, y una segunda pareja (hombre y mujer), ejercerán el rol de representantes suplentes frente a instancias institucionales nacionales e internacionales.</p> <p>Se pedirá voluntario o interesado para cubrir las 2 vacantes requeridas. Si el número de voluntarios es favorable y supera la cantidad requerida, de entre los candidatos se realizará la elección de representantes a través de votación escrita. Previo a esto, cada candidato debiera incluir una presentación, donde explique a la asamblea su motivación.</p> <p>Cada integrante del consejo escribirá en un papel, el nombre de sus dos candidatos mujeres y sus dos candidatos hombres. El papel es ingresado en una urna de cartón, para después hacer la lectura de votos en voz alta frente a todo el grupo. Serán electo las dos primeras mayorías en hombres y mujeres para ser los representantes oficiales, y las segundas mayorías para ser los suplentes.</p>	<p>2 representantes nacionales (hombre y mujer) del Consejo frente a instancias institucionales nacionales e internacionales. Y una pareja de suplentes.</p>	<p>45 min</p>	<p>Facilitador hace la Introducción. referencia a los criterios y requisitos de elección.</p>	<p>Hoja de votación para cada consejero/a de grupo. Una urna de cartón (caja de zapatos).</p>
DESCANSO Y ALIMENTACIÓN					
<p>Foro Conclusiones.</p>	<p>Reflexión final por parte de profesionales de salud y/o coordinadores y por parte de los consejeros y consejeras. Fotografía oficial. Aplicar encuesta de evaluación a cada participante al finalizar el encuentro. Realizar el cierre de la jornada con un resumen de las principales conclusiones, presentación de la fecha del siguiente encuentro, información sobre cómo continua el proceso y un mensaje de reconocimiento a su participación. Se recomienda entregar algún material con número y lugar de contacto para más informaciones.</p>	<p>Se da término oficial al encuentro, se agradece la participación de los asistentes. Se establece un sentido de continuidad y compromisos para las próximas actividades.</p>	<p>30 min.</p>	<p>Facilitadores.</p>	<p>Encuesta impresa según participantes.</p>

ANEXO III: Formato de consentimiento y/o asentimiento informado para menores de edad.



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISION DE PREVENCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL
Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

DECLARACIÓN SIMPLE PARTICIPACIÓN

Yo, _____ (nombre quien autoriza),
 _____ (parentesco con adolescente),
 Rut: _____, autorizo a _____, para
 participar en la **" XX Reunión del Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes "**,
 organizada por el Ministerio de Salud. La cual se realizará los días _____
 de _____, en la comuna de _____, Región Metropolitana.

Fecha: _____, _____ de 20 _____

Nota: Completar sólo en caso de menores de edad

Formato "Consentimiento Informado para registro de fotografías y/o videos".



SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
 DIVISION DE PREVENCIÓN DE CONTROL DE ENFERMEDADES
 DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL
 Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

AUTORIZACIÓN USO IMÁGENES

Autorizo al Ministerio de Salud a ocupar en forma gratuita, mi imagen a través de fotografías o videos, en campañas de difusión e impresos elaborados por dicha Secretaria de Estado, en el contexto de mi participación en la " **XX Reunión del Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes**", organizada por el Ministerio de Salud. La cual se realizará los días 16 y 17 de octubre, en la comuna de San José de Maipo, Región Metropolitana.

Nombre(adolescente): _____

Teléfono: _____ Rut: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

 Firma

Nombre y firma padre/ madre o tutor, si es menor de edad:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____, _____ de 20_____

BIBLIOGRAFÍA.

- [1] A. Maturana, «Consumo de alcohol y drogas en adolescentes.», *REV MED CLIN CONDES*, vol. 22, n.o 1, pp. 98-109, 2011.
- [2] Ministerio de Salud de Chile, «Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención». 2012.
- [3] Ministerio de Salud de Chile, «Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes. Orientación técnica para la Atención Primaria de Salud.» 2018, [En línea]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf.
- [4] Instituto Nacional de Estadística, «Síntesis de Resultados. Censo 2017». 2018, [En línea]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>.
- [5] Ministerio de Salud de Chile., «Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020». 2011, [En línea]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
- [6] OPS, «Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente». 2010, [En línea]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>.
- [7] Ministerio de Salud, Resolución Exenta N° 65. *Creación Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud*. 2010.
- [8] OPS/OMS/ONUSIDA, «Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. Washington: OPS.» 2016.
- [9] ORAS-CONHU, «Resolución REMSAA XXVIII/437. Prevención del Embarazo Adolescente.» 2007.
- [10] Family Care International, «Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescente. Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas». 2011, [En línea]. Disponible en: http://familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL_web.pdf.
- [11] Ministerio de Salud, «Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente. Antecedentes de la Conformación del Consejo Consultivo de los y las adolescentes en Chile. [Documento de trabajo no publicado]. Santiago, Chile.» 2010.
- [12] Ministerio de Salud del Ecuador, «Plan Andino de la Prevención del Embarazo Adolescente y Diagnóstico en Información. Gobierno Nacional de la República de Ecuador.» 2008.
- [13] Ministerio de Salud, «Documento de Sistematización. En Salud los Jóvenes Eligen.» 2011, [En línea]. Disponible en: www.minsal.gob.cl.
- [14] Ambresin A-E, Bennett K, Patton GC, Sancí LA, Sawyer SM, «Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives.», *J Adolesc Health*, vol. 52, n.o 6, pp. 670-681, 2013.
- [15] Organización Mundial de la Salud, «Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: "Políticas públicas favorables a la salud" Adelaida (Australia)». 1988.
- [16] OPS, «Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978». 1978, [En línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
- [17] Organización Mundial de la Salud, «Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Conferencia internacional de promoción de la salud Salud Publica.» 2001, [En línea]. Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>.
- [18] CEPAL, «Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.» CELADE, 2013, [En línea]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>.

- [19] ONU, «Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.» 1994, [En línea]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf.
- [20] CCNCM, «Informe de avance del gobierno de Chile para la implementación del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo 2014-2017.» Comité Coordinador Nacional Consenso de Montevideo (CCNCM), 2018.
- [21] Ministerio de Desarrollo Social, «Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, en el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y las Observaciones del Comité de los derechos del Niños al Estado Chile 2015.» 2017, [En línea]. Disponible en: <http://www.cre-ciendoderechos.gob.cl/docs/plan-de-accion-y-ODS-cuadernillo.pdf>.
- [22] ONU, «Convención Sobre los Derechos del Niño». 1989, [En línea]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>.
- [23] Ministerio de Salud, *Resolución Exenta N°31. Establece Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud. Ministerio de Salud de Chile.* 2015.
- [24] Ministerio Secretaría General de Gobierno, *Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.* 2011.
- [25] Ministerio de Salud, «En el Camino a Centro de Salud Familiar.» 2008, [En línea]. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>.
- [26] María Victoria Estrada; Edda Madrid-Malo; Luz Marina Gil, «La participación está en juego.» UNICEF, 2000, [En línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/participacion.pdf>.
- [27] OECD, «Citizens as Partners - Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making.» 2001, [En línea]. Disponible en: <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Citizens-as-Partners-OECD-Handbook.pdf>.
- [28] GONZALEZ R., Esperanza, «Manual sobre participación y organización para la gestión local.» Cali: Foro Nacional por Colombia., 1995.
- [29] HART, Roger, «La participación de los niños. De la participación simbólica a la participación auténtica.» Bogotá: UNICEF - Gente Nueva., 1993.
- [30] Phil Treseder, *Empowering children and young people: promoting involvement in decision-making.* Save the Children, 1997.
- [31] Wong NT, Zimmerman MA, Parker EA, «A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion», *Am J Community Psychol*, vol. 46, n.o 1, pp. 100-114, 2010.
- [32] UNICEF, «Una nueva mirada de la participación adolescente». Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia., 2013.
- [33] Organización Mundial de la Salud, «Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud.» 2009.
- [34] Sadler, Obach, Luengo, Biggs., «Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile.» CulturaSalud/Ministerio de Salud, 2011.
- [35] Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, «Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación. Documento regional - 2010.» Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, 2010, [En línea]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>.
- [36] Cook C., «Challenging the behavioural model: exploring individual, interpersonal, and structural predictors of adolescent dual protection use», Faculty of social work. University of Toronto, Toronto, Canadá, 2009.
- [37] Romero LM, Middleton D, Mueller T, Avellino L, Hallum-Montes R., «Improving the Implemen-

- tation of Evidence-Based Clinical Practices in Adolescent Reproductive Health Care Services.», *J Adolesc Health*, vol. 57, n.o 5, pp. 488-95, 2015.
- [38] Organización Panamericana de la Salud, «Proyecto Equidad de Género y Reforma de Salud. Observaciones y comentarios al documento Objetivos sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010. Chile: OPS». 2002.
- [39] Krieger N., «Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter?», *Int. J. Epidemiol.*, vol. 32, pp. 652-657, 2003.
- [40] Escuela Andaluza de Salud Pública, «Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. España». 2013.
- [41] OPS, «OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283». 1996.
- [42] Kuh, D. et al., «Life course epidemiology», *J Epidemiol Community Health*, vol. 57, pp. 778-783, 2003.
- [43] Barker, D., «Fetal and infant origins of adult disease». London: British Medical Publishing Group., 1992.
- [44] Ministerio de Salud, «Políticas de Salud y Pueblos Indígenas». 2006.
- [45] ONU, «Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos». Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006, [En línea]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQspdf>.
- [46] OPS, «IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Salud del Niño y del Adolescente Salud Familiar y Comunitaria.» 2006, [En línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN.pdf>.
- [47] OPS, «Recomendaciones para la atención integral Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.» 2000, [En línea]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>.
- [48] P. Eguiguren, G. Rojas , M. I. Matamala, I. Palma y T. Galvez, «Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile.», *Rev Panam. Salud Pública*, vol. 41, n.o 77, p. 7, 2017.
- [49] Alianza, «Una Guía para Facilitadores de Talleres Participativos con ONGs/OBCs que Trabajan en VIH/SIDA.» 2002, [En línea]. Disponible en: https://www.aidsalliance.org/assets/000/001/048/fgs0302_Facilitators_guide_sp_original.pdf?1413459083.
- [50] UNICEF, «Adultos aliados a las y los adolescentes». Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2013.
- [51] Calivá E., Juan., «Manual de capacitación para facilitadores.» IICA. San José, C.R., 2009, [En línea]. Disponible en: www.iica.int.
- [52] Martinic, S., «Algunas categorías de Análisis para la Sistematización». 1984, [En línea]. Disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/1984/libro/001313.pdf>.
- [53] UNFPA, «Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes». Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe., 2006.





APRUEBA ORIENTACIÓN TÉCNICA DE FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SALUD.



EXENTA N° 1116 /

SANTIAGO, - 9 NOV 2021

VISTO: Estos antecedentes; lo dispuesto en el artículo 19 N° 1 y N° 9 de la Constitución Política de la República; en el Código Sanitario; en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el Reglamento Sanitario Internacional, promulgado a través del decreto supremo N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la resolución exenta N° 65 del año 2010 del Ministerio de Salud, que creó el CCAJ, y que actualmente se desarrolla como expresión de la política pública del MINSAL a través de la nueva resolución exenta N° 01, del 14 de enero del año 2020; en la ley 20.500, de 2011, del Ministerio Secretaría General de Gobierno, sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública; en el memorándum B26 N°191, 2021 y en el memorándum B26 N° 561, 2021, ambos de la División de Prevención y Control de Enfermedades; en la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que le corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

2. Que, a esta Secretaría de Estado le corresponde ejercer la rectoría del sector salud y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

3. Que, asimismo, esta Cartera debe establecer, mediante resolución, orientaciones técnicas de atención en salud. En el ejercicio de esta función, le compete desarrollar aquellos documentos técnicos que orienten la atención a la población en materias específicas.

4. Que, la promoción de la salud es una responsabilidad política, económica y social del Estado para realizar profundas transformaciones en todos los niveles de la sociedad

5. Que, el Ministerio de Salud, a través del **Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes**, busca promover la salud y el desarrollo de la población entre los 10 y 24 años.

6. Que, el señalado programa se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, además de la Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2010-2018 para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, pretendiendo aumentar y mejorar el acceso a los servicios amigables de atención, promover la legislación sobre derechos y las necesidades de adolescentes y jóvenes, ampliar la participación juvenil en la planificación de los planes y programas, implementar intervenciones efectivas basadas en evidencia y propiciar una política integrada con otros sectores.

7. Que, "**La Orientación Técnica para el Fortalecimiento de la Participación de Adolescentes y Jóvenes en salud**", está dirigido a los equipos y referentes de las SEREMIS y Servicios de Salud del país, pero también a todos los profesionales que trabajan con adolescentes y jóvenes dentro de la red de atención de salud, con la intención de seguir guiando y fortaleciendo las prácticas de participación.

8. Que, esta Orientación Técnica surge de la necesidad de entregar mejores herramientas a los profesionales de la salud que trabajan y atienden adolescentes y jóvenes en todos los niveles de atención, con el objetivo de fortalecer la experiencia de participación a través de los Consejos Consultivos en Salud.

9. Que, en mérito de lo anterior y en uso de las facultades que me confiere la ley, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución la “**Orientación Técnica para el Fortalecimiento de la Participación de Adolescentes y Jóvenes en salud**”.

2. Que la Orientación Técnica aprobada se encuentra en documento anexo a la presente resolución y se entenderá formar parte de éste. El original de la Orientación Técnica consta de 77 páginas, y se mantendrá en poder de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública.

3. **PUBLÍQUESE**, por la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, el texto íntegro de la “Orientación Técnica para el Fortalecimiento de la Participación de Adolescentes y Jóvenes en Salud”, y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última. Todas las copias de referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

DISTRUBUCIÓN

- Gabinete ministro de Salud
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Archivo División Jurídica
- Oficina de Partes