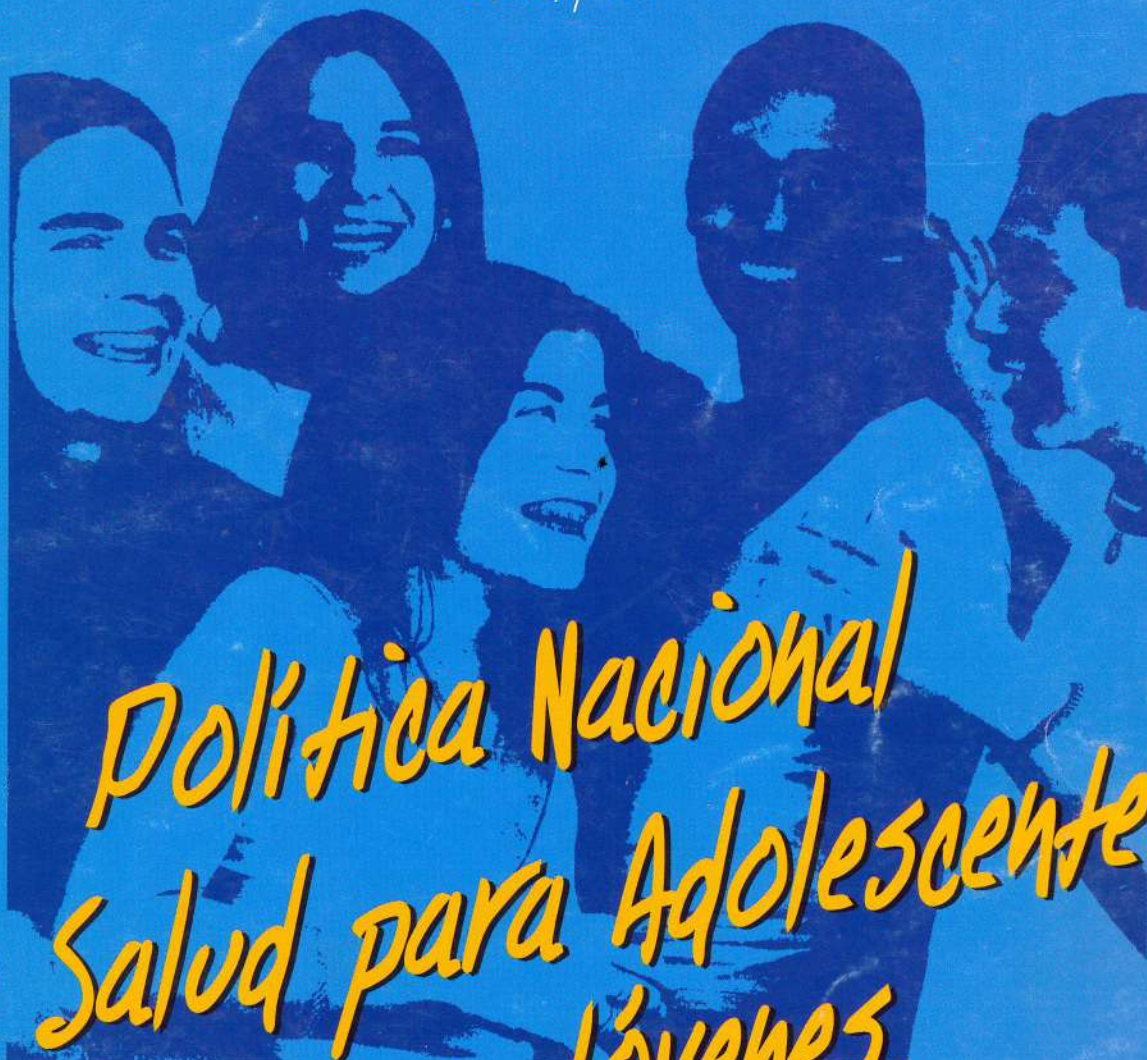




**MINISTERIO
DE SALUD**

La Vida es lo primero



**Política Nacional
de Salud para Adolescentes
y Jóvenes.**

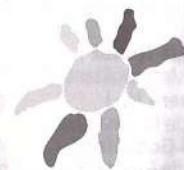
JÓVENES

DIVISION SALUD DE LAS PERSONAS
PROGRAMA SALUD DEL ADOLESCENTE

SALUD PARA LA GENTE JOVEN

Política Nacional
de Salud para
Adolescentes
y Jóvenes

Jóvenes
ADOLESCENTES



**MINISTERIO
DE SALUD**

La vida es lo primero



Equipo de Trabajo:

- **Sr. Miguel Ángel González-Guerra,**
Jefe del Programa Nacional de Salud del Adolescente.
- **Dr. Enrique Ayarza Ramirez,**
Asesor del Programa Nacional de Salud del Adolescente.
- **Dr. Jaime Burrows Oyarzún,**
Gabinete Sr. Ministro de Salud,
- **Dra. Verónica Gaete Pinto,**
Ser Joven. Centro de Salud del Adolescente, Universidad de Chile
- **Dra. Ximena Luengo Charath,**
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente
- **Dra. Virginia Toledo Dreves ,**
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente.
- **Dra. Patricia García Nuñez ,**
Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- **Sr. Ernesto Jorquera N.,** I
nstituto Nacional de la Juventud
- **Sra. María Isabel González T.,**
Ser Joven. Centro de Salud del Adolescente, Universidad de Chile
- **Sra. Patricia Hämel Barbosa.,**
Depto. de Psiquiatría y Salud Mental Facultad de Medicina
Campus Sur. Universidad de Chile.

Indice

PRESENTACION 5

INTRODUCCION 7

PRIMERA PARTE: MARCO GLOBAL 11

3

I.A. ADOLESCENTES Y JÓVENES: LA GENTE JOVEN 11

Aspectos Generales 11

Aspectos Específicos 13

I.B. CONSIDERACIONES ÉTICAS 14

Fundamentos éticos 14

Principios que rigen la elaboración de Políticas de

Salud para la Gente Joven 16

**I.C. PERFIL DE ADOLESCENTES Y
JOVENES EN CHILE** 19

Características Socio Demográficas 20

Educación 21

Trabajo 22

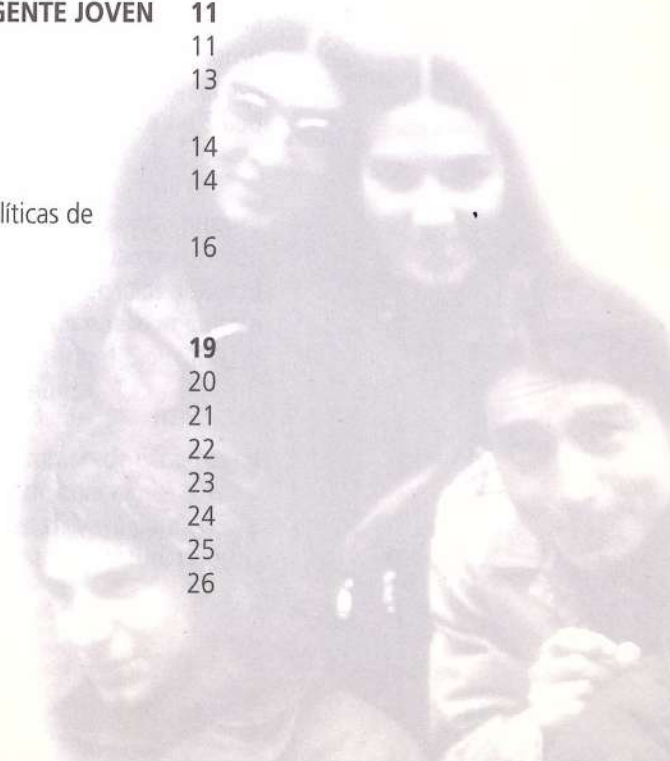
Tiempo Libre y Recreación 23

Jóvenes y Participación 24

ámbito familiar 25

Justicia 26

ES
ESCENTES



Salud para la Gente Joven

I.D. SITUACION DE SALUD DE LOS JÓVENES	27
Mortalidad y Morbilidad	27
I.E. POLITICAS DEL GOBIERNO	41
La Política Social del Gobierno	41
Políticas hacia los jóvenes	42
SEGUNDA PARTE: POLITICA DE SALUD PARA LA GENTE JOVEN	45
II.A. PROPÓSITO	45
II.B. PRINCIPIOS RECTORES	46
II.C. LINEAMIENTOS POLÍTICOS	48
REFERENCIAS	51

4

Jóvenes
ADO

Presentación

Durante el presente mandato presidencial, el Supremo Gobierno se ha propuesto superar la pobreza y mejorar la calidad de vida de todos los chilenos, en especial la de aquellos que hoy se encuentran más desprotegidos. El Ministerio de Salud, en el marco de las políticas impulsadas por Su Excelencia el Presidente de la República, ha venido desarrollando una serie de iniciativas dirigidas a los grupos más vulnerables contenidas en la llamada Agenda Social. Uno de estos grupos, el de los jóvenes, ha sido foco de un intenso trabajo en esta Secretaría de Estado a través del Programa de Salud del Adolescente, cuya creación significó el primer impulso dado por nuestro Gobierno a una Política de Salud dirigida a este grupo etáreo.

Después de cinco años de trabajo de dicho Programa, y habiendo logrado asentar nuestra preocupación por los jóvenes al interior de nuestro Sistema de Salud, con la creación de Equipos de Salud del Adolescente tanto a nivel de las Direcciones de los Servicios de Salud como de los Centros de Salud a lo largo del país, hemos decidido dar un nuevo impulso a los esfuerzos ya desplegados, con la clara conciencia de que, de cara al Siglo XXI, el desafío de mejorar la Salud de los Jóvenes se hace más fuerte que nunca.

En el desarrollo de estas Políticas ha trabajado intensamente una comisión de expertos en el tema, quienes nos han otorgado un valioso y generoso aporte de conocimientos, así como un tremendo esfuerzo de sistematización y elaboración de éstas. Vaya para ellos, y para tantos otros que han trabajado anónimamente en pos de nuestra juventud, nuestro más sentido agradecimiento.

Salud para la Gente Joven

Teniendo la convicción de que esta es una Tarea de Estado, confiamos en que las Políticas que aquí presentamos se convertirán en una Carta de Navegación para el desarrollo futuro de nuevas iniciativas orientadas a los jóvenes.

Hacemos votos porque los jóvenes de Chile puedan confiar en su país, en sus autoridades y en los equipos de salud, quienes en conjunto con ellos sabrán llevar adelante la gran misión de construir un futuro mejor y alcanzar una vida más saludable.

6

ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

Jóven
ADO

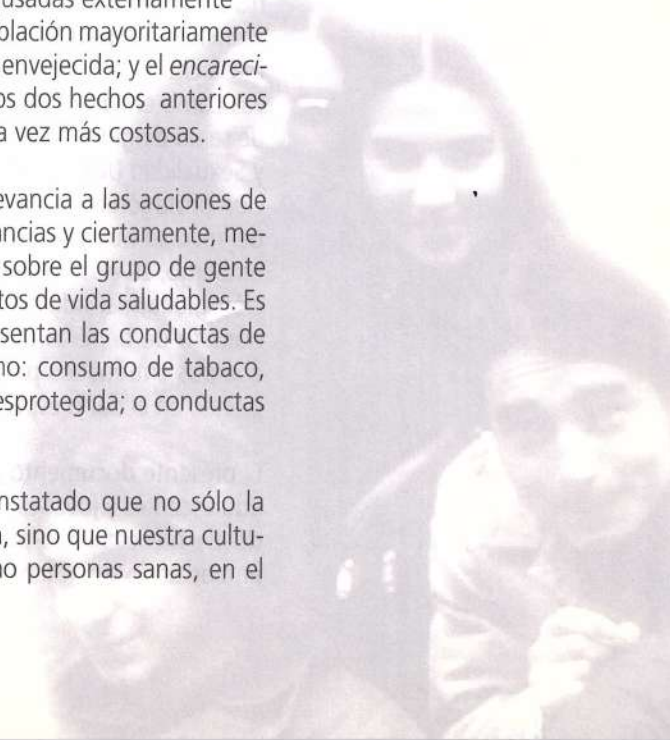
Introducción

La Salud chilena está enfrentando una serie de nuevos desafíos y transformaciones. Esto es consecuencia, por una parte, de procesos propios de nuestra situación sanitaria y demográfica, y por otra, de la necesidad de introducir reformas en nuestro sistema sanitario acordes con el proceso de modernización que vivimos.

Entre los principales desafíos destacan procesos tales como: *la transición epidemiológica*, en que la importancia relativa de las enfermedades infectocontagiosas va en disminución, dando paso a enfermedades crónicas y degenerativas y, a las causadas externamente -accidentes y violencia-; *la transición demográfica*, en que una población mayoritariamente infantil es reemplazada progresivamente por una población más envejecida; y el *encarecimiento de los costos en salud*, consecuencia por una parte de los dos hechos anteriores y por otra parte, de la incorporación de nuevas tecnologías cada vez más costosas.

En el marco de estos procesos, se ha dado cada vez mayor relevancia a las acciones de Promoción y Prevención, mucho más efectivas en estas circunstancias y ciertamente, menos costosas. Al focalizar dichas acciones, la atención se torna sobre el grupo de gente joven, susceptible de adquirir mayoritariamente conductas y hábitos de vida saludables. Es también en las edades de los 10 a los 24 años, cuando se presentan las conductas de riesgo que van a provocar daño sobre nuestra población, como: consumo de tabaco, alcohol o drogas; malos hábitos alimenticios; actividad sexual desprotegida; o conductas agresivas y violentas, por mencionar algunas.

Una vez puesta la atención sobre este grupo etario, se ha constatado que no sólo la adquisición de conductas de riesgo caracterizan a ésta población, sino que nuestra cultura sanitaria consideraba a los y las adolescentes y jóvenes como personas sanas, en el



Salud para la Gente Joven

sentido de ausencia de enfermedad. Sin embargo, se observa que sí presentan morbilidades y que éstas están mayoritariamente ligadas a las conductas de riesgo, muy relacionadas con la socialización de género. La impresión de que no se enferman, está dada más bien por el hecho de que la gente joven no consulta en los servicios de salud clásicos, donde el personal no está entrenado para su atención y por lo tanto, no tienen una acogida adecuada.

Aparece entonces un hecho indesmentible: adolescentes y jóvenes han sido históricamente discriminados en las acciones de salud. La falta de preocupación por este grupo conduce, ineludiblemente, a un fracaso en revertir las tendencias sanitarias actuales, y por otra parte, constituye una muestra evidente de las inequidades que caracterizan nuestra situación de salud y que el Gobierno está empeñado en superar.

La Salud de Adolescentes y Jóvenes adquiere cada vez mayor relevancia para el Ministerio de Salud, el que se ha ido preocupando de promover la mayor importancia que ésta debe tener. Es así como a mediados de 1995, dió origen al Programa de Salud del Adolescente, iniciativa que marcó todo un hito por cuanto a través de esta instancia institucional impulsó un importante número de iniciativas, referentes a la salud de los y las adolescentes.

8

Dicho Programa estableció como estrategia el reconocer, avalar y respaldar las experiencias de atención de adolescentes existentes a lo largo del país. Al mismo tiempo, se desarrollaron programas de capacitación a los equipos de salud de los niveles primarios de atención, motivados en el tema de la salud adolescente, de tal manera de ir generando la masa crítica necesaria para responder ante el despertar de la demanda existente. Iniciativas como el desarrollo de los Proyectos Comunitarios de Prevención (PCP) en problemas de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes o las Jornadas de Conversación en Afectividad y Sexualidad (JOCAS, JOCCAS), generaron como se esperaba un alto grado de participación protagónica de este grupo y un impulso al cambio cultural que se requiere al interior del recurso humano en salud, para trabajar por la salud con adolescentes y jóvenes. Sin embargo, su existencia no ha provocado hasta ahora un cambio significativo en la situación global del adolescente en nuestro sistema sanitario, ya que aún persiste un gran número de barreras al acceso de la gente joven a los servicios de salud; el número de equipos entrenados para su atención es aún escaso y, el enfoque de atención continúa puesto en el daño específico y no en la prevención de los factores y conductas de riesgo.

El presente documento pretende hacer explícita la política del Ministerio de Salud hacia adolescentes y jóvenes, la cual tiene como propósito último el contribuir al máximo estado de bienestar bio-psico-social de la población de Adolescentes y Jóvenes de Chile, enmarcando este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Desarrollo Humano es el reconocimiento de que el fin del desarrollo no es sólo el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de un pueblo, sino más bien de la Calidad de Vida y del Bienestar de los individuos que la componen. El Desarrollo Humano involucra no sólo la maximización del estado de salud, sino que también, el mejoramiento de las condiciones de educación, ingreso y participación de las personas. En un concepto más amplio, Desarrollo Humano, junto a Desarrollo Social, Desarrollo Político y Desarrollo Económico constituyen los pilares fundamentales del estado de salud de una Nación.

Esta política expresa la preocupación que tiene el sector salud por la calidad de vida de la gente joven y su desarrollo, en el convencimiento de que el impacto de las intervenciones diseñadas para mejorar de manera integral sus condiciones de salud, beneficiará tanto a este grupo en particular, como a la sociedad en general.

La Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes, es un documento que define las iniciativas referidas a la salud de la Gente Joven que, a inicios del año 2000, el Ministerio de Salud se propone impulsar.

ES
ESCENTES



Jóven
ADO

Primera Parte:

MARCO GLOBAL

I.A. ADOLESCENTES Y JÓVENES: LA GENTE JOVEN

Aspectos Generales

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. A partir del siglo XX con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa ha ido adquiriendo cada vez más importancia; involucra cada vez un mayor número de años en la vida del individuo y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo es también importante.

En líneas generales se puede decir que la *adolescencia* es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.

La búsqueda de definiciones de adolescencia para los grupos de trabajo que se dedican a ellas, responde a la necesidad de contar con criterios que identifiquen grupos bien delimitados, que faciliten la investigación epidemiológica y que permitan su comparación con otros similares.

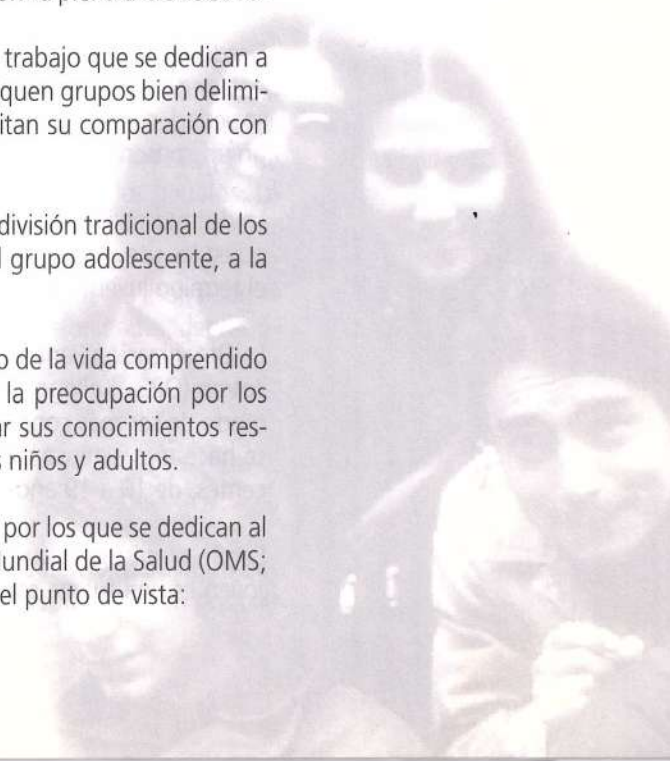
Es así como desde el punto de vista demográfico y utilizando la división tradicional de los grupos etáricos en quinquenios, se utiliza como delimitación del grupo adolescente, a la población entre 10 y 19 años.

El año 1965, la OMS consideró a la adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años. Expresó, además, como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos respecto al tema, ya que difieren en la fisiología y psicología de los niños y adultos.

Sin embargo, una de las definiciones más conocidas y aceptadas por los que se dedican al área de la adolescencia ha sido elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1975). Esta define la adolescencia como la etapa en que desde el punto de vista:

11

ES



Salud para la Gente Joven

- Biológico: «El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual»,
- Psicológico: «Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto»; y
- Social: «Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia».

Tal como esta definición lo plantea, siempre se debería considerar integralmente a la adolescencia, considerando las tres grandes vertientes del desarrollo: biológica, psicológica y social.

De esta definición se desprende también, que la edad de inicio de la adolescencia es relativamente fácil de determinar en cada individuo -inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias- pero la edad de término es muy variable de un individuo a otro. Luego, el criterio para fijar el final de esta etapa no debería ser un criterio cronológico, sino el logro de los procesos antes mencionados; por ello existen amplias variaciones individuales consideradas como normales. La edad estimada se ha extendido progresivamente en la medida que la madurez biológica se alcanza más precozmente y la social lo hace más tardíamente.

Desde el punto de vista sociológico se ha delimitado al grupo denominado *juventud*, poniendo énfasis en la edad límite en que la persona se incorpora en forma plena a la sociedad, con sus derechos y responsabilidades. También se ha establecido para este grupo un consenso desde los 15 a los 24 años.

La distinta utilización de los términos adolescencia y juventud depende del quehacer de quien los use. Es así como el término adolescencia concierne más al ámbito de la salud y el término juventud, al enfoque desde el punto de vista sociológico.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la nueva expresión **Gente Joven** (OPS - Kellogg, 1997), que considera al grupo de 10 a 24 años inclusive, como un modo de ser más concordante con el reconocimiento de una misma etapa que cada vez se hace más extensa cronológicamente. De este modo se incluye tanto al grupo adolescentes, de 10 a 19 años, como al de jóvenes, de 15 a 24 años.

Según el mismo documento de OPS mencionado previamente, se señala que la Gente Joven es una fuerza social vital y creciente que está influida por familias, comunidades,

vecindarios, escuelas y la sociedad en su conjunto. Se destaca que a través del mundo, la población juvenil está creciendo tanto en términos absolutos como relativos. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años y aquellos entre 10 y 24 años constituyen 1.600 millones o 28% de la población total. Proyecciones indican que la población juvenil llegará a los 2.000 millones en el 2025, de los cuáles 1.800 millones residirán en los países menos desarrollados del mundo

Aspectos Específicos

El desarrollo de políticas dirigidas a adolescentes y jóvenes, no debe olvidar factores específicos que marcan diferencias, algunos de los cuáles mencionaremos brevemente a continuación.

Sexo y Género

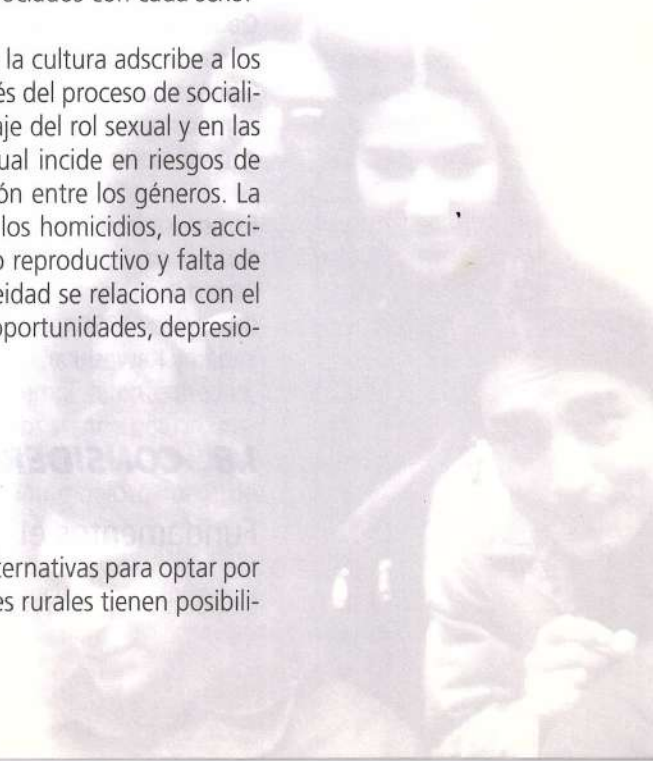
El sexo es una categoría biológica que define a las personas en hombres y mujeres, los que por sus características diferentes van a presentar ritmos de crecimiento distintos y su desarrollo no se producirá en las mismas edades. Desde el punto de vista de la salud, cada uno tiene especificidades biológicas que obliga a examinar riesgos asociados con cada sexo.

El género es un concepto que alude a la construcción social que la cultura adscribe a los hombres a ser masculinos y a las mujeres a ser femeninas, a través del proceso de socialización. Así hay marcadas diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, lo cual incide en riesgos de morbilidad específicos para cada uno y/o de la interacción entre los géneros. La socialización de la masculinidad tiene relación con la violencia, los homicidios, los accidentes, uso y abuso de alcohol y drogas, ausencia en el proceso reproductivo y falta de contacto con los hijos, entre otros. La socialización de la femeneidad se relaciona con el embarazo precoz, la crianza temprana que limita sus opciones y oportunidades, depresiones, abuso y violencia sexual, entre otros.

Ubicación geográfica (urbano, rural)

Los adolescentes y jóvenes de las grandes ciudades tienen más alternativas para optar por hábitos, conductas o sistemas de vida. Los habitantes de sectores rurales tienen posibili-

ES
ES



dades restringidas en relación con lo que ofrecen las grandes ciudades y por ello, conductas más predecibles y probablemente con menor influencia foránea, ya que se desarrollan más apegados a las costumbres de su comunidad.

Aunque existe por otra parte a nivel rural, menos posibilidades reales de acceso al desarrollo educativo y a redes de apoyo en salud y en otras áreas, la ruralidad se puede constituir en factor protector, ya que se alejan las dificultades de las grandes ciudades como la violencia o delincuencia, por ejemplo.

Nivel socioeconómico

El acceso a distintas alternativas educacionales, sociales y económicas, condiciona las conductas de adolescentes y jóvenes. Las limitaciones para una buena nutrición y la mayor exposición a enfermedades afectan el desarrollo adolescente. La posibilidad de acceder a actividades educativas básicas, a las del desarrollo de un oficio y profesión son restringidas en el nivel socio económico más desvalido, lo mismo que a nivel rural.

14

Diferencias étnico-culturales

Cada cultura con sus costumbres y herencias determina en alguna forma cómo se protagoniza esta etapa, diferencias que deben ser respetadas. Es conocido el hecho que en algunas culturas sólo bastaba una ceremonia para pasar de niño o niña a adulto/a. En algunos países desarrollados los adolescentes ya no viven en su hogar y en el nuestro en general, se van del hogar sólo al momento de formar una nueva familia.

Es necesario reconocer en nuestro medio la existencia de diferentes grupos étnico-culturales, para poder atender de modo específico a sus necesidades. Según el informe de Situación de los Pueblos Indígenas en Chile, del Ministerio de Planificación y Cooperación (Mideplan, 1998), estos son: Mapuche, Aymará, Atacameño, Rapanui, Colla, Quechua, Yagán y Kawashkar.

I.B. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Fundamentos éticos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Niño - que incluye los derechos de las y los adolescentes-, adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y ratificadas por el Estado chileno, son la guía fundamental en que se enmarca éticamente el desarrollo de las presentes políticas de salud para la gente joven.

Ambas declaraciones se fundamentan en una visión humanista de las personas, según la cual se reconoce que los individuos nacen dotados de razón y conciencia, libres e iguales en dignidad y derechos y dueños de su propia realización. A partir de esta visión se reconoce que jóvenes y adolescentes son sujetos con derechos inalienables, que deben estar incorporados en el corazón de la política hacia la Gente Joven.

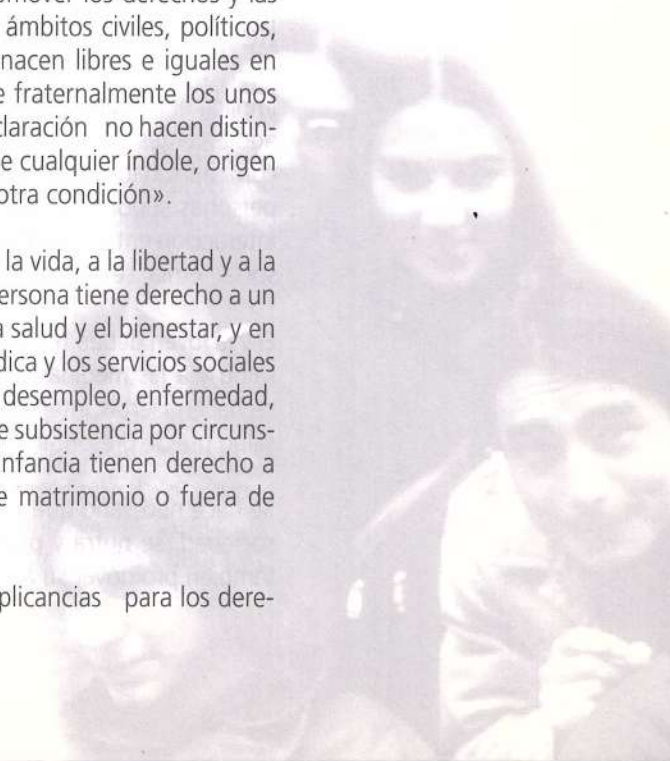
Los Derechos Humanos se definen como «las condiciones básicas, reconocidas universalmente, que permiten el desarrollo integral de las personas». Las necesidades materiales y espirituales más elementales del ser humano han sido proclamadas derechos, a objeto de crear condiciones históricas para satisfacerlas, puesto que sólo su satisfacción permite el desarrollo y realización de las capacidades físicas, intelectuales, afectivas, de conciencia y creativas de la persona. Los derechos humanos del niño, del adolescente y del joven se enmarcan dentro de estos Derechos Universales

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, significó un acuerdo común de los pueblos del mundo para respetar y promover los derechos y las libertades de las personas y de los colectivos humanos en los ámbitos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y todos tienen deberes de comportarse fraternalmente los unos con los otros. Los derechos y libertades proclamados en esta declaración no hacen distinción alguna de raza, color, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición».

En su artículo 3º establece que «Todo Individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona» y en el artículo 25º señala: «1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social».

La Convención de los Derechos del Niño, tiene importantes implicancias para los dere-

ES



chos fundamentales de todos los niños, el derecho a la supervivencia, el derecho al desarrollo de sus aptitudes físicas y mentales, el derecho a la protección contra todo aquello que vaya en menoscabo de su desarrollo, y el derecho a participar en la vida familiar, cultural y social.

La defensa de la vida se encuentra en el fundamento ético de toda acción de salud. La salud es un bien superior y componente importante del nivel de vida y del bienestar individual y colectivo. La salud es un derecho básico para el desarrollo social y económico. Todos los Estados y ciudadanos están obligados jurídicamente a respetar los derechos humanos, proteger la dignidad humana e impedir cualquier violación de los derechos humanos fundamentales.

Principios que rigen la elaboración de Políticas de Salud para la Gente Joven

De lo enunciado se deriva una serie de principios a los cuales adscribe el Ministerio de Salud; teniendo, con relación a su Política hacia la Gente Joven, especial consideración por los siguientes:

16

Respeto a la Autonomía

Implica el respeto a las personas, el respeto a la autodeterminación y las decisiones de adolescentes y jóvenes, capaces de definir sus propias metas y protección de las personas con capacidad disminuida, inhábiles o en situación de amenaza vital. El respeto a las personas supone el respeto fundamental al otro; esa debería ser la base de cualquier interacción entre el profesional de salud y la y el adolescente y joven, de cualquier estrato social, etnia, sexo, y discapacidad (física y/o mental).

El y la joven deben recibir una información adecuada a su edad en cuanto a su estado de salud y a las medidas terapéuticas que se proponen. En caso que los padres o tutores rechacen ciertas intervenciones (por ejemplo: una transfusión de sangre), el equipo de salud puede presentar el caso a un tribunal.

Se hace necesario que a través de los agentes de salud, así como de otros agentes de la sociedad, se nutra y promueva la responsabilidad de adolescentes y jóvenes, como así también promover su activa participación en todas las actividades con ellos.

Derecho al Consentimiento Informado y a la Confidencialidad

Esta autonomía tiene como consecuencia directa que adolescentes y jóvenes otorguen su consentimiento informado, es decir que reciban la información adecuada, de modo de conocer los beneficios y riesgos de las alternativas terapéuticas y libremente elijan y autoricen un curso de acción propuesto por el clínico.

Adolescentes y jóvenes necesitan poner en práctica su creciente capacidad de tomar decisiones autónomas y que éstas sean respetadas. Se debe propender a que los padres o el estado pueda representar los intereses de los y las adolescentes menores de edad, solamente en el caso de que no esté en condiciones de representarse por sí mismo/a; reconociendo con esto, su dignidad como persona y su capacidad de autonomía que desarrollan durante la adolescencia.

Esta autonomía tiene como consecuencia directa la posibilidad del o de la adolescente o joven de dar Consentimiento Informado, es decir, conocer los riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas y libremente autorizar un curso de acción propuesto por el profesional de salud.

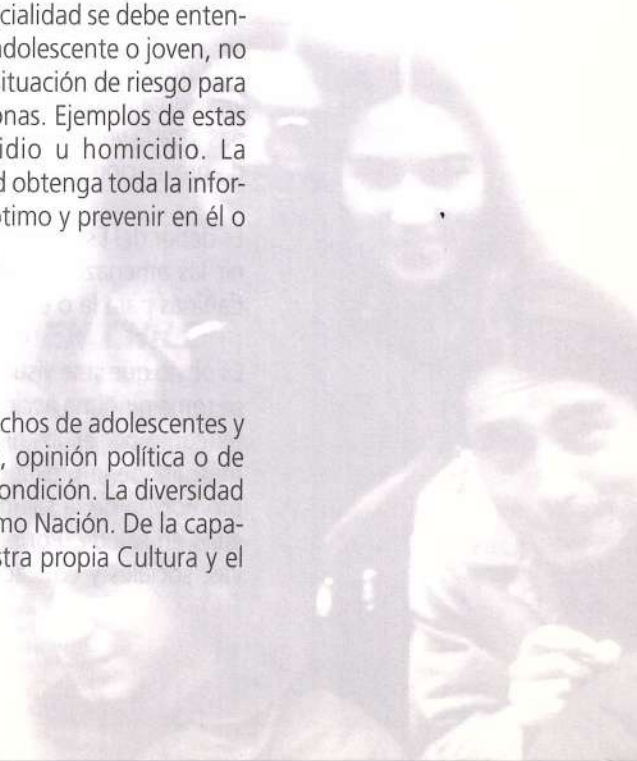
Para asegurar el Consentimiento Informado, no sólo es necesario reconocer el derecho a la Autonomía. También se debe garantizar la Privacidad y la Confidencialidad entre adolescente o joven y el proveedor de acciones de salud. Esta confidencialidad se debe entender como el compromiso de que la información entregada por el adolescente o joven, no será tratada con sus padres o terceros, salvo que se esté ante una situación de riesgo para el adolescente o joven, o que signifique riesgo para terceras personas. Ejemplos de estas situaciones excepcionales son: ideación o intento de suicidio u homicidio. La Confidencialidad resulta esencial para que el profesional de la salud obtenga toda la información necesaria para proporcionar al adolescente un cuidado óptimo y prevenir en él o ella futuros daños, objetivos sin duda prioritarios para sus padres.

17

Respeto a la diversidad

Los servicios y los proveedores deben considerar y respetar los derechos de adolescentes y jóvenes sin distinción alguna, por motivos de etnia, idioma, sexo, opinión política o de otra índole, origen, posición social o económica, o cualquier otra condición. La diversidad de nuestra sociedad es un elemento central de nuestra riqueza como Nación. De la capacidad que se tenga para respetarla depende el Desarrollo de nuestra propia Cultura y el respeto hacia nosotros mismos.

ES



En particular, el respeto por la diversidad implica que el personal de salud no puede emitir juicios sobre la conducta de adolescentes y jóvenes que atienden y no deben confundir ni imponerles, convicciones morales personales. Si la acción del profesional se viera constreñida por esta situación, debería derivar al o a la adolescente a otro profesional, pues de ningún modo debe dejar sin atención o solución de su problema.

Respeto del Principio de la Beneficencia

Es una obligación asegurar el bienestar de adolescentes y jóvenes, a través de actuar positivamente en su beneficio y más aún, maximizar los beneficios que se puedan alcanzar. Actuar positivamente en su beneficio cuando el respeto a la autonomía está constreñido por diversas razones. El deseo y deber paternal y societal de proteger a los adolescentes no puede tensionar el principio de beneficencia y el respeto a la autonomía. A menudo el profesional de la salud se ve enfrentado a decidir cuál principio se aplicará mejor según las circunstancias y actuar con el principio de beneficencia si existe una adecuada justificación para ello, como por ejemplo, si los padres, profesores o personal de salud abdican de su responsabilidad frente a un adolescente en peligro.

18

Respeto por el Principio de No Maleficiencia

Este principio puede formularse como "nunca hacer mal a otro/a". Mira siempre el bien individual de las personas, el bien común. La obligación es minimizar el daño a las personas y cada vez que sea posible, remover las causas de daño a través de aplicar estrategias de prevención y educación en salud.

Es deber del Estado proteger la integridad de las personas: esto implica el deber de prevenir las amenazas a esa integridad e impedir cualquier acción cuyas consecuencias sean dañinas para la o el adolescente o joven.

Es obvio que si se visualiza de antemano un sufrimiento que puede ser prevenido y aún no se toma ninguna acción, se trata de una sociedad/gobierno que es indiferente y negligente (como por ej. los niños de la calle o adolescentes que han huido de su hogar). Esto va más allá de la prevención de enfermedades, estableciendo la obligación de asegurar la promoción de la salud para alcanzar «los estándares de logros, propuestas, metas, más altos en salud». Por ejemplo, se debe tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, apropiadas para proteger al menor de «todas las formas

físicas y mentales de violencia, daño o abuso, negligencia o tratamiento negligente, maltrato o explotación, incluyendo el abuso sexual».

Respeto por el Principio de Justicia

La asignación de los recursos disponibles se debe hacer con sentido de solidaridad que permita garantizar la equidad de oportunidades y de acceso a los servicios de salud. Se deben cautelar y tomar todas las medidas para evitar toda discriminación por raza, etnia, género, orientación sexual, opciones religiosas y/o políticas.

Respeto a los derechos de la salud sexual y reproductiva

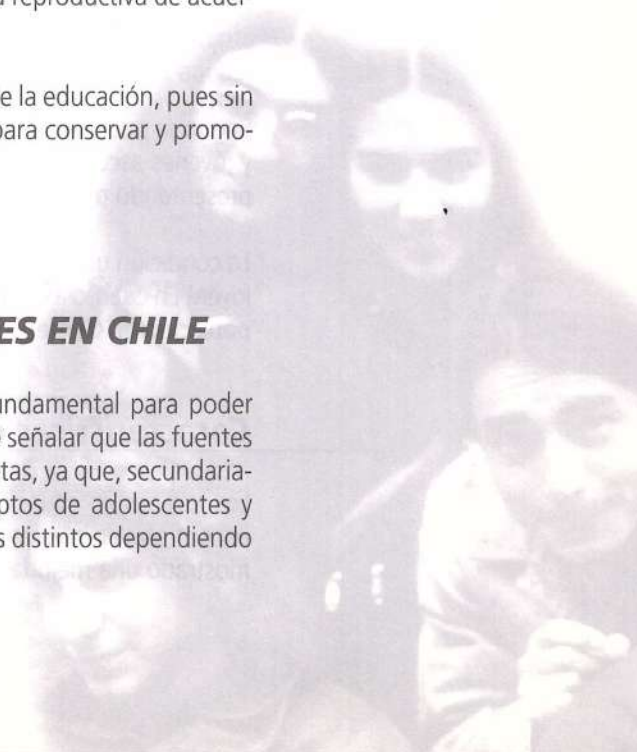
Los derechos a la salud sexual y reproductiva se enmarcan dentro de los derechos humanos fundamentales. Incluyen la defensa de los derechos de los individuos para tener control y tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y reproducción, sin verse sujetos a coerción, discriminación o violencia.

Estos derechos deben ser reconocidos como «la posibilidad de experimentar la intimidad de acuerdo al propio sentir y la puesta en práctica de la capacidad reproductiva de acuerdo a las posibilidades individuales» (FNUAP/OPS/RSMLAC, 1998).

Estos derechos forman parte esencial e inseparable de la salud y de la educación, pues sin ellos resulta imposible el autocuidado y la demanda de servicios para conservar y promover la salud de adolescentes y jóvenes.

I.C. PERFIL DE ADOLESCENTES Y JOVENES EN CHILE

Conocer la situación en que viven adolescentes y jóvenes es fundamental para poder plantear una política de salud que sea integral. Sin embargo, cabe señalar que las fuentes de información para conocer esta realidad no son del todo completas, ya que, secundariamente al hecho de que se utilice diferenciadamente los conceptos de adolescentes y jóvenes, las estadísticas son parciales abarcando grupos de edades distintos dependiendo del foco de atención de quien elabora las estadísticas.



De todas formas, conocer estas cifras es relevante, pues dan una idea aproximada de la realidad del grupo comprendido entre los 10 y los 24 años.

Características Socio Demográficas

La población joven y adolescente en Chile al año 1995, según proyecciones publicadas en el Boletín Demográfico Año XXX N°59 de CEPAL (Enero 1997), alcanzaba el 26.2%. Esta población se distribuía en forma relativamente homogénea, en cada uno de los quinquenios involucrados.

Tabla N°1
Población de adolescentes y jóvenes en Chile (CEPAL, 1997).

POBLACION	1995		2000		2005	
	n	%	n	%	n	%
Población Total	14.210.429	100.0	15.211.309	100.0	16.136.138	100.0
10 - 14	1.287.193	9.1	1.426.153	9.3	1.456.049	9.0
15 - 19	1.211.582	8.5	1.279.054	8.4	1.417.961	8.8
20 - 24	1.227.358	8.6	1.197.174	7.9	1.264.776	7.8
Subtotal	3.726.133	26.2	3.902.381	25.6	4.138.786	25.6

Según se puede apreciar en las mismas proyecciones, al año 2005 el total de adolescentes y jóvenes ascenderá a los 4.138.786 habitantes, lo que en ese momento continuará representando más de un cuarto de la población total del país.

La condición urbana es mayoritaria, ya que se describe para más del 80% de la población joven. En cuanto a la ruralidad, la estimación para el año 1995 fue de que un 15,6% de la población de Gente Joven, vivía en zonas rurales (INE, 1995).

Características de Situación de Pobreza

Los jóvenes en situación de pobreza alcanzaban en 1996 al 22% del total, y 5,4% se encontraba en niveles de extrema pobreza. (CASEN 1996). Esta situación de pobreza ha mostrado una mejoría notable comparado con el año 1990.

Tabla N° 2.
Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años) en condición de Pobreza.
Chile (CASEN de 1990 y 1996).

SEXO	1990	1996
HOMBRES	35.2	20.0
MUJERES	40.3	23.9
TOTAL	38.0	22.0

Educación

La educación es un factor de suma importancia en el desarrollo de una nación. En Chile, la cobertura de enseñanza se ha ido incrementado año a año, pasando por ejemplo, de 78.1% a 80.3% en el tramo de población de 15 a 19 años y de 31.6 % a 36.7 %, en el grupo de 20 a 24 años, en el período 1994 a 1997 (INJUV, 1998). Sin embargo en Chile, el promedio de escolaridad de la población joven según quintiles de ingreso se caracteriza por una importante brecha que separa al primer del quinto nivel. Los jóvenes del primer quintil (20 % más pobre), alcanzan en promedio 8,9 años de escolaridad y los del quinto quintil (20 % más rico), superan los trece años. Es decir los jóvenes más pobres apenas logran terminar la enseñanza básica, mientras que los de mayores recursos aseguran su paso a la enseñanza superior (CASEN 1996).

21

Tabla N° 3.
Porcentaje de jóvenes que accede a la Educación Superior,
según grupo de Ingresos.
(INJUV, 1998).

Quintil de Ingresos	1990	1992	1994
I	7.0	7.8	8.0
II	11.0	9.8	10.4
III	18.4	13.1	17.2
IV	26.4	23.6	33.5
V	37.2	41.1	54.2

El nivel de Educación de los jóvenes presenta graves desigualdades de acuerdo al tipo de establecimiento en que estudian. En 1996 el total de estudiantes de enseñanza media era 3.270.614, un 55,9 % asistía a establecimientos municipalizados, un 33 % a liceos particulares subvencionados, un 9,5 % a colegios particulares pagados y un 1,6 % a corporaciones de educación. Quienes realizan sus estudios en establecimientos municipalizados demoran más en finalizar sus estudios, tres de cada cinco de ellos termina la enseñanza media y solo la cuarta parte de ellos tiene posibilidad de acceso a la educación superior. Existe una gran diferencia de escolaridad entre los niveles socioeconómicos; por ejemplo en 1997, sólo 1 de cada 10 jóvenes del grupo con menores ingresos (primer quintil) accede al sistema de educación superior, versus 1 de cada 2 del grupo de ingresos superiores (quinto quintil). Esta diferencia se ha ido incrementando en los últimos años.

El abandono de los estudios o deserción escolar, es uno de los factores que pone en mayor riesgo a un adolescente para presentar conductas de riesgo. Este afecta al 60 % de los jóvenes del estrato socioeconómico bajo, al 33 % de las capas medias y casi no afecta a quienes se ubican en los niveles altos. Las razones aludidas para abandonar los estudios son: en el caso de los hombres, la decisión de trabajar, problemas económicos, falta de interés y problemas escolares, y en las mujeres problemas económicos, trabajo, embarazo y matrimonio (CASEN 1996).

22

Trabajo

El trabajo es reconocido como un factor que puede incidir importantemente en la salud de las personas. Aunque puede contribuir positivamente en la valoración de sí mismo, en los jóvenes y adolescentes, cuando interfiere con la educación, la recreación o el descanso necesario, puede ser peligroso para su desarrollo y los expone a riesgos innecesarios (OPS - Kellogg, 1997). Su influencia por lo tanto, dependerá de la edad, el tipo y condiciones de trabajo, y el tiempo dedicado a él.

La legislación vigente en Chile respecto del trabajo de los adolescentes, incorpora las sugerencias de la OIT, la que ha recomendado establecer los 14 años como edad mínima para el empleo y limitar el trabajo de los menores de 18 en ambientes peligrosos, como la minería, el mar, la agricultura y la industria.

Al año 1996, los jóvenes de 15 a 24 años representaban un 17 % de la fuerza laboral; de ellos, aproximadamente 2 tercios eran varones. Las cifras de trabajo en el grupo de los 10 a los 14 años se desconocen. Más de un tercio de los jóvenes trabajadores no tiene contra-

to, proporción que aumenta a menor edad, superando el 50% en el grupo de 15 a 19 años (CASEN 1996).

Las actividades que predominan pertenecen a los rubros Comercio y Servicios. Entre los varones, hay un claro predominio de Minería, Agricultura, Industria y Construcción; en cambio, entre las mujeres, predominan Comercio, Servicios Financieros y Servicios Comunales.

El ingreso promedio de los jóvenes es cerca de un 40 % menor al de la población general. Así mismo, el ingreso en el quintil V supera en 5.2 veces el ingreso del quintil I. (CASEN 1996).

El desempleo juvenil duplica al de la población general, y es 9 veces mayor entre los jóvenes de menores recursos, versus los de mayores. También, es mayor en casi 1.7 veces en los hombres que en las mujeres en este grupo etáreo. (CASEN 1996)

Cabe destacar que el aumento de la escolaridad mencionado en el punto anterior, no se ha acompañado de un mejoramiento en dichas inequidades.

Tiempo Libre y Recreación

23

En el año 1996, la Dirección General de Deportes y Recreación, DIGEDER, realizó la primera Encuesta Nacional del Deporte en Chile, cuyo objetivo era contribuir al conocimiento de la demanda deportiva nacional con el fin de hacer más eficientes las políticas de fomento deportivo. La encuesta aplicada a un total de 4.300 personas señala que el 35,1% practica algún deporte o actividad física. Según género, el 72,5% de los hombres realiza alguna práctica deportiva, mientras que sólo el 27,7% de las mujeres lo hace. De acuerdo a la edad del entrevistado, los mayores porcentajes se concentran entre los 10 y los 17 años, alcanzando un 59%. Entre las razones que se señalan para realizar prácticas deportivas se encuentran: Recreación (66%), Competir (18%) y Aprender (14%). Por último, el 31% de los encuestados practica deportes en lugares públicos, mientras que un 7% lo hace en lugares privados.

De acuerdo a las Encuestas Nacionales de Juventud 1994/1997 realizadas por el INJUV, cerca de un 25% de los jóvenes consultados en ambas encuestas señalan practicar deportes como actividad desarrollada durante su tiempo libre, siendo claramente de predominio masculino, frecuente entre los 15 y 19 años en los estratos altos. Aspectos más cualitativos indican que las percepciones juveniles acerca de la cantidad y uso del tiempo libre, está asociado negativamente a tiempo improductivo, de ociosidad, fuente de patologías

sociales; mientras que en términos positivos, es considerado tiempo en que es posible desarrollar el ejercicio de la libertad, y por lo tanto, de la voluntad personal de la autoexpresión y autorrealización. Actualmente, el INJUV preocupado por el tema del tiempo libre solicitó -mediante licitación de estudios- una evaluación de la política estatal del deporte, recreación y tiempo libre orientada a los jóvenes con el objeto de recopilar información confiable y válida respecto a resultados y efectos que producen estas acciones en la población atendida, en cuanto a su integración social y un mejoramiento en su calidad de vida.

Jóvenes y Participación

Según la dos Encuestas Nacionales de Juventud (INJ, 1994; INJUV, 1997), sólo la mitad de los jóvenes de 15 a 24 años participa en algún tipo de organización social. Existe un claro predominio de la participación en organizaciones deportivas, seguidas por organizaciones vecinales-comunitarias, educacionales, religiosas y gremiales. No se cuenta con información desagregada por sexo, pero existe la percepción de que la participación femenina es inferior que la de los varones.

24

Tabla N° 4.
Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años) que participa en alguna organización* (INJUV, 1997).

TIPO DE ORGANIZACION	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
DEPORTIVA	22.2
VECINAL-COMUNITARIA	12.5
EDUCACIONAL	14.6
RELIGIOSA	14.1
GREMIAL	4.8
OTRA	6.4
TOTAL	46.5

* Participación en más de una organización por persona.

En el plano de la participación ciudadana, destaca la disminución progresiva de inscripción juvenil en los registros electorales.(INJUV)

Tabla N° 5
Porcentaje de jóvenes inscritos en los Registros Electorales.

EDAD	1993	1995	1996
18 A 19 ANOS	28.8	15.6	6.5
20 A 24 ANOS	71.5	53.2	48.7

Ambito familiar

Diversos estudios sobre familia adoptan variadas tipologías para definirla. La clasificación que hace el Informe de la Comisión Nacional de la Familia (1993), desde el punto de vista de la composición de la familia, las divide en Familia Nuclear y Familia Extendida, definiéndolas como:

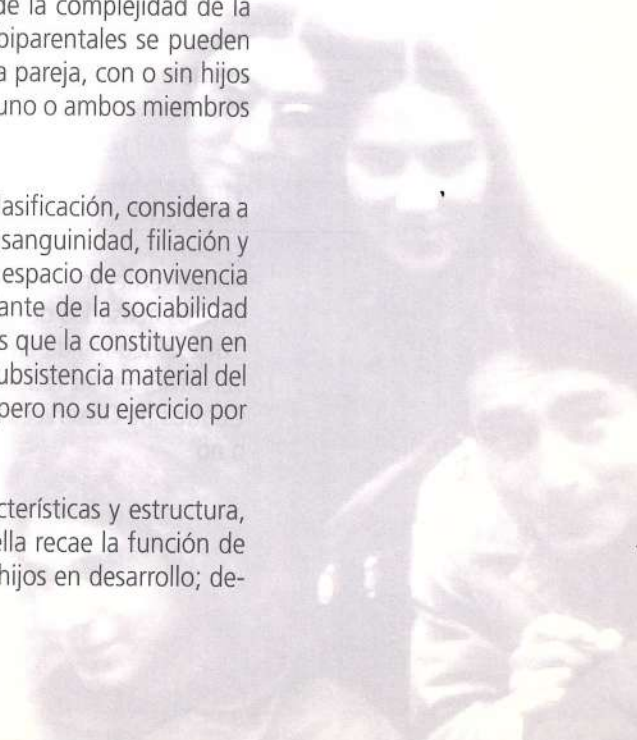
- Familia Nuclear: Integrada por una pareja adulta , con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
- Familia Extendida: Integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.

La importancia de esta tipificación radica en el reconocimiento de la complejidad de la realidad familiar. A esto hay que agregarle que en las familias biparentales se pueden distinguir la familia reconstituida, que es aquella formada por una pareja, con o sin hijos comunes, que integra hijos de uniones conyugales anteriores, de uno o ambos miembros de la pareja.

La Comisión Nacional de la Familia, independientemente de esta clasificación, considera a la familia como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación y alianza. Es un núcleo primario e ineludible para toda persona, un espacio de convivencia intergeneracional y de género; en definitiva la estructura fundante de la sociabilidad humana. En todo tiempo ha desarrollado ciertas funciones propias que la constituyen en el sustrato de la reproducción, de la socialización primaria y de la subsistencia material del núcleo. Estas funciones han cambiado su expresión en el tiempo, pero no su ejercicio por parte de la familia.

Existen diferentes tipos de familia pero, cualquiera sean sus características y estructura, ella es el pilar fundamental para el crecimiento de los hijos. En ella recae la función de mayor trascendencia para la formación de la personalidad de los hijos en desarrollo; de-

ES
ES



biendo ser el núcleo de acogida y de amor para cada uno de ellos, promoviendo su integración social.

En relación a su estructura y composición, según lo publicado en el Informe de la Comisión Nacional de la Familia publicado por SERNAM (1993) y de acuerdo a lo recogido en las Encuestas de Hogares (1990), el tamaño medio de la familia chilena es de 4,05 personas, siendo las familias nucleares las más frecuentes (61.3%). La mayor parte de las familias, tanto nucleares como extendidas, son biparentales (68.4%), es decir en ellas hay una pareja a cargo del hogar. Cabe destacar que existe una proporción importante de hogares monoparentales (16.3%), compuestos sólo por uno de los padres.

Desde el punto de vista de las etapas del ciclo de la vida familiar, alrededor de un tercio (36%) de las familias chilenas se encuentra en fase intermedia, en que el hijo mayor es adolescente o joven (SERNAM, 1995). El tiempo de permanencia de los jóvenes en el hogar varía según el estrato social, aunque se observa una tendencia al aumento de la edad de partida. La dependencia de los padres llega fácilmente a los 24 años, aunque no vivan con ellos o lo hagan como allegados.

En cuanto a las relaciones familiares, estudios realizados en el país revelan que aquellas entre padres e hijos adolescentes y jóvenes tienden a ser percibidas como buenas, existiendo diferencias significativas según nivel socioeconómico. Es así como en las familias pobres, los jóvenes ven a sus padres marcadamente como figuras lejanas o ausentes, con quienes es muy difícil comunicarse. Con la madre la relación es más estrecha, aunque para muchos aún insuficiente (SERNAM 1995).

Justicia

Anualmente, más de 10 mil jóvenes entre 16 y 18 años de edad son detenidos por carabineros acusados desde faltas leves, como vagancia, hasta delitos graves, como el homicidio. Cinco mil de ellos son atendidos anualmente por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), en su red de centros de rehabilitación, en tanto que 2 mil transitan por los Centros de Observación y Diagnóstico (COD) donde se determina si tiene discernimiento o no.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Para la opinión pública nacional resulta preocupante informarse que un 35% de los detenidos por robo en 1995, eran jóvenes en edades que fluctuaban entre los 15 y los 19 años. Y más aun concluir que en la acrecentación del delito urbano, los delincuentes sean cada vez más jóvenes y violentos.

Investigaciones realizadas por SENAME indican que 2/3 de los jóvenes involucrados en delitos son adictos a la pasta base. Un 65% de ellos trabaja en comercio ambulante y un 34% se ha fugado alguna vez de su hogar; hogares que en un 90% de los casos presentan alguna disfuncionalidad.

I.D. SITUACION DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE

La mortalidad y morbilidad durante el período que comprende los 10 a los 24 años, se caracterizan por ser secundarias a causas altamente prevenibles. Si bien el riesgo de muerte o enfermedad es notablemente menor al de la población general, la susceptibilidad de sus causas a las intervenciones por parte de los agentes de Salud, convierten a este grupo en altamente priorizable en términos de vulnerabilidad de los problemas sanitarios.

27

Mortalidad

La principal causa de mortalidad durante esta etapa, la constituye las muertes violentas provocando más de la mitad de los decesos, los que junto a los por tumores malignos, principalmente las leucemias, dan cuenta de más de dos tercios de los fallecimientos de adolescentes.

ES
ESCENTES

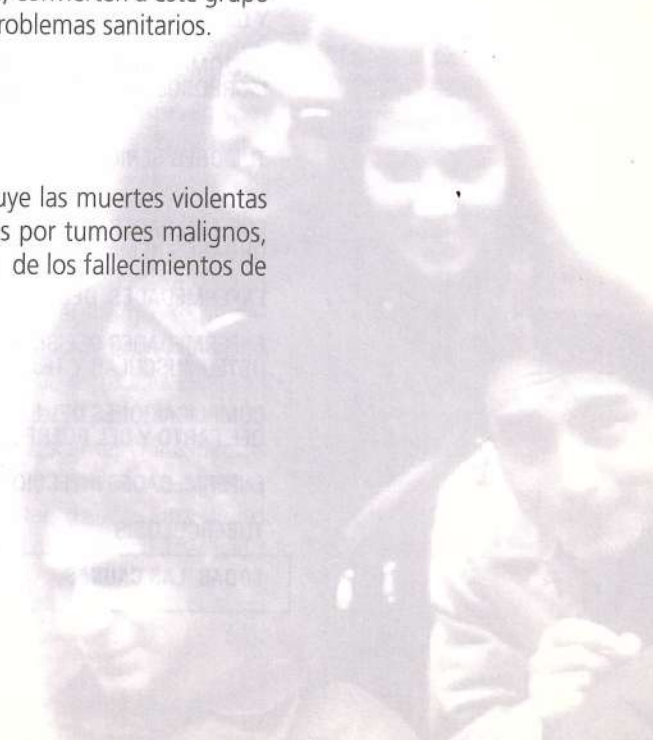


Tabla N° 6.
Tasa de mortalidad por causa en el grupo 10 a 19 años de edad, por 100.000 habitantes. Chile, 1996.

GRUPOS DE CAUSA (ambos sexos)	TOTAL/EDADES	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	26,52	14,28	39,65
TUMORES MALIGNOS	4,21	3,42	5,06
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	2,87	2,96	2,77
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	2,2	1,9	2,53
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	1,5	0,68	2,37
ANOMALIAS CONGENITAS	1,34	1,6	1,06
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	0,87	0,68	1,06
OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,71	0,68	0,73
ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS, ENDOCRINAS DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO	0,59	0,3	0,9
SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS.	0,55	0,23	0,9
TUMORES BENIGNOS Y NO ESPECIFICADOS	0,51	0,38	0,65
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	0,47	0,46	0,49
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO URINARIO	0,35	0,23	0,49
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	0,31	0,23	0,41
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL PARTO Y DEL PUERPERIO	0,28	0	0,57
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	0,16	0,23	0,08
TUBERCULOSIS	0,12	0,08	0,16
TODAS LAS CAUSAS	43,55	28,34	59,89

28

Morbilidad

El Boletín Anual de Estadísticas e Indicadores de Atenciones de este Ministerio, señala que desde 1995 a 1998, las atenciones médicas efectuadas al grupo adolescente han correspondido aproximadamente a un 9% del total, mostrando una discreta tendencia al aumento. Este porcentaje supera el de atenciones médicas efectuadas en el Programa de la Mujer, que alcanzan a un 7%.

Como causas de morbilidad destacan las causas relacionadas con el embarazo y con los traumatismos. Por ejemplo, la hospitalización en la adolescencia condicionada por causas gestacionales da cuenta de más de la mitad de éstas, siendo la más frecuente el parto normal.

Los egresos hospitalarios difieren significativamente según edad y sexo. En los adolescentes de 10 a 14 años, la mayor frecuencia la tienen los de causa traumática y digestiva, seguidos por los de etiología respiratoria y congénita. El grupo de 15 a 24 años se caracteriza por un alto porcentaje de egresos de causa gestacional, seguido de los de etiología traumática, digestiva y genitourinaria. En las mujeres predominan ampliamente las causas gestacionales, seguidas por las digestivas y traumáticas. En los hombres priman las traumáticas, seguidas por las digestivas y respiratorias. Los hombres se hospitalizan mucho menos, y lo hacen más a menor edad.

A pesar de lo difícil que es establecer las tasas de morbilidad relacionadas con accidentes, un comité de expertos de la OMS ha establecido que por cada adolescente que muere en un accidente, otro quedará permanentemente incapacitado, diez estarán hospitalizados alrededor de 30 días y alrededor de 1.000 sufrirán un accidente que no requiere hospitalización (OPS - Kellogg, 1997).

A nivel ambulatorio, las patologías más frecuentes se relacionan con áreas como: Salud Mental, Gineco-Obstetricia, Nutrición y Endocrinología, Aparato Osteoarticular, Patologías Respiratorias, Dentales, Enfermedades Genitourinarias y de la Piel. Sin embargo, se ha demostrado que el tipo de diagnóstico efectuado, varía de acuerdo al grado de entrenamiento de los profesionales de salud que realizan esta atención y al grado de especialización del sistema de atención ofrecido, en el servicio donde se generan las estadísticas. Es así como los servicios de salud habituales muestran un perfil de consultas adolescentes por aspectos de morbilidades de salud similares a las pediátricas o a las del adulto y los servicios especializados, un predominio de diagnósticos en el área de la salud mental. Esta es una de las razones por las que se hace necesaria la capacitación en esta área: el diagnóstico adecuado tanto de la situación física, como mental y social de adolescentes y jóvenes.

A continuación veremos cómo se caracterizan algunas de las principales áreas de patología, de este grupo etario.

Accidentes

Como se señalara anteriormente (tabla n°6), los traumatismos son la primera causa de muerte entre los jóvenes. Entre éstos, los accidentes de tránsito ocupan un lugar predominante. La tabla a continuación muestra el número de jóvenes lesionados y muertos a consecuencia de haber sufrido un accidentes de tránsito, durante los años 1995, 1996 y 1997.

Tabla N° 7
Jóvenes muertos y lesionados en accidentes de tránsito, 1995, 1996 y 1997. (INJUV, 1998).

Consecuencia	1995	1996	1997
Muertos	535	584	532
Lesionados	17.826	20.956	20.795
Total	18.361	21.540	21.327

El número de jóvenes muertos y lesionados por accidentes de tránsito aumenta casi en 3.000 casos, entre los años 95 y 97, observándose en particular un incremento mayor para el número de jóvenes lesionados.

Al analizar los datos, la colisión constituye el tipo de accidente de tránsito de mayor frecuencia en los jóvenes, independiente del sexo del conductor y el tramo etéreo señalado. En segundo lugar se encuentran los choques.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Salud Mental

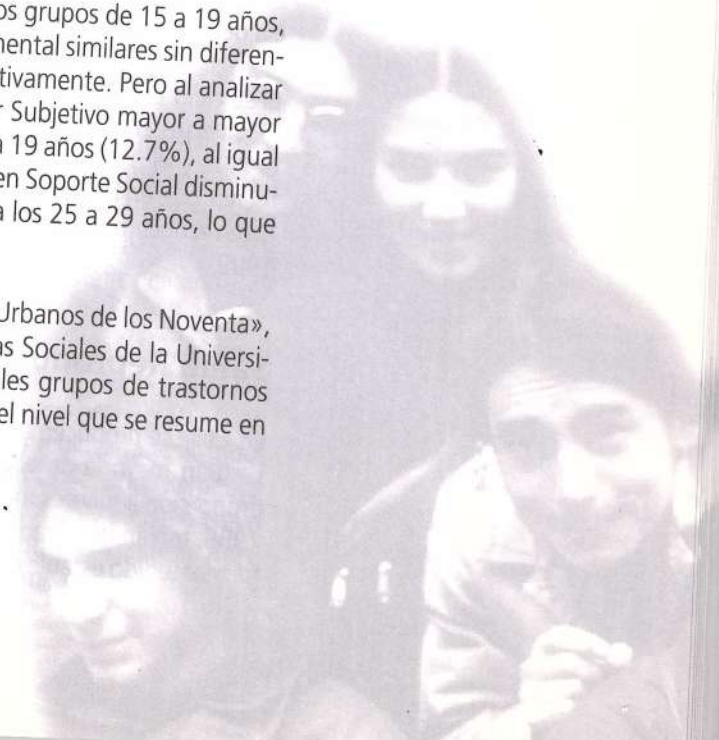
El Instituto Nacional de la Juventud ha dado a conocer recientemente el Estudio sobre Salud Mental Juvenil (1999), el que fue realizado con una muestra representativa de población de 15 a 29 años, urbana y de sectores socioeconómicos bajos y medios. En él se señala en líneas generales que la situación de salud mental de las jóvenes, se ve ligeramente disminuida respecto de los varones, encontrándose un 21,2% con índice bajo versus un 14% en los hombres.

El soporte social con que cuentan las mujeres es significativamente más alto que el de los varones, 77.8% versus 68.1%, siendo considerado esto como un aspecto positivo para la resolución de problemas y apoyo afectivo. El riesgo de Trastorno Emocional resultó con diferencias estadísticamente significativas, alcanzando un 36.9% en las mujeres y sólo 25.0% en los varones. Este resultado es el que influye para que el índice general resulte más desfavorecido en las mujeres. Se sugiere allí que ellas deberían ser objeto de mayor y mejor atención y ofertas programáticas en ésta área.

El Índice de Salud Mental Bajo comparado por nivel socio-económico, se encuentra en el 21.2% de los jóvenes de nivel socio-económico bajo y en un 14.3% en el nivel medio, diferencia que resulta significativa.

El análisis realizado por quinquenios de edades, muestra que los grupos de 15 a 19 años, de 20 a 24 años y de 25 a 29 años presentan niveles de salud mental similares sin diferencias importantes, con cifras de 19.0%, 17.3% y 16.6% respectivamente. Pero al analizar por separado los indicadores se observa un grado de Bienestar Subjetivo mayor a mayor edad, siendo significativamente más malo para el grupo de 15 a 19 años (12.7%), al igual que la diferencia en probabilidad de Trastorno Emocional. El buen Soporte Social disminuye con la edad, de un 77.2% a los 15 a 19 años a un 71.6% a los 25 a 29 años, lo que resulta en diferencia significativa.

El «Estudio sobre la Situación de la Salud Mental de los Jóvenes Urbanos de los Noventa», realizado por Vicente y colaboradores de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, encontró que la prevalencia de los siete principales grupos de trastornos psiquiátricos estudiadas diez comunas de Santiago, alcanzaban el nivel que se resume en la siguiente tabla:



ES
SCIENTES

Tabla N° 8.
Porcentaje de Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en jóvenes y adultos, en diez comunas de Santiago, 1994.
(Citado por INJUV, 1998).

TRASTORNOS \ EDAD	15 a 24 años	25 a 39 años
Trastornos afectivos	8.76	9.23
Trastornos ansiosos/somatomorfos	6.57	5.58
Abuso/dependencia de alcohol y drogas	6.57	10.30
Trastornos Esquizofrénicos	1.09	1.07
Síndrome orgánico cerebral	1.46	2.15
Estrés post-traumático	2.19	2.36
Personalidad antisocial	1.46	1.07

32

Estas cifras contrastan con la baja accesibilidad a los servicios de salud mental: la frecuencia de consultas es 14 veces menor que el promedio de consultas de salud general.

El suicidio en esta etapa es relativamente más importante que en la población general (5% versus el 1,2% de la población total), fluctuando la mortalidad por esta causa entre el 2,02 y el 3,13 por 100.000 habitantes. A su vez la relación hombre/mujer es 2.9/1, menor que en la población general en que la relación es de 6.6/1, de acuerdo a lo señalado en el documento Enfermedades Mentales en Chile, Magnitud y Consecuencias (MINSAL, 1999).

Salud Reproductiva

En Chile se producen alrededor de 40.000 partos de mujeres menores de 19 años al año. La gran mayoría de ellos corresponden a madres de entre 15 y 19 años y una escasa proporción a madres menores de 15 años. El 14.9% de los niños nacidos vivos en Chile en 1996, tenían una madre adolescente. Si bien la tasa de fecundidad de este segmento se ha mantenido estable en el tiempo o ha mostrado una leve tendencia a la disminución, los

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

indicadores muestran un aumento relativo de importancia dada una baja mayor de la fecundidad en el resto de la población femenina. En 1960 representaban el 10,5 % del total de los nacidos vivos y durante los últimos años representan el 14,6 % aproximadamente.

No todos los hijos de estas madres adolescentes corresponden al primer hijo. El año 1996, de un total de 38.575 hijos de madre de 15 a 19 años, sólo el 87,6% de éstos fueron el primer hijo, un 11,4% el segundo, un 0,9% el tercero y 0,1% el cuarto y más.

Por otra parte la mayoría de estas adolescentes se encuentran sin su pareja para enfrentar los cuidados que requiere un hijo.

El embarazo en la mujer joven constituye una de las primeras causas de deserción escolar, comprometiendo con ello el futuro de ella y de su hijo.

Los padres de estos niños son también en su mayoría jóvenes. De los progenitores de los hijos de las madres adolescentes, entre un 80 y 90 % tiene entre 15 y 24 años.

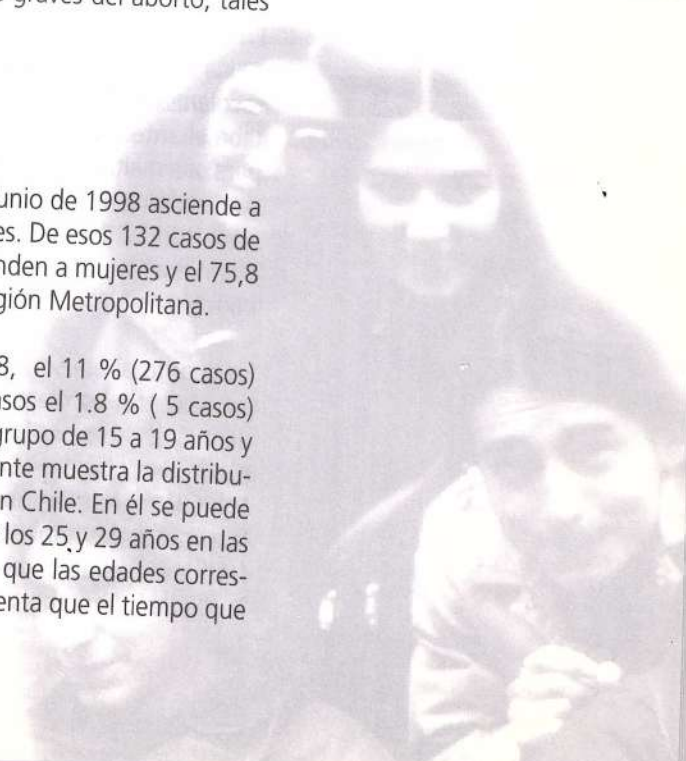
En este grupo, se estima que el aborto representa un 35% del total de abortos (25% mujeres de 20 a 24 años y 10% mujeres menores de 20 años). Estas cifras tienden a mantenerse constantes en el tiempo, si bien las complicaciones graves del aborto, tales como la muerte, han disminuido progresivamente.

33

SIDA

El total de infectados por VIH notificados, desde 1987 al 30 de junio de 1998 asciende a 3.395 casos. El 3,9 % (132) de ellos, corresponden a adolescentes. De esos 132 casos de adolescentes infectados por VIH notificados, el 24,2 % corresponden a mujeres y el 75,8 % a hombres, encontrándose el 46,2 % de estos casos en la Región Metropolitana.

Del total de casos SIDA diagnosticados en Chile a Junio de 1998, el 11 % (276 casos) corresponden al grupo de edad entre 10 y 24 años. De estos casos el 1,8 % (5 casos) corresponden al grupo de 10 a 14 años, el 13,4 % (37 casos) al grupo de 15 a 19 años y el 84,8 % (234 casos) al grupo de 20 a 24 años. El gráfico siguiente muestra la distribución por edad según sexo, de los casos de SIDA diagnosticados en Chile. En él se puede apreciar que el mayor número de casos de SIDA se presenta entre los 25 y 29 años en las mujeres y, entre los 30 y 34 años en los hombres. Considerando que las edades corresponden al momento de diagnosticarse el SIDA, y teniendo en cuenta que el tiempo que



transcurre entre el momento de la infección y el SIDA es de aproximadamente 7 años, la infección en este grupo mayoritario, se produce durante la adolescencia o juventud.

Distribuidos por sexo, del total de 276 casos de SIDA de este grupo etáreo, el 87.7 % de los casos corresponden a hombres y el 12.3 % a mujeres, con una razón de 7:1.

La vía de transmisión más importante en este grupo de edad, al igual que lo observado en el total de casos es la sexual con un 81,9 % del total de casos. En este grupo aparecen la drogadicción endovenosa como vía de infección importante, especialmente en mujeres, alcanzando a un 8% considerando ambos sexos, (15 % en mujeres, 7 % en hombres) mientras que en el total de la población con SIDA la cifra es de 4,3 %.

Maltrato Físico y Abuso Sexual

El maltrato físico y abuso sexual constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes, favoreciendo la aparición de trastornos de tipo emocional como cuadros depresivos, conducta suicida y de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas o comportamientos antisociales.

En Chile se han realizado diversos estudios epidemiológicos con la intención de acercarse a una estimación de la prevalencia del maltrato. Uno de ellos realizado en adolescentes escolares en Santiago (Florenzano, 1994), mostró que el 13,8% de los adolescentes reportaba el antecedente de haber sido físicamente maltratado por algún familiar. Se definió para ello maltrato físico como «ser golpeado violentamente con las manos, pies u objetos contundentes». La frecuencia del maltrato una sola vez alcanzó al 36.1% y en raras ocasiones un 52.1%, pero un 11.4% mencionó que este hecho le ocurría a menudo o frecuentemente. Un 44.9% de estos adolescentes no había conversado este hecho con nadie.

En cuanto al abuso sexual, el mismo estudio mencionado informa que el 7.4% de los adolescentes escolares encuestados, reportaba haber sido víctima de abuso sexual. Se definió abuso sexual como «manosear, tocar los órganos genitales, intentar o llevar a cabo una violación». En el 80.5% de los casos, éste había ocurrido una sola vez, pero un 5.1% lo menciona como produciéndose a menudo y un 2.2% frecuentemente. Cerca de la mitad de los adolescentes no había conversado este hecho con nadie. Al comparar la frecuencia de abuso sexual por sexo, éste lo reportaba el 11.7% de los mujeres versus el 2.3% de los hombres.

Según estadísticas entregadas por el Instituto Médico Legal (años 1987 a 1991), las expresiones más comunes de agresión sexual son : la violación, el abuso deshonesto y la sodomía. Las víctimas son preferentes mujeres y los agresores pertenecen al entorno próximo de las víctimas en un 71.8%. De acuerdo a estimaciones, sólo un 20 ó 25% de los casos de violencia sexual son denunciados, lo que hablaría de un promedio de 20.000 ataques sexuales al año.

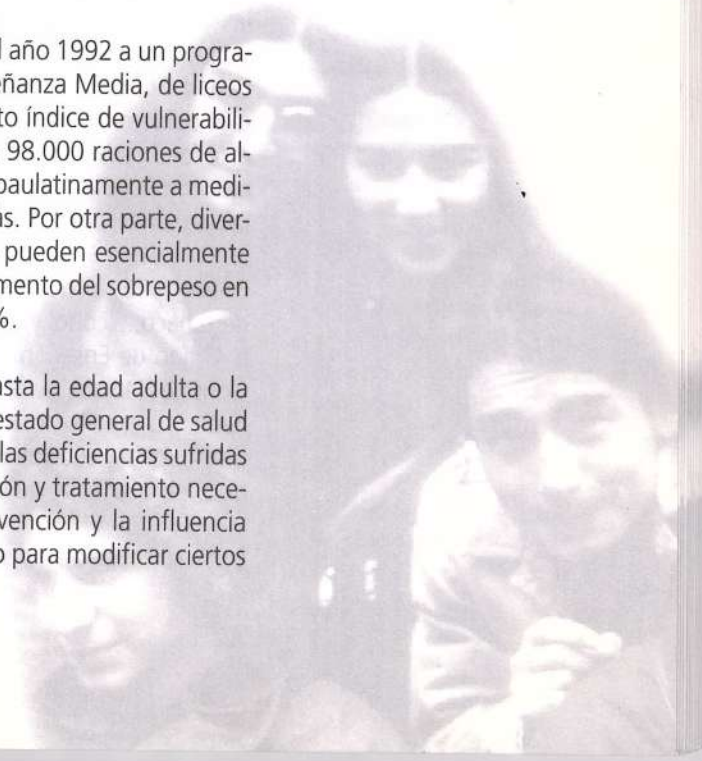
Nutrición

La adolescencia es la segunda edad de la vida donde se vuelve a crecer tanto como después del nacimiento, por lo que la nutrición y alimentación adecuada constituyen especialmente en esta etapa necesidades básicas de salud, para que la población adolescente pueda desarrollar al máximo su potencial biológico y evitar a la vez, el desarrollo de riesgos potenciales en este aspecto.

El país no cuenta con estudios epidemiológicos nacionales, que permitan conocer el estado nutricional de la población adolescente y joven. Debe considerarse además, que en esta edad se introduce una nueva variable para la evaluación antropométrica de adolescentes, que es el grado de desarrollo puberal, lo que hace aun más compleja la clasificación del estado nutricional.

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), dio inicio el año 1992 a un programa de alimentación dirigido a los escolares adolescentes de Enseñanza Media, de liceos municipalizados y particulares subvencionados, evaluados con alto índice de vulnerabilidad. En la actualidad dicho programa entrega aproximadamente 98.000 raciones de almuerzos y 76.000 de desayunos, las que se han ido aumentando paulatinamente a medida que se aumentan los recursos, dado las necesidades observadas. Por otra parte, diversos estudios locales que se han realizado cuyos resultados no se pueden esencialmente extrapolar a nivel nacional, vienen mostrando una tendencia al aumento del sobrepeso en la población adolescente, manejándose cifras que superan el 20%.

Los efectos y síntomas de algunas enfermedades no aparecen hasta la edad adulta o la vejez, pero su proceso se inicia en la infancia y la adolescencia. El estado general de salud y nutrición del adolescente sirve simultáneamente de indicador de las deficiencias sufridas en la infancia y de guía con respecto a las prioridades de prevención y tratamiento necesarias para una sociedad adulta. El valor de la promoción, prevención y la influencia nutricional deben considerarse en cualquier inversión a largo plazo para modificar ciertos patrones de conducta y hábitos dietéticos de alto riesgo.



Conductas de Riesgo

Como ha quedado manifiesto en párrafos anteriores, las causas de muerte y enfermedad entre los jóvenes y adolescentes son altamente prevenibles, ya que están fuertemente influenciadas por conductas o hábitos de vida que aumentan el riesgo para la salud. Son las denominadas conductas de riesgo, entre las de cuales se encuentran: uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas, iniciación sexual precoz, conductas antisociales, mal rendimiento escolar o deserción.

Es importante destacar, que las conductas de riesgo tienden a agruparse, por lo que en general es el mismo grupo de adolescentes el que abusa de drogas, tiene actividad sexual precoz, se involucra en conductas violentas, presenta mal rendimiento escolar o deserción.

Consumo de sustancias

El mundo está enfrentado actualmente a un aumento de consumo de alcohol y otras drogas, lo que constituye un problema social y de Salud Pública.

Nuestro país no se encuentra ajeno a esta situación, observándose un aumento en todas las regiones, en todos los sectores sociales, sin distinción de género ni de nivel socioeconómico y afectando en mayor medida a la población más vulnerable, como es el caso del grupo etáreo adolescente. Este problema de salud ha sido reconocido por estudios epidemiológicos recientes, existiendo indicadores que dan cuenta de la gravedad de este fenómeno que no sólo afecta directamente al individuo consumidor de drogas y a su entorno familiar, sino que afecta a toda la sociedad, disminuyendo la calidad de vida de las personas y las posibilidades de un mayor desarrollo para el país.

Desde 1995, en nuestro país, se han venido realizando estudios sistemáticos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la población escolar de 8º año de Enseñanza Básica a 4º año de Enseñanza Media, con apoyo de los Ministerios de Educación, de Salud, el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y la Fundación Paz Ciudadana. Lo anterior, con el propósito de establecer la magnitud del consumo de drogas, su distribución y su evolución en el tiempo, de acuerdo a factores y características del individuo, de la familia, del entorno de la población escolar y su evolución en el tiempo.

Los resultados de los estudios arrojan datos importantes, entre ellos se destacan que:

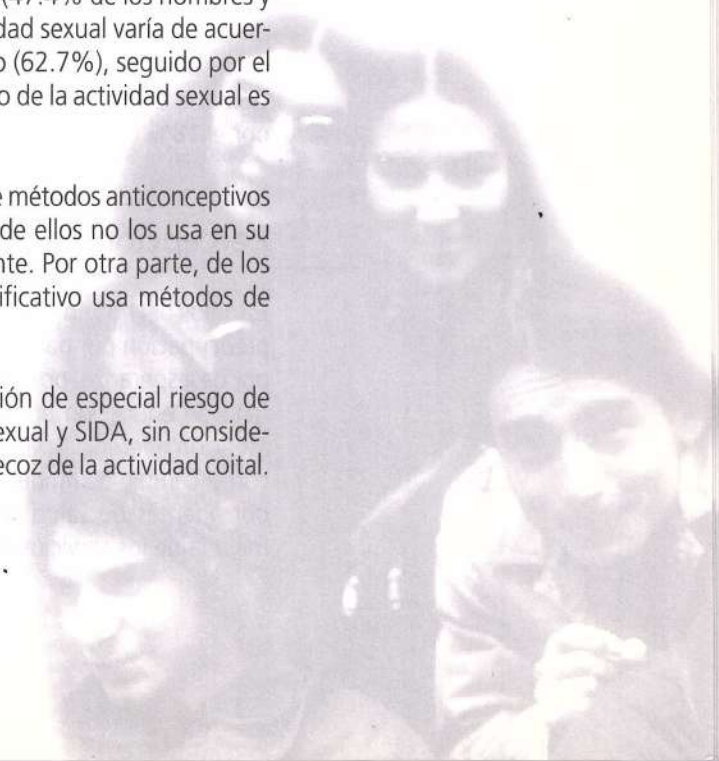
- el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas por los escolares a nivel nacional observándose su uso frecuente en aproximadamente la mitad de la población;
- el consumo de alcohol es similar en ambos sexos y el de tabaco mayor en mujeres. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol y tabaco es de 13 años;
- en cuanto al uso de drogas ilegales, los primeros lugares los ocupan la marihuana, los estimulantes, el clorhidrato de cocaína y la pasta base. La edad de inicio de consumo para las drogas ilegales fluctúa entre los 13 y los 15 años;
- el consumo de marihuana aumenta progresivamente desde 8° básico a 4° medio y es la droga que mostró mayor aumento entre 1995 y 1997;
- hubo una disminución en el uso de Pasta Base a nivel nacional, entre 1995 y 1997.

Actividad sexual precoz

Un estudio realizado por el SERNAM (1997) muestra que en la Región Metropolitana el 39.8% de los adolescentes escolares ha iniciado actividad coital (47.4% de los hombres y 31.8% de las mujeres). El porcentaje de adolescentes con actividad sexual varía de acuerdo al nivel socioeconómico, siendo ello más frecuente en el bajo (62.7%), seguido por el medio (49.3%) y por último por el alto (16.7%). La edad de inicio de la actividad sexual es 15 años para el hombre y 16 años para la mujer.

Por otra parte, entre los adolescentes con actividad coital, el uso de métodos anticonceptivos es escaso y poco consistente en el tiempo. Tres cuartas partes de ellos no los usa en su primera relación sexual y solo un tercio los utiliza frecuentemente. Por otra parte, de los que utilizan algún método anticonceptivo, un porcentaje significativo usa métodos de baja eficacia como el coito interrumpido y el del calendario.

Estas y otras razones, colocan a los adolescentes en una situación de especial riesgo de embarazo no deseado, aborto, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, sin considerar los problemas psicosociales que puede acarrear el ejercicio precoz de la actividad coital.



ES
SCENTES

Conductas antisociales

Las conductas antisociales, que incluyen problemas de violencia física o psicológica, vandalismo, robos u otros se observa en la población de jóvenes, existiendo una clara supremacía masculina.

Las estadísticas nos muestran que la delincuencia y la violencia delictual han aumentado en los últimos años y que la mayoría de los delitos son cometidos por jóvenes. Del total de aprehendidos en 1996 por robo, hurto, infracción a la ley de drogas, homicidio o violación, 70%, 55%, 45%, 47% y 33% respectivamente, correspondieron a personas entre 10 y 24 años de edad. Durante los últimos años se ha evidenciado también un aumento de la violencia delictual en los jóvenes. En el período 1995-1997 los robos con violencia aumentaron en un 62% en el país y el porcentaje de ellos cometidos por menores de 18 años aumento del 21% al 32%. Otro fenómeno preocupante y novedoso en Chile, que dice relación con la delincuencia juvenil, es la aparición de grupos organizados (pandillas) que predominan en las poblaciones marginales de Santiago.

38

Violencia en la pareja

Ambas Encuestas Nacionales de Juventud (INJ, 1994; INJUV, 1997) han evidenciado que un porcentaje significativo de los jóvenes con pareja evalúa como insatisfactoria la forma de resolver los conflictos dentro de ella. Un claro indicador de esto es la presencia de violencia dentro de la relación, que en 1994 fue reportada por el 8% (violencia física) y por el 18% (violencia psicológica) de los adolescentes de 15 a 19 años con pareja.

Percepción de la salud por los jóvenes

Estudios hechos en el país han mostrado que los principales temas de salud que generan preocupación por parte de jóvenes y adolescentes son el abuso de sustancias (generados por desesperanza, por falta de apoyo de padres y agentes sociales), embarazo precoz (por falta de educación en sexualidad) y mala accesibilidad a los centros de salud (falta de atención diferencial para adolescentes). Las soluciones propuestas por ellos dicen relación con el cambio de modelos parentales y de estilos de vida familiar, la educación preventiva por agentes de salud que inspiraran confianza (principalmente educación sexual) y la mejoría de los servicios de salud.

Referidos al ámbito personal, las principales áreas de preocupación son: mal aliento, caries, sudoración fácil, apariencia física y grado de desarrollo puberal, desde un punto de vista biológico. Entre las preocupaciones psicosociales las áreas más destacadas son: futuro personal, rendimiento escolar, contaminación ambiental y el suicidio.

El Sistema de salud y los Jóvenes

Diversas iniciativas se vienen realizando desde hace décadas, desarrollando actividades de salud en el ámbito juvenil, especialmente para los adolescentes. Destacan entre estas iniciativas la creación de Consultorios adosados a Hospitales de Niños, Centros Universitarios, Consultorios de Atención Primaria y Organizaciones No Gubernamentales. La experiencia desarrollada han permitido adquirir los conocimientos apropiados para la formación de especialistas, la capacitación de profesionales de diversas disciplinas y multiplicar así las acciones a nivel nacional.

La creación del Programa Nacional de Salud del Adolescente, el cual tiene como propósito contribuir a mejorar la salud integral de los adolescentes y jóvenes favoreciendo el pleno desarrollo de su potencial biopsicosocial, viene a articular las diversas iniciativas mencionadas para coordinarse con un fin común.

Sin embargo, es reconocido que estas iniciativas se han visto enfrentadas a una serie de dificultades, entre las que destacan: una limitada cobertura en sus actividades, el enfoque vertical por problemas específicos que persiste en la cultura de la organización y la ausencia de una política de salud explícita que asegure permanencia, coherencia e integralidad a las acciones que ha ido emprendiendo el Programa Nacional de Salud del Adolescente.

Se ha señalado como factores que determinan el mal funcionamiento de los servicios de salud para jóvenes y adolescentes: Falta de sensibilización de las autoridades políticas en el tema; la fragmentación de los servicios de salud; la tendencia a la medicalización y la carencia de personal especializado.

Otro punto importante en el acceso de la Gente Joven a los Servicios de Salud, es el tipo de previsión. En la Tabla N° 9 se puede apreciar el porcentaje de jóvenes por sistema previsional, destacando el altísimo de indigentes en este grupo.

ES
SCENTES

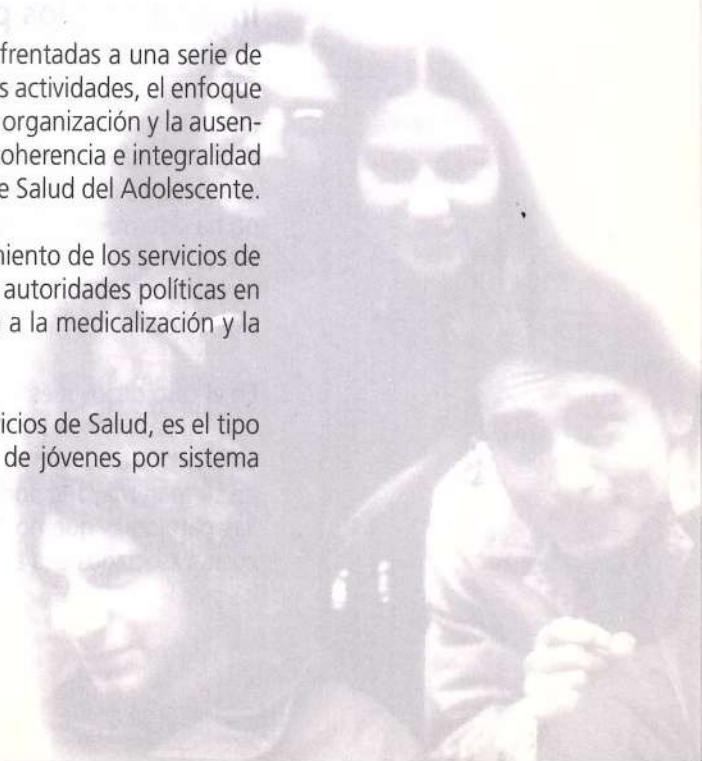


Tabla N° 9.
Sistema Previsional al que pertenecen los jóvenes.
(INJUV, 1998)

SISTEMA PREVISIONAL	PORCENTAJE
FONASA	31.2
ISAPRE	26.7
INDIGENTE	22.9
PARTICULAR	14.5
FFAA	2.7
OTRO	2.1
TOTAL	100

A la mayoría de la población del país, le corresponde el sistema Público de Previsión en Salud, de acuerdo a la información otorgada por MIDEPLAN de los datos de las encuestas CASEN. El grupo de jóvenes se comporta de igual manera, a pesar de haber incrementado el grupo de ISAPRE y FFAA. en los últimos datos, aun a más del 50% de los jóvenes les corresponde el sistema público de salud del país.

40

Impacto de los problemas de salud de adolescentes y jóvenes.

En Chile se han realizado diversos estudios del peso de la enfermedad medidos en años de vida ajustados por discapacidad (AVISA); sin embargo, dichos estudios no diferencian el segmento de jóvenes, por lo que la importancia de la salud del segmento 10 a 24 años no ha sido medida. Sin embargo es posible acercarse a una medida de su importancia a través de uno de los componentes de los AVISA: los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVPP), que cuantifica el peso que tiene la mortalidad de un segmento etéreo específico.

En el caso de jóvenes y adolescentes (10 a 24 años), los AVPP sumaron en 1996 (con una esperanza de vida estandarizada de 80 años) 141.432,5 años de vida perdidos. Cabe señalar que esto sólo muestra la importancia de las muertes, que de acuerdo a sus causas, en su gran mayoría podrían ser prevenibles. Fuera de este indicador quedan todas aquellas patologías que no conduciendo a muertes a esta edad, acarrear en el futuro altos costos asociados a la enfermedad o la discapacidad consecuente.

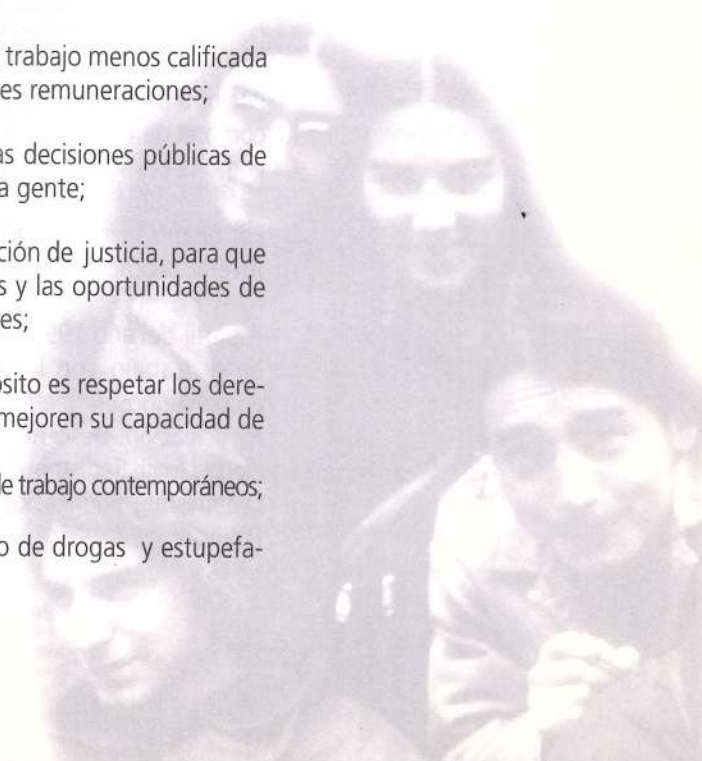
I.E. POLITICAS DEL GOBIERNO

La política Social del Gobierno

La Política Social del Gobierno tiene como propósito alcanzar la Equidad Social, generando las condiciones de una efectiva igualdad de oportunidades para toda la población. En ese sentido, dicha política tiene tres grandes objetivos: erradicar del país las formas extremas de pobreza; lograr una mejor distribución de los frutos del crecimiento; mejorar en forma significativa la calidad de vida de los segmentos más pobres de la población.

Para ello, se trabaja en forma intensa los siguientes instrumentos:

- a) Un Plan Nacional de Superación de la Pobreza que involucra no sólo al Estado sino que al conjunto de la sociedad;
- b) La Reforma de la Educación para brindar una oferta educativa a los sectores de menores recursos que sea más equitativa, con mayores niveles de cantidad y calidad. Ello supone un aumento drástico en la inversión en educación que desde 1995 ya se está materializando;
- c) La Modernización del Sector Público de Salud;
- d) Un Plan de Capacitación Laboral que permita a la fuerza de trabajo menos calificada acceder a empleos de mejor calidad y, por tanto, de mejores remuneraciones;
- e) Una profundización del proceso de descentralización de las decisiones públicas de inversión, de tal manera que estén cada vez más cerca de la gente;
- f) Un conjunto de reformas al sistema judicial y a la administración de justicia, para que el acceso a ella sea más equitativo, a la vez que las formas y las oportunidades de administrar justicia no discriminen a quienes son más pobres;
- g) Un conjunto de reformas a la legislación laboral cuyo propósito es respetar los derechos de los trabajadores, generar las condiciones para que mejoren su capacidad de negociación y ampliar la negociación colectiva.
Todo ello, en el marco de la necesaria flexibilidad de los mercados de trabajo contemporáneos;
- h) Un conjunto de iniciativas orientadas a prevenir el consumo de drogas y estupefacientes en la juventud.



Políticas hacia los Jóvenes

A inicios de los años 90, la juventud no era centro de atención en las políticas sociales de Chile; más bien era visualizada como un sector peligroso, inestable y transgresor de las normas sociales. La Juventud estaba socialmente estigmatizada -cosa que aún tiene algún grado de persistencia-, y consecuentemente con esto las acciones gubernamentales tenían un carácter controlador y represivo, más que promotor de desarrollo. Las altas tasas de desocupación, la falta de expectativas educacionales y la desinserción social configuraban los márgenes de un panorama de exclusión social que heredaba el nuevo gobierno democrático.

A partir de esta realidad, se formularon las bases de una política juvenil basada en tres objetivos: Integración Social, Participación e Identidad.

La creación del Instituto Nacional de la Juventud, dependiente de MIDEPLAN, y la implementación del Programa de Oportunidades para los Jóvenes, PROJOVEN, son muestras evidentes de la voluntad política de dar cabida institucional a la temática juvenil. A partir de ambos, INJ y PROJOVEN, se promovieron iniciativas en virtud de los objetivos mencionados:

La Integración se buscó a través de la generación de «oportunidades de integración social», especialmente en las áreas de educación y trabajo.

Por otra parte, a fin de abrir espacios de participación juvenil, se formularon programas como el de Casas de la Juventud o las Oficinas Municipales de Juventud, o legislativas, como la Ley sobre Asociacionismo Juvenil.

Por último se intentó generar los espacios suficientes para el desarrollo de una Identidad Juvenil, promoviendo programas culturales o financiando iniciativas juveniles.

A partir del año 1996, se propuso superar la visión sectorial y fragmentaria que aparecía en el trabajo con los jóvenes, y planteándose una "Política Social Juvenil", que enmarcándose en la Política Social del Gobierno, propuso abordar desafíos tales como: Participación; Descentralización; Gestión transparente y abierta; Fortalecimiento de la Sociedad Civil; Redistribución más equitativa de las Oportunidades; Integralidad, Eficiencia y Dinamismo; Priorización estratégica de los programas; y Evaluación del impacto de las Políticas.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Los desafíos asumidos se tradujeron en el compromiso con los jóvenes de generar un «marco estratégico de oportunidades», que permitiera cumplir con los siguientes objetivos:

- Generar espacios y oportunidades para la construcción de identidades juveniles
- Modernizar, ajustar y fortalecer las instituciones sociales que permiten la transición de la juventud a la adultez
- Prevenir el riesgo social y reinsertar a jóvenes en riesgo social
- Desarrollar una red institucional de generación y apoyo a las políticas de juventud.

De este modo, el Gobierno instó a profundizar y perfeccionar los planes y programas ligados al mejoramiento de la calidad y la equidad de la educación; a la capacitación laboral de los jóvenes; a la prevención y rehabilitación del consumo de drogas; a la prevención del embarazo adolescente; al acceso de parejas jóvenes a la vivienda; y al estímulo del protagonismo cívico y cultural de las organizaciones juveniles.

Sin embargo, la persistencia de fenómenos tales como las altas tasas de desempleo juvenil, el aumento en las tasas de drogadicción y alcoholismo juvenil, la no disminución de los índices de embarazo y aborto en mujeres jóvenes; sumado a la apatía y desinterés juvenil por la acción política y participación ciudadana, han hecho plantearse a las instancias gubernamentales, en mayor o menor grado, la necesidad de profundizar la política gubernamental hacia los jóvenes.

El diagnóstico es que las políticas hacia los jóvenes se han centrado hasta el momento en hacerse cargo fundamentalmente de generar las oportunidades para un aprendizaje eficaz de habilidades para la incorporación del mundo del trabajo, traducidos como Reforma Educacional y Capacitación Laboral, dirigidos específicamente a jóvenes de sectores pobres.

El nuevo planteamiento es asumir la integralidad de dimensiones del proceso juvenil. Esto implica el desarrollo de nuevas iniciativas, orientadas al desarrollo personal, social y cultural de los jóvenes, desde una perspectiva integral e intersectorial.

ES
SCENTES



Love

AD

Segunda Parte: Política de Salud para la Gente Joven

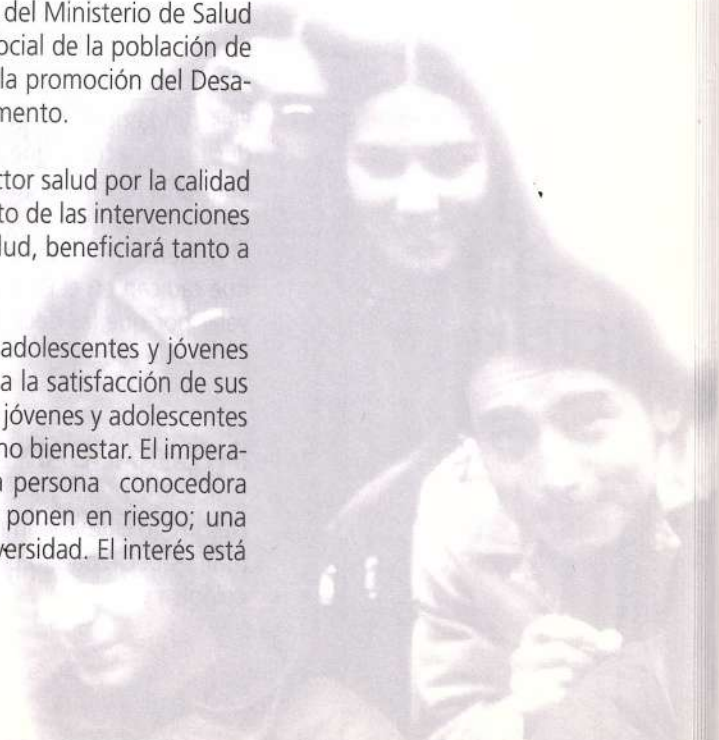
II.A. PROPOSITO

45

El propósito de la presente Política de Salud para la Gente Joven, del Ministerio de Salud de Chile, es contribuir al máximo estado de bienestar bio-psico-social de la población de Adolescentes y Jóvenes Chilenos, enmarcando este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano como ya fuera mencionado al inicio de este documento.

Esta política expresa la preocupación permanente que tiene el sector salud por la calidad de vida de la gente joven, con el convencimiento de que el impacto de las intervenciones diseñadas para mejorar de manera integral sus condiciones de salud, beneficiará tanto a este grupo en particular, como a la sociedad en general.

El fundamento de esta política es el reconocimiento de los y las adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y deberes. Esto obliga al sector salud a la satisfacción de sus necesidades reales, y por otra parte, a estimular permanente a los jóvenes y adolescentes para que participen activamente en la búsqueda del estado de pleno bienestar. El imperativo ético de nuestro sector es trabajar por la formación de una persona conocedora tanto de los factores que la protegen como de aquellos que la ponen en riesgo; una persona con capacidad de enfrentar y en lo posible superar la adversidad. El interés está



puesto en el desarrollo de jóvenes y adolescentes involucrados desde su cuidado personal hasta el del medio ambiente, que desarrollen habilidades para la toma de decisiones y que sean junto a sus pares, protagonistas en la construcción de un mundo mejor, más solidario y equitativo.

Esta política de salud señala como grupo objetivo las personas, hombres y mujeres de edades entre 10 y 24 años, sin exclusiones étnicas, de todos los niveles socioeconómicos, cualquiera sea su estado civil, su nivel educacional, su capacidad física y/o intelectual, sus ideas políticas, religiosas u otras. Es decir, se aborda una perspectiva verdaderamente integral del Ser Humano, en que el Sector Salud, en interacción con otros sectores de la Sociedad, políticos, económicos y sociales, confluye en la búsqueda del Bienestar de las Personas en general y de los Jóvenes y Adolescentes en particular.

II.B. PRINCIPIOS RECTORES

Alcanzar un verdadero **DESARROLLO HUMANO**, implica proponer una política que se fundamente en Principios Rectores que actúen como ejes fundamentales de nuestro accionar.

46

AUTONOMIA Y CONFIDENCIALIDAD:

Ejes fundamentales por sus connotaciones éticas son el respeto por la Autonomía, es decir la capacidad que adquiere con su desarrollo el adolescente y el joven para determinar por sí mismo lo que es mejor para su salud, y la Confidencialidad, que implica respetar el secreto que debe unir la relación de Paciente y Terapeuta, reconociendo en ello que el paciente es el adolescente o joven y no sus padres. Ambos valores tienen limitantes, que radican en el Principio de Beneficencia, a través del cual los agentes de salud deben velar por que las decisiones del paciente no atenten gravemente contra su salud o la de los que le rodean.

INTEGRALIDAD

Desarrollo Humano implica abordar al Adolescente y al Joven desde una perspectiva Integral; es decir, dando cuenta en lo individual de sus múltiples dimensiones, biológica, psicológica y social.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Integralidad se refiere también, a adolescentes y jóvenes insertos en su familia y en la comunidad, ámbitos importantes de socialización. En ese sentido, debe reconocerse especial importancia a la familia en el desarrollo del joven, más aún cuando ésta está ausente o aquejada por problemas, pues en el proceso de individuación, el rol de ella es irremplazable

Una integralidad haciéndose cargo a todos los niveles de acción en salud, como son las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Estas políticas ponen el énfasis en la promoción y la prevención.

UNIVERSALIDAD:

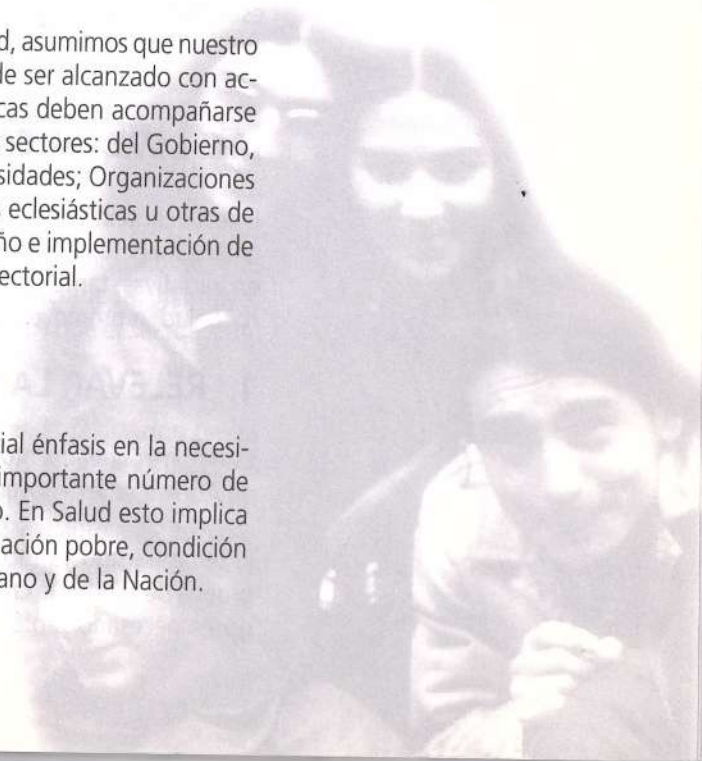
Asumiendo la diversidad cultural, religiosa, valórica, ideológica, social y económica de nuestra sociedad, y las diferencias características de cada género, estas políticas asumen un carácter global y universal para los jóvenes y adolescentes chilenos. Se pretende de este modo promover la no discriminación y la igualdad en el derecho a acceder a un verdadero Desarrollo Humano.

INTERSECTORIALIDAD:

Consecuentemente con los Principios de Integralidad y Universalidad, asumimos que nuestro Objetivo Fundamental, promover el Desarrollo Humano, no puede ser alcanzado con acciones realizadas exclusivamente por el Sector Salud. Estas políticas deben acompañarse de un trabajo mancomunado, coherente y coordinado, con otros sectores: del Gobierno, como por ejemplo Educación, Trabajo, Justicia, Economía; Universidades; Organizaciones No Gubernamentales; Medios de Comunicación; Organizaciones eclesíásticas u otras de nuestra Sociedad. De este modo, se debe propender a que el diseño e implementación de políticas hacia la gente joven, sean producto de un trabajo intersectorial.

EQUIDAD y SOLIDARIDAD:

Consecuentes con la política social del gobierno, ponemos especial énfasis en la necesidad de superar las condiciones de Pobreza, que impiden a un importante número de jóvenes y adolescentes, acceder a las oportunidades de Desarrollo. En Salud esto implica hacer un mayor esfuerzo por mejorar la calidad de vida de la población pobre, condición *sine qua non* para dar el salto hacia un verdadero desarrollo humano y de la Nación.



PARTICIPACION:

El aporte que los propios jóvenes pueden hacer en el diagnóstico, planificación, programación, ejecución y evaluación de las actividades que se lleven a cabo en virtud de concretar las tareas aquí enunciadas, es fundamental. La participación juvenil significa generar las oportunidades de empoderamiento de los jóvenes en la toma de decisiones que afectan a su salud.

Así mismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia la propia salud y el autocuidado, condición fundamental para lograr personas plenamente sanas.

FLEXIBILIDAD:

Reconociendo que estas políticas están pensadas globalmente, su aplicación debe dar cuenta de la diversidad de realidades a nivel local. Por esta razón, la política de salud para jóvenes y adolescentes es flexible, pues su expresión se concreta en estrategias diseñadas por los propios servicios orientados a este grupo. Así mismo, dada la rápida evolutividad de las condiciones en que se desarrolla nuestra sociedad, la flexibilidad debe contemplar la perspectiva del tiempo, como una necesidad de reevaluación constante del éxito de las estrategias diseñadas.

48

II.C. LINEAMIENTOS POLITICOS

En este contexto, la política de salud para los jóvenes y adolescentes de Chile, se traduce en lineamientos a seguir por el Sector. Estos lineamientos tendrán su expresión concreta en iniciativas, tanto de carácter ejecutivo como legislativo, que desarrollará el propio Sector Salud, o promoverá en el ámbito de la Intersectorialidad.

1. RELEVAR LA SALUD DE LA GENTE JOVEN

Este primer lineamiento tiene que ver con otorgar la importancia que el tema de la Salud de Adolescentes y Jóvenes requiere.

El tema ha sido ya reconocido como relevante dentro del propio Ministerio de Salud y prueba de ello fue la creación del Programa de Salud del Adolescente en 1995. Sin embargo es necesario profundizar el trabajo del programa para permear las estructuras del

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Sector Salud, de modo tal que se entienda que la Salud del Adolescente es prioritaria para el Ministerio y para el Gobierno en general

Así mismo, será perentorio revisar la Legislación vigente que regula el Sector Salud, con el fin de adecuarla a la prioridad que los adolescentes y jóvenes tendrán para el Sistema de Salud.

El promover el desarrollo del conocimiento en el tema de salud de adolescentes y jóvenes a través de la investigación, difusión y formación de recursos humanos en los centros académicos universitarios, son actividades importantes que contribuyen a promover el interés por la salud de este grupo etario.

Relevar la Salud de la Gente Joven implica también la necesidad de promover una mayor preocupación por el tema en otros sectores, tales como Educación, Trabajo, Deporte y Recreación, Justicia, Economía y a nivel de Organizaciones No Gubernamentales. Es necesario propender a un trabajo mancomunado dirigido hacia la Gente Joven.

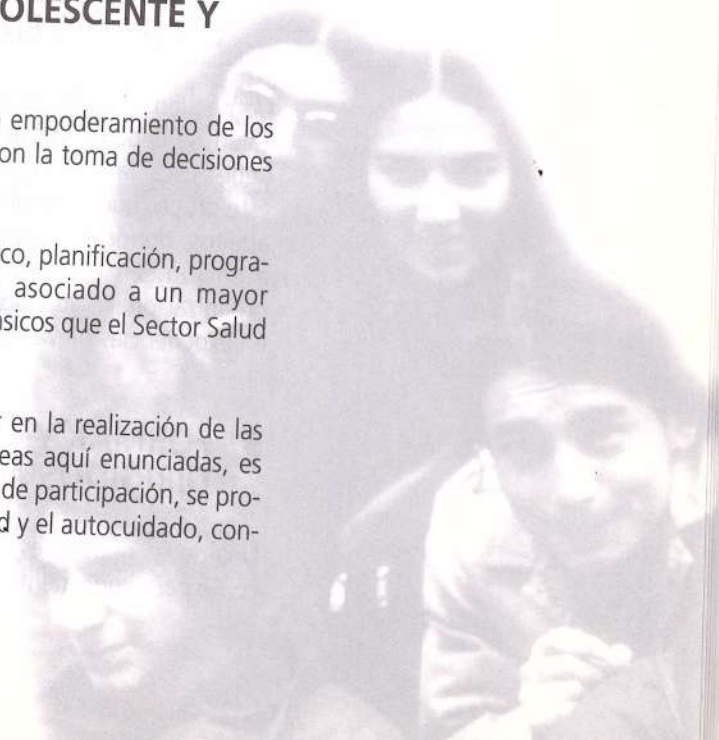
Por último, relevar la Salud de la Gente Joven implica abogar frente a la Comunidad en general, por una mayor preocupación acerca de las temáticas juveniles.

2. POTENCIAR EL EMPODERAMIENTO ADOLESCENTE Y JUVENIL

La participación juvenil significa generar las oportunidades de empoderamiento de los jóvenes en distintos ámbitos, especialmente los relacionados con la toma de decisiones que afectan a su salud.

La participación creciente de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, planificación, programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, asociado a un mayor empoderamiento generacional en la sociedad, son elementos básicos que el Sector Salud debe promover en la comunidad.

El aporte que los propios adolescentes y jóvenes pueden hacer en la realización de las actividades que se lleven a cabo en virtud de concretar las tareas aquí enunciadas, es fundamental para su éxito. Así mismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia la propia salud y el autocuidado, condición fundamental para lograr personas plenamente sanas.



3 PROMOCION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES, PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO.

El accionar de los Servicios de Salud hacia la Gente Joven, debe orientarse a promover el desarrollo de Destrezas y Habilidades en el autocuidado.

Es imprescindible asociar a las atenciones de salud, acciones de Promoción y Prevención individuales. Así mismo, es necesario desarrollar actividades de diversa índole que promuevan la adquisición de hábitos de vida que protejan y mantengan saludables a adolescentes y jóvenes.

El objetivo de estas acciones debe ser el reemplazo de las Conductas de Riesgo por Conductas Saludables, que conlleven una vida más sana para adolescentes y jóvenes en el presente, y que disminuya la probabilidad de Enfermedades Crónicas en los adultos del futuro, que tantos costos tiene en Desarrollo Humano, Calidad de Vida y Desarrollo Económico.

50

4 DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA GENTE JOVEN

Consecuentemente con la importancia que tiene la Gente Joven para el Ministerio de Salud, se debe potenciar el desarrollo de Servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes. Se debe buscar la forma de implementar espacios diferenciados, accesibles y amigables para este grupo, que generalmente no es acogido por un sistema diseñado sólo para niños o adultos; donde se resguarde la Integralidad, la Calidad y la Interdisciplinariedad de la atención. En ese sentido, se debe posibilitar la introducción de innovaciones organizacionales cuando sean necesarias para alcanzar dichas características, basándose en experiencias previas y exitosas que se han desarrollado en la realidad nacional.

5 FORMAR Y CAPACITAR LOS EQUIPOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA GENTE JOVEN

Una de las principales dificultades que ha enfrentado el Programa de Salud del Adolescente para implementar una red de servicios dirigidos a la Gente Joven, es la escasa for-

mación de los miembros de los equipos de salud en la atención adecuada de los adolescentes y jóvenes.

Por esta razón se hace fundamental para el fortalecimiento de los Servicios, la sensibilización y capacitación de un mayor número de profesionales y funcionarios de salud que puedan atender, acoger, interpretar y responder a las necesidades de la población joven. Es también necesario formar especialistas en Salud del Adolescente, para que guíen a los equipos y difundan los conocimientos sobre el tema. Por esta razón, se debe incorporar el tema en programas universitarios que forman diversos profesionales, tanto de pregrado como de post-grado.

6 DESARROLLAR LA RED ASISTENCIAL EN TORNO A LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JOVENES

Así como es necesario potenciar los Servicios orientados a la Gente Joven, es también importante relevar su inserción en la Red Asistencial

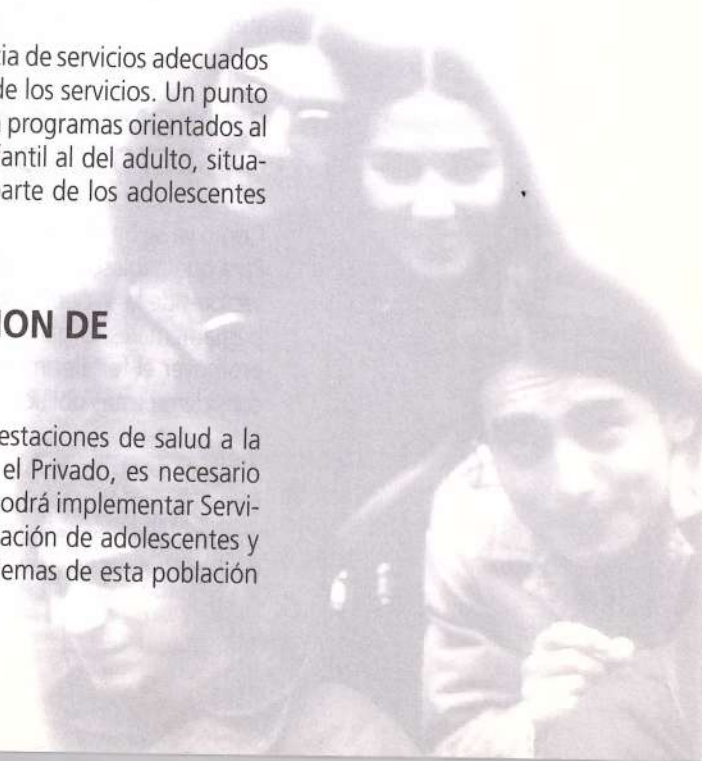
A nivel de Atención Primaria es necesaria la coordinación con los demás programas existentes y su inserción y compatibilización con el modelo de Salud Familiar, impulsado por el Ministerio de Salud.

A nivel de atención secundaria y terciaria, es necesaria la existencia de servicios adecuados para la atención de la Gente Joven, en interacción con el resto de los servicios. Un punto relevante es la formación de equipos que diseñen e implementen programas orientados al traspaso de los pacientes crónicos del ambiente hospitalario infantil al del adulto, situación que provoca deserción y abandono de tratamientos por parte de los adolescentes que sufren de patologías graves.

7 FORMULACION DE NORMAS DE ATENCION DE ADOLESCENTES Y JOVENES

Para cumplir con el rol de garantizar la mejor calidad en las prestaciones de salud a la Gente Joven, otorgadas tanto por el Sector Público, como por el Privado, es necesario formular una Normativa que las guíe y regule. De este modo se podrá implementar Servicios que realmente satisfagan a las necesidades de nuestra población de adolescentes y jóvenes, logrando un lenguaje y un modo de enfrentar los problemas de esta población

51



en forma común, en beneficio del usuario y que permita por otra parte evaluar el impacto de estas políticas.

Esta normativa deberá ser reflejo fiel de las presentes políticas, pues de la consistencia con los principios antes expresados, dependerá la posibilidad de garantizar la mejor atención de los adolescentes y jóvenes chilenos.

8. GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCION PARA TODOS LOS ADOLESCENTES Y JOVENES

Existen barreras al acceso de adolescentes y jóvenes a las atenciones de salud, que no se presentan para otros segmentos de la población, tales como la falta de independencia financiera, y la consecuente necesidad de autorización paterna para el uso de los seguros de salud. Estas pueden vulnerar los principios de autonomía y confidencialidad necesarios para la atención del paciente, y en definitiva ir en desmedro del propósito de la presente Política.

Se hace absolutamente necesario buscar modos innovadores para asegurar que adolescentes jóvenes reciban atención. Cabe señalar que muchas de dichas acciones deberán enmarcarse en la promoción y prevención de conductas de riesgo, las que comprometen no sólo al paciente sino también a quienes lo rodean, por lo que se puede plantear que la atención de la Gente Joven cae en el ámbito de los Bienes Públicos.

9. PROMOVER ACCIONES CONJUNTAS CON OTROS SECTORES DE LA SOCIEDAD

Como ya se ha señalado, el Desarrollo Humano no es un fin exclusivamente del Sector Salud. Para que adolescentes y jóvenes accedan a él es necesario trabajar integradamente con otros sectores de la Sociedad como Educación, Trabajo, Justicia, Economía; Organizaciones No Gubernamentales, Organizaciones eclesíásticas, u otras. Por esta razón, se debe poner énfasis en promover el fortalecimiento del trabajo intersectorial, y al mismo tiempo que otros sectores consideren estas políticas al momento de elaborar sus respectivas iniciativas.

Algunas acciones que deben ser prioritarias en el trabajo con otros sectores son: el desarrollo de ambientes escolares y laborales saludables, el mejoramiento de los servicios comunitarios juveniles y el fortalecimiento del trabajo en red comunitaria (familia/escuela/comunidad).

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

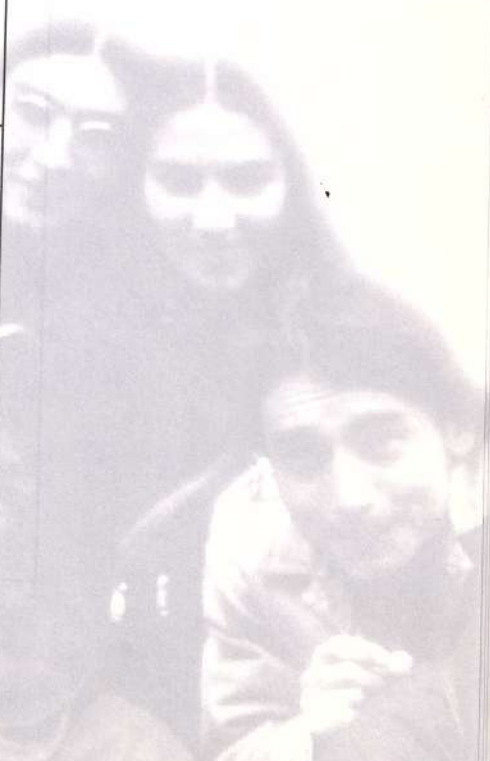
III.A. INICIATIVAS A DESARROLLAR EN EL ÁMBITO DE LOS LINEAMIENTOS ANTES ENUNCIADOS.

La siguiente tabla resume las iniciativas sugeridas por la Comisión Asesora de las Políticas de Salud para la Gente Joven, que trabajó en la formulación de este documento:

LINEAMIENTO	INICIATIVAS
RELEVAR LA SALUD DE LA GENTE JOVEN	<ol style="list-style-type: none"> 1_ Campaña de difusión de las políticas de Salud para la Gente Joven. 2_ Difusión de los Derechos Juveniles. 3_ Difusión del Programa de Salud del Adolescente 4_ Modificación del Estatuto de Atención Primaria, incorporando el Programa de Salud del Adolescente. 5_ Proposición de la creación de un Comité Interministerial para el Desarrollo de Políticas Juveniles. 6_ Promoción del conocimiento en temas de salud juvenil, fomento a la investigación y difusión del conocimiento existente.
POTENCIAR EL EMPODERAMIENTO ADOLESCENTE Y JUVENIL	<ol style="list-style-type: none"> 1_ Abogacía por los adolescentes y jóvenes en los medios de comunicación. 2_ Movilización y empoderamiento de organizaciones juveniles. (ej. Centros de Alumnos) 3_ Promover una participación activa de los y las jóvenes en todas las actividades de salud relacionadas con ellos, especialmente en los centros de salud. 4_ Promover el respeto de la confidencialidad y autonomía en su atención. 5_ Fortalecer el poder de las y los adolescentes, como agentes de salud en relación a sí mismos/as.
PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO.	<ol style="list-style-type: none"> 1_ Pesquisa de conductas y factores de riesgo en la población juvenil. 2_ Promoción de hábitos de vida saludable, como una alimentación sana, realización de actividad física, uso del tiempo libre. 3_ Focalización en el ámbito escolar: desarrollo del examen de salud escolar en la etapa adolescente; énfasis en grupos que desertan del sistema escolar. 4_ Promoción del uso de oportunidades perdidas en la atención de los adolescentes. 5_ Utilización y difusión de modelos de atención existentes y que han desarrollado el enfoque de riesgo.
DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA GENTE JOVEN	<ol style="list-style-type: none"> 1_ Creación de espacios de definición de estrategias locales. 2_ Adecuación y acreditación de los servicios de salud para adolescentes existentes. 3_ Difusión del uso de la "Historia del Adolescente de CLAP-OPS/OMS" como parte integrante de la ficha clínica, incorporando los aspectos de salud sexual y reproductiva.

53

S
SCIENTE



Salud para la Gente Joven

DESARROLLAR LA RED ASISTENCIAL EN TORNO A LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JOVENES	<ol style="list-style-type: none">1_ Mejorar la coordinación del Programa de Salud del Adolescente en los niveles primario, secundario y terciario.2_ Promover la coordinación de dicho programa con los demás programas de salud existentes.
FORMULACIÓN DE NORMAS DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	<ol style="list-style-type: none">1_ Establecimiento de una normativa ministerial para la atención de salud de adolescentes y jóvenes.2_ Establecimiento de una normativa de acreditación de servicios de atención del adolescente.
GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	<ol style="list-style-type: none">1_ Definir las prestaciones entregadas a adolescentes y jóvenes y su valorización, para el financiamiento por los seguros de salud.2_ Estudiar la implementación de iniciativas que faciliten la atención de salud de la gente joven: ej. Tarjeta Joven/Salud.3_ Reconocimiento del Derecho de Autonomía de la gente joven para acceder a los servicios de salud.
PROMOVER ACCIONES CONJUNTAS CON OTROS SECTORES DE LA SOCIEDAD	<ol style="list-style-type: none">1_ Integración de los actores de salud en una Red comunitaria Joven.2_ Potenciar la coordinación Intersectorial, especialmente salud/educación, priorizando actividades dirigidas al desarrollo integral y para abordar problemas prioritarios como: Sexualidad, Violencia y Accidentes, Consumo de Drogas, Deserción Escolar, entre otros.3_ Desarrollo de estrategias de pesquisa de adolescentes en riesgo, a través de agentes del Sector Educación.4_ Incrementar las acciones de promoción y prevención en el ámbito de la educación en salud.5_ Desarrollar un trabajo en conjunto con el Sector Justicia, abordando la problemática de los jóvenes en riesgo de infringir la ley o que se vean afectados por problemas legales (tutorías, invalidez, maltrato, abuso sexual, consumo de drogas) y de aquellos que se encuentran en los Centros de Orientación y Diagnóstico o en reclusión.6_ Promover la incorporación de los medios de comunicación masiva en las campañas de promoción y prevención hacia la gente joven.7_ Desarrollar actividades con el sector Trabajo para diseñar estrategias que ayuden a mejorar la situación laboral y de salud de los jóvenes trabajadores.8_ Profundizar el trabajo con SERNAM en el ámbito de iniciativas hacia las mujeres jóvenes y su problemática de género.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

1994

1994

ES
SCENTES



Jóvenes
ADO

Referencias

- Burt, M. 1996.** «¿Por qué se debe invertir en la Población Adolescente?». Martha Burt. OPS. Washington, 1996.
- DISAP, 1994.** «Política y Programa de Salud Integral del Adolescente». División de Salud de las Personas. Santiago, 1994.
- INJ/MINSAL /CEPSS, 1997.** «Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud del Adolescente». Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Salud, CEPSS. Santiago, 1997.
- INJUV, 1998 (a)** «Diseño de Instrumento de Seguimiento de la Agenda Programática Juvenil del Gobierno 1998-1999». Roberto Trejo O. INJUV. Santiago, 1998.
- INJUV, 1998 (b)** «Catastro de Indicadores por Áreas Temáticas» INJUV. Santiago, 1998.
- INJUV, 1998 (c)** «Caracterización de la Realidad Juvenil de los '90" INJUV. Santiago, 1998.
- Luengo, X. 1991** «Definición y Características de la Adolescencia», en *Embarazo en Adolescentes, Capítulo IV*. UNICEF – SERNAM. Santiago, 1991.
- Luengo, X. 1994** «La Situación del Adolescente y el Joven en Chile y los Servicios de Salud». OPS. Santiago, 1994.
- Luengo, X. 1997** «Salud Adolescente y Nivel de Atención, por Regiones y Servicios de Salud, Chile 1994». Tesis para optar al Grado de Magister. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Santiago, 1997.

- MIDEPLAN, 1997 (a)** «Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile, 1996: resultados de la encuesta CASEN». Ministerio de Planificación y Cooperación. Santiago, 1997.
- MIDEPLAN, 1997 (b)** «Situación de los Jóvenes en Chile, 1996: resultados de la encuesta CASEN». Ministerio de Planificación y Cooperación. Santiago, 1997.
- MINEDUC, 1993.** «Política de Educación Sexual. Ministerio de Educación». Ministerio de Educación. Santiago, 1993.
- MINSAL, 1998.** «Política de Salud del Gobierno del Presidente Frei. 1998 y 1999: énfasis y prioridades». Ministerio de Salud. Santiago, 1998.
- MINSAL, 1998.** *Boletín Anual de Estadísticas e Indicadores de Atenciones Chile 1978-1998. Departamento de Coordinación e Informática. Mayo 1999.*
- MOLINA, R.** "Conceptos de riesgo en Adolescente Embarazada". Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. (1), N129 77-78. 1994
- MOLINA, R.** CEMERA/SERNAM. Editor Molina R. "Adolescente embarazada en Chile". Diagnóstico de la Situación. 1991.
- NAHIC, 1997.** «Improving Adolescent Health. An Analysis and Synthesis of Health Policy Recommendations». Brindis, Irwin, Ozer, Handley, Knof y Millstein. *National Adolescent Health Information Center, University of California. San Francisco, California. 1997.*
- OPS-Kellogg, 1997.** «El Ambiente Legislativo Y De Políticas Para La Salud De Los Adolescentes En América Latina Y El Caribe». Rodríguez-García, Russell, Maddaleno y Katrinakis. Washington D.C. Septiembre 1997.
- OMS, 1996.** «Iniciativa Mundial de Salud Escolar». Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1996.

Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes

- PNUD, 1998** «Desarrollo Humano en Chile: las paradojas de la modernización». Resumen Ejecutivo. PNUD. Santiago, 1998.
- SAM** «Confidential Health Care for Adolescents: A Position Paper of the Society for Adolescent Medicine». Sociedad Norteamericana de Medicina del Adolescente. <http://www3.uchc.edu/~sam/samfinal/activities/position/confidential.html>
- SERNAM, 1995** «Informe Comisión Nacional de la Familia», Servicio Nacional de la Mujer, 1995.
- SERNAM, 1997** "Análisis de las Conductas Sexuales de las y los adolescentes de la Región Metropolitana", Lavín F., Lavín P. y Vivanco S. Servicio Nacional de la Mujer, 1997.

59

ESCENTES





**MINISTERIO
DE SALUD**

La vida es lo primero

Adolescentes
JÓVENES

DIVISION SALUD DE LAS PERSONAS
PROGRAMA SALUD DEL ADOLESCENTE