



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

2023

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital
Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria
Departamento de Gestión del Cuidado



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital

Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria

Departamento de Gestión del Cuidado

Ministerio de Salud. "Actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes" 2022.

Resolución Exenta N°1918, del 28 de diciembre de 2023.

Todos los derechos reservados.



RESPONSABLES TÉCNICOS MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Fernando González Escalona

Médico Pediatra, Mg. Salud Pública
Jefe División Prevención y Control de Enfermedades

Tamara Doberti Herrera

Nutricionista, Mg. Salud Pública
Jefa Departamento de Ciclo Vital

Carolina Liu Orellana Campos

Ginecóloga Pediatra y de la Adolescencia
Encargada de la Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Oficina Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes

Cettina D'Angelo Quezada

Matrona

Pamela Llantén Aroca

Médica familiar mención niños,
Mg. Administración de Salud

Felipe Hasen Narváez

Antropólogo, Mg. Desarrollo
Humano y Economía

Alejandro Gallegos Cárdenas

Psicólogo, Mg. Psicología Clínica.
Mg. Salud Pública

Colaboradores de la División de Prevención y Control de Enfermedades

René Guzmán Montes

Enfermero, Mg. en Gestión en Salud
Encargado Programa Nacional de Salud
para las Personas Mayores
Departamento de Ciclo Vital

Belén Vargas Gallegos

Psicóloga, Mg. Psicología clínica
infantojuvenil
Dr. (c) Psicoterapia
Departamento de Salud Mental

Loretto Fuentealba Alvarado

Enfermera, Mg. Salud Pública
Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital

Patricia Cabezas Olivares

Enfermera
Departamento de Inmunizaciones

RESPONSABLES TÉCNICOS MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes asistenciales

División de Atención Primaria

Pamela Meneses Cordero

Socióloga.

Depto. Gestión del Cuidado.

División de Gestión de la Red Asistencial

Paola Ciocca Barraza

Médica familiar mención niños,
Adolescentóloga.

Depto. GES, Redes Compleja
y Líneas Programáticas.

Colaboradores y Revisores externos

Joel Castellano Soto

Fonoaudiólogo, MBA Dirección y Gestión en Salud, Mg. Epidemiología

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	08
INTRODUCCIÓN	09
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
ALCANCE DEL DOCUMENTO	10
PARTE I: MARCO GLOBAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	10
1.1. Lineamientos y acciones a nivel mundial	12
1.1.1. Instrumentos internacionales y derechos en salud	12
1.1.2. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2015-2030	13
1.1.3. Estrategia Mundial de Salud de la mujer, del niño y adolescente 2016 - 2030	17
1.2. Lineamientos y acciones a nivel nacional	18
1.2.1. Estrategia Nacional de Salud para Chile (ENS) 2021-2030	18
1.2.2. Política Nacional de Niñez y Adolescencia: Sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia 2015 – 2025 y Plan de Acción 2018 - 2025.	21
1.2.3. Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025	21
1.2.4. Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2017	21
1.2.5. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2018	22
1.3. Marco legal vigente	30
1.4. Consideraciones éticas en la atención de salud	34
PARTE II: SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES	34
2.1. Características sociodemográficas de la población de adolescentes y jóvenes	34
2.1.1. Distribución de adolescentes y jóvenes en el territorio nacional	36
2.1.2. Pertenencia a pueblos indígenas u originarios y migrantes en adolescentes y jóvenes	38
2.1.3. Pobreza en adolescentes y jóvenes	39
2.1.4. Nivel de escolaridad y deserción escolar	

ÍNDICE DE CONTENIDO

2.1.5. Composición familiar	40
2.1.6. Trabajo adolescente	40
2.1.7. Seguro de salud	40
2.1.8. Adolescentes y jóvenes en situación de calle	41
2.2. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes	42
2.2.1. Factores de riesgo y de protección	42
2.2.2. Control de salud integral de los adolescentes	42
2.2.3. Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)	44
2.2.4. Salud sexual y reproductiva	55
2.2.5. Morbilidad	58
2.2.6. Mortalidad	70
PARTE III: ENFOQUES, MODELOS DE ATENCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN SANITARIA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE	73
3.1. Enfoques integradores del Programa Nacional de Salud Integral para adolescentes y jóvenes	73
3.1.1. Enfoque de derechos humanos y la atención en salud	73
3.1.2. Enfoque de determinantes sociales y equidad	73
3.1.3. Enfoque de curso de vida	74
3.1.4. Enfoque de género	75
3.1.5. Enfoque de interculturalidad	75
3.2. Modelos de atención presentes en la Red de Salud para el abordaje integral de los adolescentes y jóvenes	76
3.2.1. Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS)	76
3.2.2. Modelo Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	79
3.2.3. Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental	79
3.2.4. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad	80
3.2.5. Modelo de atención de salud integral diferencial para adolescentes	81
3.3 Oferta Programática Actual del sector salud para adolescentes y jóvenes	83
3.3.1 Red de atención y su organización en el sistema público	83
3.3.2. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Primario	84
Control de Salud Integral de Adolescentes	
Problemas de Salud GES y Ley Ricarte Soto	
3.3.3. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada	87
3.3.4. Articulación de salud con el intersector en el contexto de Adolescentes y Jóvenes	89

ÍNDICE DE CONTENIDO

PARTE IV: DIAGNÓSTICO DE BRECHAS Y DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES	91
CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	91
Diagnóstico de brechas y desafíos en la atención integral de salud para adolescentes y jóvenes en Chile: antecedentes del proceso	91
Brechas y desafíos identificados: categorías de análisis	
4.1 Promoción, educación y prevención primaria	92
4.2. Provisión de servicios asistenciales	93
4.3. Funcionamiento de la red asistencial	94
4.4. Funcionamiento de los sistemas de registro, información y vigilancia	95
4.5. Rectoría, regulación y fiscalización	95
4.6. Síntesis y consideraciones finales del análisis de brechas y desafíos	96
PARTE V: PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES, Y SU PLAN DE ACCIÓN 2024-2034	98
5.1. Conceptos transversales e iniciativas destacadas para avanzar en la atención integral de adolescentes y jóvenes en Chile	99
5.1.1. Autonomía	99
5.1.2. Identidad	100
5.1.3. Género	100
5.1.4. Integralidad	102
5.1.5. Participación	102
5.1.6. Estilos de vida saludable	102
ANEXOS	104
Anexo 1: Listado de patologías GES que corresponden a población adolescente y joven.	105
Anexo 2. Problemas de salud incorporados en la Ley Ricarte Soto	111
Anexo 3. Oferta del Intersector	118
Anexo 4: Mesas técnicas para el levantamiento de brechas y Grupo de Trabajo Asesor	126
REFERENCIAS	132

PRESENTACIÓN

Chile tiene una larga y exitosa tradición en políticas públicas de salud para la infancia que pueden ser documentadas en un período centenario. Por su parte, las iniciativas enfocadas en la adolescencia han sido desarrolladas principalmente en los últimos 50 años cuando se empezó a visibilizar la adolescencia y juventud como un periodo diferenciado, caracterizado por trayectorias y transiciones particulares a partir de definiciones biológicas y clínicas íntimamente relacionadas con las dimensiones psicológicas y sociales que le otorgan especificidades únicas. Estas dimensiones deben ser consideradas al elaborar, implementar y evaluar políticas públicas, planes y programas dirigidos a este grupo poblacional que respondan a su perfil sociodemográfico y epidemiológico de acuerdo al contexto cultural y económico del país en momentos determinados de su historia.

Abordar las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes implica acompañarlos en transiciones complejas y en períodos críticos y sensibles, promoviendo su crecimiento y desarrollo saludables, potenciando factores protectores y controlando aquellos de riesgo a través de acciones que no solo impactan en su salud actual sino también en etapas posteriores del curso de vida. Las iniciativas para adolescentes y jóvenes se basan en el reconocimiento, respeto y protección de sus necesidades específicas, desde los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, equidad, género e interculturalidad.

Es una gran satisfacción para mí presentar el “Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2023”, el cual tiene el objetivo de actualizar la situación de salud de este grupo etario y describir la oferta de servicios de salud disponibles en la red pública de salud del país, además de generar un diagnóstico de brechas y desafíos en la atención de salud de adolescentes y jóvenes que contribuya a la formulación de un Plan de Acción Integral para los próximos diez años.

Con este documento elaborado por la Oficina de Salud de Adolescentes y Jóvenes en colaboración diversos expertos, se espera entregar a los gestores y equipos de salud, instituciones académicas, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil, información clave para orientar en la planificación e implementación de estrategias e intervenciones que permitan el logro de los objetivos de salud propuestos para los adolescentes y jóvenes del país.

Dra. Ximena Aguilera Sanhueza
Ministra de Salud

INTRODUCCIÓN

Desde el año 1995, el Ministerio de Salud de Chile (en adelante MINSAL), mediante el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (en adelante Programa Nacional), busca promover la salud y el desarrollo de la población entre los 10 y 24 años de edad (1).

El objetivo del Programa Nacional es contribuir a la salud y el desarrollo integral de este grupo de la población, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y una mejor calidad de vida.

En el año 1999 se conformó un grupo de trabajo a nivel ministerial para abordar la salud de adolescentes y jóvenes, el cual dio pie para que en el año 2007 se publicara la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (2), la que permitió dar paso a la creación de un programa que incorpora el enfoque de derechos, equidad, atención integral, determinantes sociales, género y participación como elementos claves para este grupo etario.

En el año 2012 se elabora el documento “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y su respectivo plan de acción para el período 2012-2020”, orientado inicialmente al quehacer del nivel primario de atención (1). En este documento, la Oficina Nacional analiza las distintas dimensiones, niveles de intervención y servicios que otorga la red asistencial de salud a los adolescentes y jóvenes en Chile.

Posteriormente, en 2018, se publica el Programa Nacional de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes para el nivel especializado de atención abierta y cerrada, con el fin de dar respuesta a las necesidades de esta población en niveles de mayor complejidad y resolutivez, con el desafío de cerrar brechas y prestar servicios de salud de calidad, diferenciados, más equitativos, integrales e integrados, para este grupo.

En el año 2019 se generó un reporte actualizado de su situación de salud, en el cual se identifican desafíos y brechas, y se priorizan enfoques, modelos, conceptos y ámbitos de intervención para los próximos diez años (MINSAL. 2019). Dentro de ellos, se priorizan salud mental y bienestar emocional, dado que, producto de la pandemia por SARS-CoV-2, estos problemas de salud han ido en aumento alterando el comportamiento de adolescentes y jóvenes en sus casas y en sus lugares de estudio. En relación a esto, y dado el aumento de situaciones de violencia en los colegios y de situaciones de violencia por medio de redes sociales, es que, además, se priorizó para los próximos 10 años la prevención y primera respuesta a situaciones de violencia y promoción del buen trato.

Por otro lado, una de las 4 primeras causas de muerte por factores externos en adolescentes son las lesiones y muertes por accidentes de tránsito, afectando no sólo su calidad de vida en caso de lesiones graves, sino también a todo su núcleo cercano, tales como la familia y seres queridos; por esto, la seguridad vial se vuelve un tema para desarrollar en la década.

Con ese reporte y sumado al trabajo realizado por un panel de expertos y expertas en adolescencia desde sociedades científicas, académicas, y profesionales de la salud que trabajan con este grupo etario, se priorizaron las líneas de trabajo para la próxima década que se desarrollarán en este documento, las cuales son: Provisión de servicios asistenciales; Funcionamiento de la red asistencial; Funcionamiento de los sistemas de registro, información y vigilancia; Rectoría, regulación y fiscalización.

OBJETIVO GENERAL

Actualizar el Programa de Atención de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes en los tres niveles de atención, de acuerdo con la nueva situación epidemiológica y evidencia científica, estableciendo un marco técnico, regulatorio y programático para los próximos diez años.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Analizar el marco de referencia de la adolescencia y juventud, considerando lineamientos internacionales y nacionales respecto de estrategias, planes, programas de salud, además de aspecto legales y bioéticos en la atención de salud de adolescentes y jóvenes.
- Describir la situación sociodemográfica y de salud de los adolescentes y jóvenes en Chile.
- Describir los enfoques, modelos de atención y la red de atención sanitaria y social vigente para adolescentes y jóvenes en Chile.
- Generar un diagnóstico de brechas y desafíos en la atención de salud de adolescentes y jóvenes, que contribuya a la formulación de un marco operativo para el periodo 2024-2034.
- Describir conceptos transversales y propuestas para avanzar en la atención integral de adolescentes y jóvenes, que contribuyan a la formulación de un marco operativo para el periodo 2024-2034.

ALCANCE DEL DOCUMENTO

Dirigido a gestores y a los equipos de salud que participan en el monitoreo, supervisión y atención de salud de los adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años 11 meses y 29 días, en los establecimientos de salud de la red asistencial.

PARTE I: MARCO GLOBAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas jóvenes entre 10 y 24 años. El mayor subgrupo es de la adolescencia, definido como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. A la vez categoriza a los jóvenes como el grupo de edad de 15 a 24 años(3).

La adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida del ser humano (4), debido, entre otras cosas, al ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, siendo además condicionada por diversos procesos biológicos, pero también socioculturales y ambientales, con lo cual las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre contextos socioculturales y ambientales distintos. Relacionado a este último contexto es que, durante el último siglo, es posible visualizar muchos cambios en relación a la etapa de la adolescencia; un inicio más temprano de la pubertad, la postergación de las uniones maritales, la urbanización, la evolución de las actitudes y prácticas sexuales, entre otros (5–9).

Este proceso implica que esta etapa de desarrollo no se limita solamente a los cambios físicos, sino también involucra los de tipo psicológico, emocional, social y especialmente la autonomía progresiva, de acuerdo al desarrollo de capacidades. Por tanto, dentro de la gama de cambios que existen en este tránsito, las formas en cómo cada adolescente vivencia la adaptación interior y exterior no deja de considerarse (10).

En la adolescencia, los determinantes sociales de la salud y otras variables psicosociales del entorno inmediato, tales como características del barrio, el medio escolar, el grupo de pares, la familia, la comunidad, su medio ambiente y los elementos culturales que estructuran su quehacer diario (9), comienzan a definir críticamente las condiciones, decisiones y consecuencias que éstos factores tienen en las etapas posteriores del desarrollo, haciendo imperativo para los servicios de salud abordar estas temáticas durante este periodo del curso de vida.

La principal tarea evolutiva de este periodo es el desarrollo de la identidad, lo que implica determinar aspectos que tienen relación con definir quién es cada uno, lo que proyectará a futuro y su proyecto vital, la identidad sexual y de género, y la elaboración de su propia historia, entre otros.

A fin de contar con criterios operativos, programáticos, de investigación y epidemiología, Chile asume la definición recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11) con la cual es posible distinguir tres fases o subetapas de desarrollo psico-social:

- **Adolescencia temprana o inicial: entre 10 y 13 años.**
- **Adolescencia media: entre los 14 y 16 años.**
- **Adolescencia tardía: entre los 17 y los 19 años.**

Otros documentos referidos a políticas de salud de adolescentes consideran el rango de 10 a 24 años, incorporando en este rango el concepto de juventud (12). Recogiendo esa definición es que, para efectos programáticos, en Chile se abarca a la población joven aquella comprendida entre los 20 y 24 años.

Es importante destacar que las distinciones de etapas recién mencionadas son de gran utilidad para ajustar de mejor forma la aproximación, acogida y relación profesional entre los profesionales de la salud y esta población. No obstante, esto no implica homogeneidad. Existe una amplia diversidad de formas de experimentar esta etapa, con lo cual se ha impulsado a no hablar sólo de “la adolescencia” y la “juventud”, sino más bien de “adolescencias” y “juventudes”.

1.1.LINEAMIENTOS Y ACCIONES A NIVEL MUNDIAL

1.1.1. Instrumentos internacionales y derechos en salud

La carta de navegación del Programa Nacional se sustenta en el reconocimiento y ejercicio de los derechos de la población adolescente y joven en el ámbito individual y social de convivencia. Este marco emana desde instrumentos internacionales y derechos consagrados a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en salud, ratificados por el Estado de Chile (tabla 1).

Tabla 1.
Instrumentos internacionales y derechos consagrados a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en salud.

INSTRUMENTO INTERNACIONAL	AÑO
Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25, párrafo 1 y 2	1948
Declaración de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente..	1959
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5, apartado e) inciso IV). Sobre el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales	1965
Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 10 y 12.	Adoptado por las Naciones Unidas en 1966. Suscrito por Chile en 1969.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, artículo 11 y el artículo 12, párrafo 1, apartado f). Sobre el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.	1979
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 10. Sobre el derecho a la salud	1988
Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24. Sobre el derecho del niño y niña al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.	1989
Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por el Estado de Chile.	1990

INSTRUMENTO INTERNACIONAL	AÑO
Consenso de Montevideo Sobre Población y desarrollo. Cap. D), sobre Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Cap. F). Sobre la migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes	2013

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, MINSAL, 2022.

1.1.2 Objetivos de Desarrollo Sostenible: Agenda 2015-2030

Durante el año 2015, a través del Consenso de Montevideo, las Naciones Unidas hizo un llamado universal a la acción para “poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad”. De esta manera se establece la Agenda 2015-2030 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (figura 1) (13).



Fuente: Organización de las Naciones Unidas (13).

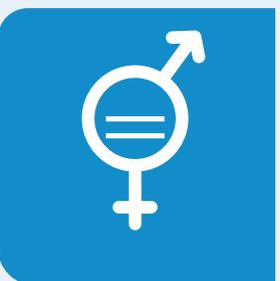
Estos objetivos están integrados y reconocen que la acción en un área afectará los resultados en otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Si bien todos los objetivos de la agenda apuntan al bienestar de la población, para la salud del grupo de adolescentes y jóvenes destacan el Objetivo 3: Salud y bienestar, y el Objetivo 5: Igualdad de Género (figura 2).

Figura 2.

Objetivos del Desarrollo Sostenible N°3 y 5 para la Agenda 2015 – 2030.

**Salud y Bienestar**

La buena Salud es esencial para el desarrollo sostenible, y la agenda 2030 refleja la complejidad y la interconexión de ambos. Considerada las desigualdades económicas y sociales, la rápida urbanización, las amenazas del clima y medio ambiente, la lucha continua contra el VIH y otras enfermedades infecciosas, y los nuevos problemas de salud, como las enfermedades no transmisibles. La cobertura universal de salud, termina con la pobreza y reduce las desigualdades.

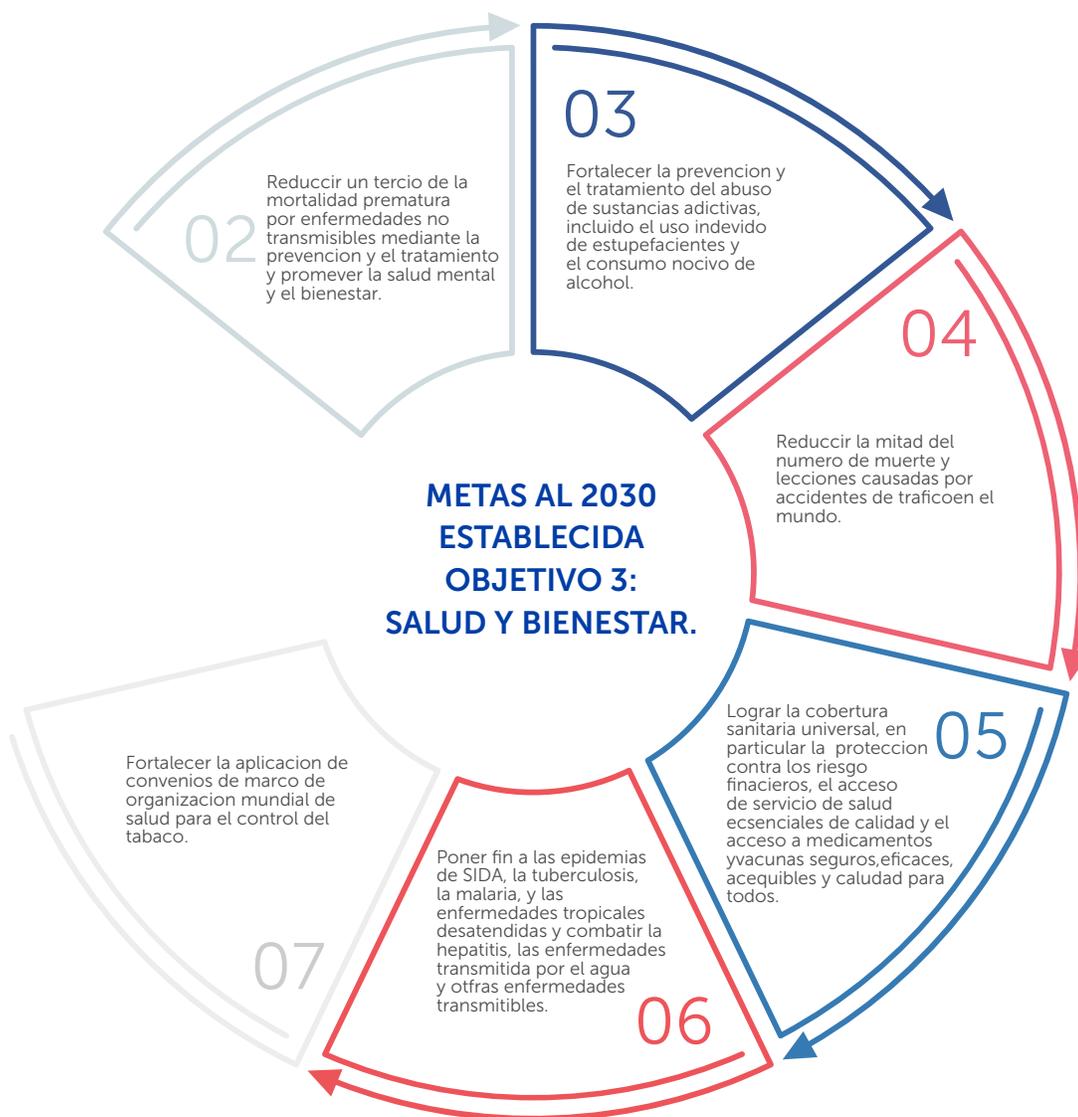
**Igualdad de Género**

Poner fin a todas las discriminaciones contra las mujeres y niñas, no es un solo derecho humano básico, si no que además es crucial para el desarrollo sostenible. Se ha demostrado que una y otra vez, empoderar a las mujeres y niñas tiene un efecto multiplicador y ayuda a promover el crecimiento económico y el desarrollo a nivel mundial.

Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en base a la Agenda 2015-2030 y Objetivos del Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2015. Los Objetivos del Desarrollo Sostenible plantean una serie de metas a cumplir al término del año 2030 por todos los países miembros, en conformidad con las leyes nacionales. Las metas vinculadas a la salud de adolescentes y jóvenes se describen en las figuras 3 y 4.

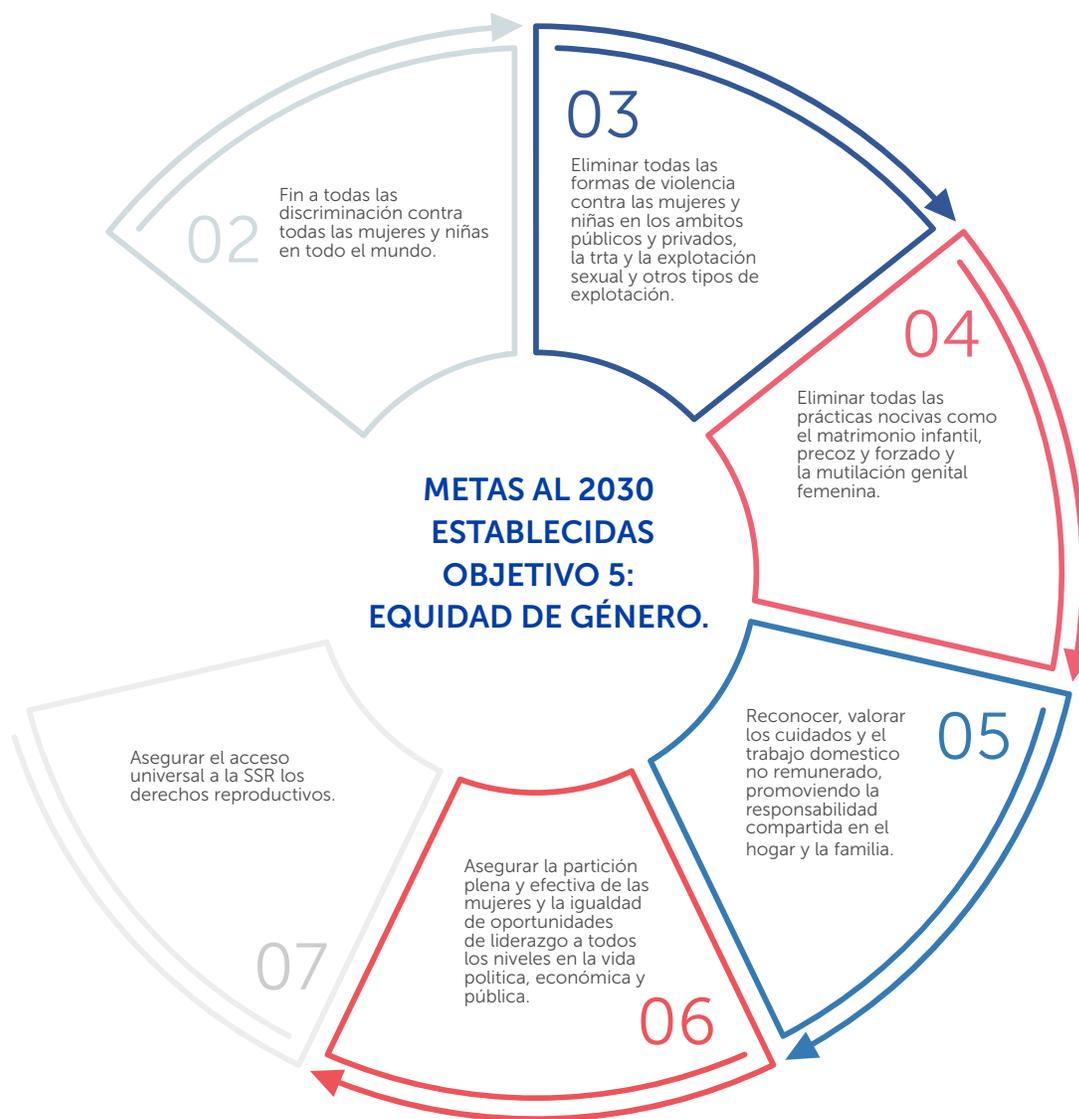
Los Objetivos del Desarrollo Sostenible plantean una serie de metas a cumplir al término del año 2030 por todos los países miembros, en conformidad con las leyes nacionales. Las metas vinculadas a la salud de adolescentes y jóvenes se describen en las figuras 3 y 4.

Figura 3
Metas al 2030 establecidas objetivo 3: Salud y Bienestar.



Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en base a la Agenda 2015-2030 y Objetivos del Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2015.

Figura 4.
Metas al 2030 establecidas objetivo 5: Equidad de Género.



Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en base a la Agenda 2015-2030 y Objetivos del Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas, 2015

1.1.3 Estrategia Mundial de Salud de la mujer, del niño y adolescente 2016-2030

El año 2015 se pone en marcha la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, niño y el adolescente 2016-2030 (14) (figura 5), con el propósito de apoyar la consecución y logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que centran su interés en los y las adolescentes, junto con las mujeres y niños/as, señalando que son fundamentales para el logro y éxito de la Agenda 2016-2030.

En la Estrategia Mundial se destaca que “La inversión en las intervenciones en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes reportan muchos beneficios: ante todo y principalmente los mantienen vivos y sanos. Además, reducen la pobreza, impulsan la productividad y el crecimiento económico, crean puestos de trabajo y son costos eficaces. La justificación económica y social para invertir en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes es clara y se basa en evidencias”.

Por otra parte, se centra en 3 objetivos declarados:

- **Sobrevivir:** poner fin a la mortalidad prevenible.
- **Prosperar:** lograr la salud y el bienestar.
- **Transformar:** ampliar los entornos propicios para las intervenciones basadas en evidencia.

Figura 5.
Intervenciones sobre la salud del adolescente basadas en evidencia.



Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en base a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. OMS. ONU

La Estrategia, a través de su Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y el adolescente 2018-2030 (15), se basa en cuatro líneas estratégicas que son complementarias y se refuerzan mutuamente:

Fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes.

Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos para todas las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en sus familias, escuelas y comunidades a lo largo del curso de la vida.

Ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad, que se centren en las personas, las familias y las comunidades.

Fortalecer los sistemas de información para la recolección, disponibilidad, accesibilidad, calidad y difusión de información estratégica, incluidos datos y estadísticas sobre la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes, en el marco de los principios propuestos en el presente plan.

De esta manera, se reconoce la importancia de invertir y generar oportunidades en la adolescencia, no sólo por los problemas de salud específicos que los afectan, sino que se visualiza como una etapa decisiva del desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementan la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes, reconociéndolos como impulsores claves del cambio para la era posterior.

Con la ejecución de este plan la OMS/OPS busca contribuir a superar los obstáculos y retos comunes que hacen difícil abordar la salud y el bienestar de las poblaciones objetivas de una manera más eficaz e integrada a lo largo de todo el curso de la vida, cerrando las brechas de la inequidad en materia de salud. Este enfoque integral facilitará la acción multisectorial e intersectorial, apoyando un uso más eficiente de los recursos humanos y financieros, con lo que aumentará aún más el rendimiento de las inversiones en la salud de las mujeres, los lactantes, los niños, las niñas y adolescentes (15).

La población adolescente y joven continúa enfrentando obstáculos legales, sociales y políticos para el acceso y ejercicio de derechos en salud. En este contexto se plantea el desafío de continuar fortaleciendo y desarrollando servicios, programas y acciones

adecuados, que contribuyan a alcanzar el máximo potencial de los y las adolescentes y sus derechos a la salud, la educación y la participación plena en la sociedad, para el logro de los ODS. En ese sentido, el desarrollo del Modelo de Salud Familiar requiere fortalecer este tipo de estrategias, en donde el centro de salud se acerca a la población, haciéndose amigable y más pertinente para las necesidades de salud de esta población específica.

1.2.LINEAMIENTOS Y ACCIONES A NIVEL NACIONAL

1.2.1.Estrategia Nacional de Salud para Chile (ENS) 2021-2030

La Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 es la herramienta de gestión con la cual se espera alcanzar cambios sociales medibles a partir de una orientación enfocada en los resultados. Este documento tiene como objeto presentar una articulación estratégica del sector con el diseño e implementación de otras políticas nacionales, con las que sea posible lograr altos niveles de creación de valor público en salud (16).



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018. Plan Intersectorial de Acción de la Política de Niñez y Adolescencia 2018-2025.

El Plan de Acción 2018-2025 (18) considera el involucramiento de distintos Ministerios y Organismos del Estado, donde el rol del Ministerio de Salud, a través de ambas Subsecretarías, es fundamental para el logro de algunos resultados estratégicos, principalmente, aquellos contemplados en el Eje 1 de Supervivencia. La especificidad de las acciones comprometidas para el sector salud, así como el estado de avance y cumplimiento se pueden revisar en el sitio dispuesto en la web para su monitoreo (19).

De manera consecuente a lo planteado anteriormente, algunos compromisos del Plan de Acción están vinculados a los Objetivos del Desarrollo Sostenible, Agenda 2030 (figura 1).

Con la publicación en marzo de 2022 de la Ley 21.430 sobre Garantías y protección integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, se espera avanzar para asegurar el ejercicio efectivo y el goce pleno de sus derechos mediante la implementación progresiva del Sistema de Protección Integral de Derechos de la Niñez y Adolescencia. Las acciones propuestas en el Plan de Acción incluyen las de sensibilización y difusión de los derechos de los NNA, el fortalecimiento tanto de las competencias técnicas y profesionales como de la oferta pública destinada a los NNA, hasta la necesidad de estimar y monitorear la inversión en infancia y adolescencia (18).

² Decreto Supremo N°21 en Diario Oficial de Fecha ¹⁶ de Abril de ²⁰¹⁴ y su modificación en Decreto N°90 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia de fecha ¹⁴ de julio de ²⁰¹⁴

1.2.3. Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025

El Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025 (21) tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, y la atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Propone contar con una Ley de Salud Mental y sus reglamentos para garantizar el financiamiento para la salud mental hasta cubrir las brechas de prevención primaria, secundaria y terciaria de salud mental, eliminando discriminación de cobertura (público y privado).

De esta manera, se espera avanzar en la garantía de acceso y oportunidad para cubrir las necesidades y problemas de salud mental de la población adolescente y joven a través de una adecuada provisión de servicios de salud mental en base a las necesidades de esta población. Además, direcciona el trabajo intersectorial con especial énfasis en el trabajo con establecimientos educacionales

1.2.4. Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2017.

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición, publicada el año 2017 y aprobada por la Resolución Exenta N°1864 de 2017 del Ministerio de Salud, enmarca en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tiene como fin contribuir a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población en materia alimentaria y nutricional mediante el establecimiento de un marco de referencia para el desarrollo de regulaciones, estrategias, planes, programas y proyectos en materia de alimentación y nutrición.

Dentro de sus enfoques se encuentra Curso de Vida, priorizando el abordaje de las necesidades en distintos grupos etarios, en especial con lo relacionado a la promoción y prevención de problemas por mal nutrición por exceso, otorgando atención nutricional en los diferentes niveles de atención de salud en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (22).

1.2.5. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2018

El propósito de esta política es “contribuir al desarrollo integral y saludable de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las personas, a lo largo del curso de vida, con un enfoque de derechos humanos y género, a través de un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSR), así como a la transversalización de las temáticas en otros programas de salud, promoviendo el compromiso y contribución intersectorial” (23).

Dentro de sus estrategias de acción, destaca establecer un Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en la red de prestadores públicos de Salud, con el desarrollo de prestaciones actualizadas y pertinentes a las demandas de la población, incluida adolescentes y jóvenes, en relación a su salud sexual y reproductiva, incorporando las necesidades de diversidad sexual.

Véase capítulo “Marco Legal Vigente”.
Resolución exenta N°1286, del 24 de octubre de 2017. Ministerio de Salud

Para adolescentes y jóvenes en particular, se priorizan la realización de actividades de educación y promoción de una sexualidad responsable y placentera y de prevención de conducta sexual de riesgo, infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado.

1.3. Marco Legal Vigente

Es sin duda necesario que los profesionales de atención directa, gestores de servicios y otros actores clave involucrados en la implementación y ejecución de las estrategias para la atención de salud de este grupo de la población, conozcan y orienten su quehacer en el marco legal e institucional que lo regula. A continuación, se describen las principales leyes vinculadas a la atención en salud de adolescentes y jóvenes y el año que fueron publicadas (tabla 2).

Tabla 2.
Marco legal vigente en Chile vinculado a la atención de adolescentes y jóvenes.

DERECHOS	AÑO
Ley N°20.418 que regula la información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.	2010
Ley N°20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En el Artículo N°14 sobre Consentimiento Informado, en conformidad a la modificación de la ley 21.331 del Ministerio de salud, se especifica que, sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes, todo NNA tiene derecho a ser oído respecto de los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que estos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. Deberá dejarse constancia de que el/la NNA ha sido informado y se le ha oído. Además, el año 2021 se modifica sobre la toma de prueba PCR para Covid-19 que puede ser autorizado por adolescentes sin el consentimiento de los padres o cuidadores, de acuerdo con la ley 21.509 del Ministerio de Salud.	2012
Ley N°20.987 la cual modifica la Ley N°19.779, que permite a aquellas personas que tengan una edad igual o superior a 14 años y sean menores de 18 años, consentir por sí mismos la realización del examen de detección del VIH/SIDA.	2017
Ley N°21.013 que tipifica un nuevo tipo de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial. Sanciona con penalidad el maltrato corporal relevante y el trato degradante que menoscaba gravemente la dignidad de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, personas mayores y personas en situación de discapacidad.	2017

DERECHOS	AÑO
<p>Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Entre otras cosas, reconoce que la violencia sexual afecta diferenciadamente a las mujeres menores de edad. Se ampara especialmente en el respeto de la autonomía progresiva y el interés superior de las niñas y adolescentes, estableciendo reglas y procedimientos especiales para ellas. Los niveles secundario y terciario son la puerta de entrada para la evaluación, diagnóstico, constitución causal, información y decisión de la mujer o persona gestante.</p>	2010
<p>Ley N°21.063 que crea el Seguro para el Acompañamiento de Niños y Niñas (SANNA), el cual contempla un fondo que financia el seguro para las madres y padres de hijos e hijas mayores de un año y menores de 18 años de edad, afectados por una condición grave de salud.</p>	2018
<p>Ley N°21.120 que reconoce y garantiza el Derecho a la identidad de género, establece que las personas mayores de 14 y menores de 18 años podrán solicitar la rectificación de su sexo y nombre registral. Establece, además, que los niños, niñas y adolescentes (NNA) podrán acceder a Programas de Acompañamiento Psicosocial, de manera de acompañarlos en sus trayectorias de crecimiento y desarrollo</p>	2018
<p>Ley N°21.271 adecua el código del trabajo en materia de protección de los NNA en el mundo del trabajo. Entre otras cosas, establece que los niños, niñas y adolescentes sin edad para trabajar y adolescentes con edad para trabajar no serán admitidos en trabajos ni faenas que requieran fuerzas excesivas, ni en actividades que puedan resultar peligrosas para su salud, seguridad o moralidad. Se entiende como trabajo peligroso aquel en que es probable que dañe o afecte la salud, seguridad o desarrollo físico y/o psicológico de un niño, niña o adolescente.</p>	2020
<p>Ley N°21.372 modifica la Ley 20.584 para consagrar el derecho al acompañamiento de NNA hospitalizados. Dispone que, en caso de niños, niñas y adolescentes hospitalizados o sometidos a prestaciones ambulatorias, todos los prestadores de acciones de salud deberán contemplar en los reglamentos internos de sus establecimientos la obligación de permitir el acompañamiento, en todo momento, de su padre, madre o de quien lo tenga a su cuidado.</p>	2021

DERECHOS	AÑO
<p>Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, tiene por objeto reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral.</p> <p>Modifica la ley N°20.584, incorporando en su texto el derecho a recibir información sobre su enfermedad y la forma de su tratamiento a NNA, adaptada a su edad, como también a ser oídos respecto a los tratamientos que se le aplican y optar entre otras alternativas que éstos le otorguen; y a respetar su negativa a participar de investigación científica y biomédica.</p> <p>En el artículo N°9, dice que esta población tiene derecho a no ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la esterilización de NNA o como medida de control de fertilidad.</p> <p>Además, en el Artículo 20 se establece que “El tratamiento de las personas con enfermedades o trastornos mentales o con discapacidad psíquica o intelectual se realizará con apego a los estándares de atención establecidos”, dentro de los cuales se encuentra “La incorporación de familiares y otras personas significativas que puedan dar asistencia especial o participen del proceso de recuperación, si ello es consentido por la persona, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes, con el objetivo de fortalecer su inclusión social”.</p>	2021
<p>Ley N°21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Entre ellos, está el acceso a la salud y a los servicios de salud, derecho que tienen “con independencia de su edad y estatus migratorio”. Es también el Estado el que debe garantizar el acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de protección, sumándose también el aseguramiento a servicios médicos y odontológicos periódicos y a servicios de salud mental. Para este cumplimiento se deben tomar las medidas necesarias para su efectividad, ya sea en el sistema público o privado de salud.</p>	2022

Fuente: elaboración propia en base a las Leyes citadas de la Página de la Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Resolución Exenta N° 285 del 2 de marzo de 2018 del Ministerio de Salud.

En particular, la promulgación en el año 2022 de la Ley N°21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y Adolescencia (24), representa uno de los hitos más importantes de los últimos años en términos de la protección y cuidado a los niños, niñas y adolescentes por parte del Estado. Se crea así un sistema inédito de garantías y protección integral del ejercicio de los derechos de la infancia y adolescencia, mediante un conjunto de normas, instituciones y políticas, según lo establecido en la Convención de Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales. En la siguiente tabla se resume lo que esta ley implica para la salud de personas adolescentes:

Tabla 3.

Ley N°21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la niñez y adolescencia en salud.

ARTÍCULO	DESARROLLO
11	Autonomía progresiva. “Todo niño, niña y adolescente, de conformidad al Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, podrá ejercer sus derechos en consonancia con la evolución de sus facultades, atendiendo a su edad, madurez y grado de desarrollo que manifieste, salvo que la ley limite este ejercicio, tratándose de derechos fundamentales”.
13	Perspectiva de género. “Los órganos del Estado deben introducir la perspectiva de género en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación de las medidas que adopten en relación con los niños, niñas y adolescentes, de modo que, en todas las políticas públicas, actuaciones, servicios y programas dirigidos a ese sector poblacional se tome en consideración la variable del género”
16	Prioridad. “Los órganos del Estado deberán entregar la debida prioridad a los niños, niñas y adolescentes en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en el acceso y atención de los servicios sociales, sean estos públicos o privados, de lo que se deberá dar cuenta pública de conformidad a su normativa vigente. Especial prioridad tendrán los niños y niñas vulnerados, y los adolescentes infractores de ley, en la atención en los servicios de salud, educación y rehabilitación de drogas y alcohol”.
24	Derecho a la vida. “Todo niño, niña o adolescente tiene el derecho intrínseco a la vida. El Estado garantizará en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño, niña o adolescente”.

ARTÍCULO	DESARROLLO
33	<p>Derecho a la vida privada y a la protección de datos personales. “Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a desarrollar su vida privada. Ningún niño, niña o adolescente podrá ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia”. “Tienen derecho a la protección de sus datos personales, así como a impedir su tratamiento o cesión, según lo establecido en la legislación vigente. Cuando el tratamiento esté referido a datos de niños, niñas y adolescentes, la información dirigida a ellos deberá expresarse en un lenguaje que les sea fácilmente comprensible. Los funcionarios públicos, las organizaciones de la sociedad civil que se relacionen con la niñez y su personal deberán guardar reserva y confidencialidad sobre los datos personales de los niños, niñas y adolescentes a los que tengan acceso, a menos que su divulgación resulte indispensable para la protección de sus derechos y siempre que se tomen los resguardos necesarios para evitar un daño mayor.</p>
35	<p>Derecho a la información. Señala que “los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados, de acuerdo con su edad, madurez y grado de desarrollo, y de modo comprensible, sobre cualquier actuación o medida que pueda afectar el ejercicio de sus derechos, y a acceder a la información pública, conforme a la ley, sin que a este respecto tenga aplicación incapacidad alguna”. “...Tienen derecho a buscar, acceder y recibir contenidos informativos adecuados a su edad, madurez y grado de desarrollo por cualquier medio. Los órganos del Estado sólo podrán establecer limitaciones o restricciones al ejercicio de este derecho, según su normativa, y siempre que vayan en beneficio del pleno desarrollo físico, mental, espiritual, moral, social y cultural del niño, niña o adolescente, de acuerdo con su interés superior.</p> <p>En especial, tienen derecho a contar con la compañía de familiares, cuidadores o personas significativas para él, tanto en las atenciones ambulatorias como en las hospitalizaciones, salvo cuando motivos clínicos aconsejen lo contrario, debiendo el Estado velar por la efectividad de este derecho.</p>
38	<p>Respecto al Derecho a la salud y a los servicios de salud, señala que “todo niño, niña y adolescente, con independencia de su edad y estatus migratorio, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y a servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud.</p>

ARTÍCULO	DESARROLLO
	<p>Respecto del acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud, el Estado deber garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes la garantía de este derecho. Señala, además, que “la situación de discapacidad de un niño, niña o adolescente nunca podrá emplearse como fundamento para negarle los derechos de que trata esta ley. En especial, se prohíbe toda práctica que tenga por finalidad la desinformación sobre su sexualidad, suspender la entrega de métodos anticonceptivos o la esterilización de niños, niñas o adolescentes con fines contraceptivos”.</p> <p>Tal como lo establece la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, los niños, niñas y adolescentes son titulares de los derechos establecidos en dicha ley y sus reglamentos. En especial, tienen derecho a contar con la compañía de familiares, cuidadores o personas significativas para él, tanto en las atenciones ambulatorias como en las hospitalizaciones, salvo cuando motivos clínicos aconsejen lo contrario, debiendo el Estado velar por la efectividad de este derecho.</p> <p>Respecto del acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud, el Estado deber garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes la garantía de este derecho. Señala, además, que “la situación de discapacidad de un niño, niña o adolescente nunca podrá emplearse como fundamento para negarle los derechos de que trata esta ley. En especial, se prohíbe toda práctica que tenga por finalidad la desinformación sobre su sexualidad, suspender la entrega de métodos anticonceptivos o la esterilización de niños, niñas o adolescentes con fines contraceptivos”.</p>
39	<p>Derecho a atención médica de emergencia. “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia”.</p> <p>Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia.</p>

ARTÍCULO	DESARROLLO
	<p>“En ningún caso podrá negarse la atención de emergencia al niño, niña o adolescente alegando razones injustificadas, tales como la ausencia del padre, la madre o responsables legales, la carencia de documentos de identidad o de recursos económicos del niño, niña, adolescente o su familia, o la no entrega de garantía de pago de los servicios”. La negativa a la atención de emergencia se sancionará de acuerdo a la legislación vigente.</p> <p>La ley señala además que si un niño, niña o adolescente concurre a una atención de salud ya sea una emergencia o urgencia “se debe cumplir con la atención inmediata, sin que exista justificación para su no atención el hecho de que éste no cuente con documentos tales como cédula de identidad, pues los equipos de salud deben realizar inmediatamente la evaluación del niño, niña o adolescente para efectos de que se determine su real estado de salud”.</p>
40	<p>Todo NNA tiene derecho a la información sobre la salud y el consentimiento informado de acuerdo con su edad y estado de madurez, a obtener información completa sobre su salud y su desarrollo, así como sobre el proceso sanitario que deban recibir. Los prestadores de salud públicos y privados adoptarán las medidas pertinentes para garantizar este derecho, siempre de conformidad con el principio del interés superior del niño, niña o adolescente. Asimismo, todo niño, niña o adolescente que se encuentre internado en un establecimiento de salud será informado del tratamiento que recibe y de las demás circunstancias propias de su internación de acuerdo a su edad, madurez, grado de desarrollo y estado, en cada oportunidad que sea examinado”.</p>

Otros importantes lineamientos normativos relacionados con la atención de salud de los adolescentes y jóvenes, se dan a conocer en la tabla 4:

Tabla 4.

Lineamientos normativos relacionados con la atención de salud de los adolescentes y jóvenes.

2008 - Resolución Exenta N°1914: Aprobó el convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Mediante dicho instrumento los ministerios acordaron generar los procedimientos necesarios para promocionar atención en los establecimientos de la red pública de salud en igualdad de condiciones de sus pares chilenos a todos los niños, niñas y adolescente menores de 18 años migrantes, con independencia de su situación migratoria y la de sus padres, tutores o representantes legales; e inscribir a los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que se encuentren en condición migratoria irregular, en los establecimientos de atención primaria (APS) correspondientes a su domicilio, pudiendo además solicitar un permiso de residencia temporaria con el certificado que acredite esta inscripción.

Circular A 15 N°06, del MINSAL de junio 2015

Sobre "Atención de salud de personas migrantes" desvincula la atención de salud migratoria y establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a: las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses de nacimiento; a los niños, niñas y adolescente hasta los 18 años; y a los casos de urgencia donde se establece que sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas.

Circular N° A 15/10 del MINSAL de octubre 2016

Cumplimiento de la ley 20.418, que regula la información, orientación y prestaciones, en materia de regulación de la fertilidad.

Circular N° A 15/11 del MINSAL de octubre 2016

"Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable" no podrá negársele las prestaciones son pretexto de que debe volver posteriormente con un adulto responsable; por lo que debe atenderse, ya que los adolescentes son autónomo. De lo contrario, constituirá una discriminación arbitraria y vulneración de sus derecho. Si se requiere realizar exámenes o tratamiento, luego se le informará al adulto responsable.

Ordinario N°2156 de junio 2017

Instruye sobre el examen de VIH en personas de edad superior a los 14 años y menores de 18 años.

Ordinario N°5436 de diciembre 2018

Que solicita asegurar atención de adolescentes en el régimen de internado.

Resolución N°812 de la Superintendencia de Educación en 2021

Sustituyó la circular 768 sobre derechos de NNA trans, dictada en 2017, donde reconoce su autonomía progresiva. Actualiza y amplía derechos para los/as NNA trans en función de los principios de la Ley de identidad de Género 21.120, publicada en 2018.

Circular N°5 del MINSAL de mayo 2022

"Sobre la atención de infancia y adolescencia trans y género no conforme". En el marco normativo internacional y nacional se considera prioritario derribar inequidades y brechas en la atención de NNA trans y género no conforme. Se aclara que las personas cuya identidad de género no es conforme al asignado al nacer no están enfermas ni padecen un trastorno, por lo que los equipos deben tomar medidas para eliminar la discriminación o exclusión de los contextos de atención de salud. Se instruye a los equipos: respetar la identidad del NNA; utilizar su nombre social y pronombre; y capacitar y reforzar el conocimiento de los equipos en materias de diversidad sexual.

Ordinario N°3015 de agosto 2022

Indica la necesidad de recuperar los cuidados postergados de la población adolescente y utilizar estrategias que estén al alcance para mejorar su acceso. En este se sugiere "considerar la atención de los adolescentes en forma específica en extensión horaria que actualmente funciona en todos los CESFAM del país y teniendo en cuenta establecido en la Ley 19.378 sobre la continuidad de la atención, efinidad como la atención de salud brindada en establecimientos de la atención primaria de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y Sábados de 9:00 a 13:00 horas.

1.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

En la atención clínica de adolescentes, frecuentemente los profesionales de salud se enfrentan a dudas ético-clínicas en relación al manejo de los problemas o necesidades de salud de adolescentes. Desde un punto de vista bioético, los cuatro principios que deben ser resguardados y considerados en toda atención de salud son: Justicia, Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía (figura 8).

Se plantea una jerarquización de estos principios y se los divide en 2 niveles. Los principios de No Maleficencia y de Justicia estarían dentro del nivel 1 y configurarían la "ética de mínimos", es decir aquellos objetivos y cumplimientos que deben ser exigibles y respetados por todos los integrantes de una sociedad. Los principios de Autonomía y Beneficencia constituirían el nivel 2, representando la "ética de máximos", la que considera la búsqueda individual y la proyección de valores de vida subjetivos, por ende, no pueden ser impuestos, sino por el contrario, deben ser ofrecidos como un modelo a seguir.



Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

La utilidad de esta diferenciación en niveles ayudaría en la solución de problemas, cuando se presentan conflictos morales entre los diferentes principios, debiendo procurar respetar los principios de nivel 1 por sobre los del nivel 2. Es así como se plantea que los deberes derivados de estos principios de ética de mínimos, al tener una mayor exigencia tendrían prioridad sobre los deberes de la ética de máximos (25).

Desde el punto de vista de la Justicia, se reconoce que los y las adolescentes son personas con derecho a la atención sanitaria y a servicios de atención de calidad, debemos propender a evitar condiciones de inequidad en el acceso, fortaleciendo las condiciones necesarias y adecuadas para ello, sobre todo a aquella población más vulnerada.

En cuanto a la autonomía, se asume que él o la adolescente posee dos condiciones esenciales: posee la libertad necesaria para actuar en forma independiente de influencias externas, que pudieran interferir en la decisión a tomar, y tiene la capacidad para actuar intencionadamente. En la atención clínica este principio se basa en la comprensión de la información entregada por los equipos de salud, lo que implica un desafío para quienes realizan la atención: que la información sea entregada en forma simple, clara, comprensible y verdadera, y que permita que él o la adolescente comprenda la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego, las posibles acciones a tomar y sus consecuencias, y que se le permita comunicar libremente sus preferencias, y de esta manera tomar la mejor decisión. El asentimiento informado potencia la participación activa de adolescentes en las decisiones de salud (26).

Es importante recalcar el término de autonomía progresiva, la que garantiza que progresivamente, y atendidas las facultades evolutivas de NNA en sus diferentes etapas, vayan ejecutando autónomamente, y, por ende, ejerciendo los derechos contenidos en la Convención y en otros instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos.

Con relativa frecuencia, en la hospitalización de adolescentes se producen conflictos éticos y contraposición de estos principios fundamentales, por ejemplo, en enfermedades terminales la autonomía versus la beneficencia, cuando un adolescente elige no continuar con su tratamiento (autonomía), ante la opción de sus padres de continuar con un tratamiento que pueda causar una recuperación parcial (beneficencia). Estos casos deben ser resueltos junto a la familia y se puede recurrir al apoyo de los Comités de Ética Asistenciales Hospitalarios. Los siguientes son ejemplos de cómo se enfrentan estos principios en algunos documentos del Ministerio de Salud (Figura 9):

Figura 9

Ejemplos de documentos donde se enfrentan los principios bioéticos en la atención de salud.

**Circular
N° A15/11
MINSAL
2016**

Instruye que no se puede negar la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adultos responsables, alude al **principio de autonomía**.

Negarle la atención lo pone en riesgo, lo que atiende al concepto de **no-maleficencia** y vulnera el derecho al bien superior del adolescente, es decir, el principio de **beneficencia**.

**Ley N°
20.987
2017**

Modifica el procedimiento de examen de VIH para personas menores de 18 años, explicitando que adolescentes de 14 años y más pueden acudir a realizarse este examen sin consentimiento de sus padres.

Esto alude al principio de **beneficencia**, al principio de **autonomía** y al derecho de confidencialidad de la atención.

Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Capacidad

La Capacidad (Competencia) es considerada como la aptitud de una persona para comprender o entender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles para cada uno de ellos, para tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con la propia escala de valores, para así poder tomar decisiones autónomas e informadas (27).

Ser considerado "capaz" o competente implicaría entonces expresar una elección entre alternativas, entender los riesgos, beneficios y consecuencias cuando se consideran diversas posibilidades, decidiendo razonablemente y sin coerción de ningún tipo. El o la adolescente competente para la toma de decisiones, es capaz de comprender la información, de razonar y deliberar, habiendo incorporado valores en forma madura y siendo capaz de aplicarlos (28).

Se considera que la capacidad es uno de los requisitos fundamentales para ejercer la autonomía, con grados de exigencia que variarán según la importancia de la decisión a tomar, es decir, el nivel de madurez requerido para una decisión acerca de una acción particular dependerá de la naturaleza y complejidad de ésta (29).

Confidencialidad

La Confidencialidad se define como la característica que dice relación con el derecho del usuario y el deber del profesional a la preservación de la información obtenida en una relación de consentimiento y confianza en la atención de un/a usuario/a y cuyo último fin es el beneficio de éste. Está consagrada en algunas disposiciones legales (Figura N°10). Incluye el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos sensibles, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes. Sin embargo, la confidencialidad en la atención de adolescentes tiene límites, como es el riesgo de vida para el propio adolescente o terceros (30).

La confidencialidad es un factor relevante que influye en la conducta de buscar ayuda en temas y problemas de salud mental en población adolescente. Cuando los adolescentes perciben falta de confidencialidad, se instala una barrera para acceder a los cuidados. Por el contrario, cuando el adolescente percibe que se resguardará la confidencialidad, tenderá a presentar una mayor disposición a buscar cuidados en salud mental y a revelar más información. Comprender lo que saben y entienden de la confidencialidad en la interacción profesional de la salud-paciente en salud es fundamental para mejorar el manejo de este aspecto en el contexto de proveer cuidados (31).

Figura 10

Disposiciones legales que benefician y obligan a los prestadores a resguardar la confidencialidad en la atención:



Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Finalmente, cuando entran en conflicto los principios bioéticos, alcanza una gran relevancia el derecho a la confidencialidad en la atención de las/los adolescentes, así como, la noción de la capacidad o competencia en la toma de decisiones, lo que incidirá directamente en su estado de salud. El principio de la Beneficencia se encuentra matizado por el respeto a la Autonomía del usuario/a y a la Confidencialidad de la atención. Es decir, no se puede buscar hacer un bien a costa de originar algún daño (32).

PARTE II: SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

2.1. características sociodemográficas de la población de adolescentes y jóvenes

2.1.1. Distribución de adolescentes y jóvenes en el territorio nacional

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población en Chile proyectada para el año 2022, en base al CENSO del 2017 es de 19.828.563 habitantes, de la cual 9.782.978 son hombres y 10.045.585 son mujeres. Nuestro país se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, caracterizada por un envejecimiento continuo y constante de su población, con un porcentaje creciente de la población de 60 años y más, por sobre el grupo de población más joven (33).

En cuanto a la población adolescentes y jóvenes, de acuerdo a proyecciones de población en base al CENSO (2017) al 2022 existirían en el país un total de 3.909.038 personas en este tramo etario, lo que correspondería al 19,7% de la población total proyectada. De ellos, el 26,7% corresponde a adolescentes de 10 a 14 años, el 38 % a adolescentes de 15 a 19 años y el 35,3 % a jóvenes de 20 a 24 años. Con respecto a la distribución por sexo registral, del total de adolescentes y jóvenes, el 50,8% corresponde a hombres y el 49,2% a mujeres. También, se desagrega por sexo y quinquenio de edad (tabla 5).

Por otro lado, con respecto a la identidad de género, a partir de información obtenida de la Encuesta Nacional de Juventudes 2022, se observa que el 48,9% de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años residentes en Chile tienen identidad masculina y sexo masculino, el 46,6% identidad femenina y sexo femenino, y el 1,7% género no conforme. Dentro de este grupo, el 0,6% tiene identidad masculina y sexo femenino, 0,7% es transgénero u otro, y el 0,4% identidad femenina y sexo masculino (34).

Tabla 5.
Población de adolescentes y jóvenes proyectada al 2022 (en base al CENSO 2017).

RANGO ETARIO	POBLACIÓN			PORCENTAJE (%) SEGÚN DISTRIBUCIÓN POR QUINQUENIO Y SEGÚN SEXO		
	Total (A)	Hombres (B)	Mujeres (C)	Total (A/3.909.038)	Hombres (B/A)	Mujeres (C/A)
10 a 14 años	1.043.623	530.160	513.462	26,7%	50,8%	49,2%
15 a 19 años	1.486.939	755.365	731.574	38%	50,8%	49,2%
20 a 24 años	1.378.476	698.887	679.589	35,3%	50,7%	49,3%
Total	3.909.038	1.984.412	1.924.625	100 %		

Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en base a INE, 2018 (33)

En cuanto a la distribución regional de los adolescentes y jóvenes en Chile, y según la proyección al 2022 del INE, en la Tabla 6 se observa que la región con mayor porcentaje de población entre 10 y 24 años respecto de la población total es Arica y Parinacota y Tarapacá, con más de un 20% de Adolescentes y Jóvenes. Al mismo tiempo, las regiones con menor presencia de Adolescentes y Jóvenes son O'Higgins y Ñuble, ambas con menos de 19,1%

Tabla 6.
Población de adolescentes y jóvenes proyectada al 2022 (en base al CENSO 2017). Distribución regional.

REGIÓN	POBLACIÓN TOTAL (A)	POBLACIÓN TOTAL ENTRE 10 Y 24 AÑOS (B)	% DE LA POBLACIÓN TOTAL ENTRE 10 Y 24 AÑOS (B/A)	HOMBRES ENTRE 10 Y 24 AÑOS (C)	MUJERES ENTRE 10 Y 24 AÑOS (D)	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO		
						Ambos sexos	Hombres (C/B)	Mujeres (D/B)
Total	19.828.563	3.909.308	19,7%	1.987.289	1.922.019	3.909.308	50,8%	49,2%
Arica y Parinacota	257.722	56.745	22%	30.163	26.582	56.745	53,2%	46,8%
Tarapacá	396.697	86.327	21,8%	44.097	42.230	86.327	51,1%	48,9%
Antofagasta	709.637	152.643	21,5%	78.302	73.668	152.643	51,3%	48,3%
Atacama	318.004	66.224	20,8%	34.133	31.106	66.224	51,5%	47,0%
Coquimbo	858.769	175.472	20,4%	88.894	86.578	175.472	50,7%	49,3%
Valparaíso	1.995.538	395.971	19,8%	202.317	193.654	395.971	51,1%	48,9%
RM	8.310.984	1.600.570	19,3%	811.776	788.794	1.600.570	50,7%	49,3%
O'Higgins	1.009.552	188.368	18,7%	96.454	91.914	188.368	51,2%	48,8%

REGIÓN	POBLACIÓN TOTAL (A)	POBLACIÓN TOTAL ENTRE 10 Y 24 AÑOS (B)	% DE LA POBLACIÓN TOTAL ENTRE 10 Y 24 AÑOS (B/A)	HOMBRES ENTRE 10 Y 24 AÑOS (C)	MUJERES ENTRE 10 Y 24 AÑOS (D)	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO		
Maule	1.153.043	223.963	19,4%	113416	110547	223.963	50,6%	49,4%
Ñuble	517.060	98.872	19,1%	50.070	48.802	98.872	50,6%	49,4%
Bio Bio	1.676.269	340.928	20,3%	172644	168284	340.928	50,6%	49,4%
La Araucanía	1.024.029	206.832	20,2%	104.171	102.661	206.832	50,4%	49,6%
Los Ríos	409.559	82.687	20,2%	41.643	41.044	82.687	50,4%	49,6%
Los Lagos	902.510	178.331	19,8%	89.905	88.426	178.331	50,4%	49,6%
Aysén	103.158	20.661	20%	10.955	9.706	20.661	53%	47%
Magallanes	166.533	34.553	20,7%	18.349	16.204	34.553	51,3%	49,7%

Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en base a INE, 2018 (33).

2.1.2. Pertenencia a pueblos indígenas u originarios y migrantes en adolescentes y jóvenes

Hace dos décadas, los datos del CENSO 2002 registraron que un 4,6% de la población declaró pertenecer a uno de los pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena N°19.253. Actualmente, los datos del CENSO 2017, nos señalan que el 12,8%, pertenece a pueblos indígenas u originarios, lo que corresponde a 2.185.732 personas en todo el territorio nacional (35).

Dentro de los pueblos registrados, el pueblo mapuche es el más numeroso, con el cual se identifica el 79,8% de las personas que refieren pertenencia a pueblos originarios. Le siguen en frecuencia los pueblos Aimara (7,2%), Diaguita (4%), Quechua (1,5%), Atacameño (1,4%), Colla (0,9%), Rapa Nui (0,4%), Alacalufe o Kawashkar (0,2%) y Yámana o Yagán (0,1%) (35). Es relevante destacar, que en el 2020 se introduce en la Ley mencionada la etnia indígena Changos, que no fue considerada en los Censos realizados.

En específico, la tabla 7 muestra que en el grupo de adolescentes, el 13,4% se considera población indígena, mientras que entre los jóvenes el 13,1% (35).

Tabla 7.

Población que se considera perteneciente a un pueblo indígena u originario, según grupo etario (2021).

RANGO ETARIO	POBLACIÓN TOTAL (A)	POBLACIÓN QUE SE CONSIDERA PERTENECIENTE A UN PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO (B)	% DE LA POBLACIÓN QUE SE CONSIDERA PERTENECIENTE A UN PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO (B/A)
10 a 14 años	1.043.623	129.409	12,4%
15 a 19 años	1.486.939	205.197	13,8%
20 a 24 años	1.378.476	175.066	12,7%
Total	3.909.038	509.672	13%

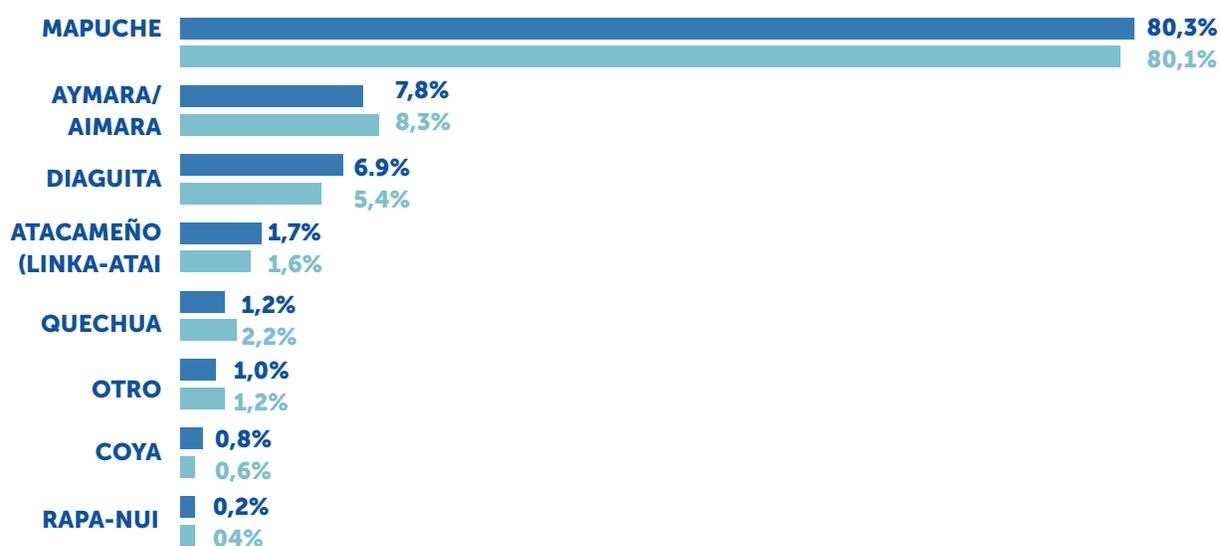
Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes en base a proyección INE, 2017 (35).

Al analizar la distribución de pueblos originarios en base a la Encuesta Nacional de Juventudes 2022 (34), se observa que es similar a la distribución nacional (Figura 11).

Figura 11.

Distribución de pueblos originarios en adolescentes y jóvenes en base a la Encuesta Nacional de la Juventud 2022, en los años 2018 y 2022 (*)

¿A cuál pueblo originario? Muestra Jovenes que declaran pertenecer a algun pueblo originario



NOTA: Se omiten categorías: Yagán, Kaweskar y Chango, debido a que representa el 0,1% de las preferencias

(*) Realizada por INJUV. Incluye a 9.700 adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, entre 15 y 29 años, de todos los niveles sociodemográficos, residentes en todas las regiones de Chile, zonas urbanas y rurales.

En las últimas décadas, Chile se ha enfrentado al desafío de constituirse en país receptor de población migrante internacional, proveniente principalmente de países de América Latina. A diciembre del año 2018, se estimaba que el número de inmigrantes en Chile representaba el 6,6% de la población del país, siendo Venezuela, Perú, Haití y Colombia las principales nacionalidades de procedencia (36,37). Mientras que según datos oficiales del Censo 2017, del total de población adolescente y jóvenes del país (entre 10 y 19 años), un 3% corresponde a nacidos fuera del territorio nacional (36), grupo que es relativamente desconocido en términos de investigación y políticas públicas (38).

Para el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística (INE), a través de su documento "Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020: Distribución regional y comunal"(39), estima que existen 1.462.103, concentrándose la mayoría de ellas en la Región Metropolitana, en donde residen 905.681 personas, equivalente a 61,9% del total del país. Le siguen las regiones de Antofagasta, en donde se concentra el 7,0% (101.979 personas); Valparaíso, con el 6,6% del total (96.750 personas), y la Región de Tarapacá, con un 4,7% (69.358 personas).

Por otro lado, Encuesta Nacional de Juventudes 2022 indica que un 7,1% de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años residentes en Chile nacieron en otro país, dentro de los cuales el 43,9% es proveniente de Venezuela, 18,4% de Perú, 17,9% de Colombia, 6% de Bolivia, 4,9% de Argentina y 3,9% de Haití. El 5% restante proviene principalmente de República Dominicana, Paraguay, Estados Unidos, Ecuador y Brasil (34).

2.1.3. Pobreza en adolescentes y jóvenes

Según cifras del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), más de 1,8 mil millones de adolescentes y jóvenes alrededor del mundo están transformando la realidad social y económica de sus países para un mejor futuro (40). Sin embargo, existe un gran número de ellos y ellas que continúan luchando contra la pobreza, no logrando gozar de manera plena del ejercicio de sus derechos y por ello, no cuentan con igualdad de oportunidades para acceder a la salud, educación, vivienda, seguridad social y/u otras prestaciones esenciales para tener una vida digna. Si bien la encuesta CASEN nos brinda valiosa información respecto a la situación de la población chilena, los rangos etarios utilizados no dan cuenta del grupo objetivo del programa (10 a 24 años). Sin embargo, el rango de 0 a 17 años nos da una mirada de las generaciones actuales y las que vienen; pero desde los jóvenes, el rango etario de la encuesta es muy amplio para poder conocer lo que realmente pasa en el rango de 20 a 24 años.

Al observar algunos indicadores respecto del perfil de la población de 0 a 17 años, no se encuentran diferencias significativas entre el año 2015 y 2017. La encuesta CASEN mide la pobreza multidimensional, considera 5 dimensiones: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social. La comparación de los años 2015 a 2017 se expone en la Tabla 8.

Tabla 8.
Perfil de la población de 0 a 17 años (2015-2017): principales indicadores

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

Fuente: MINSAL, 2022, en base a los resultados de la encuesta CASEN 2017.

En la población general, en la Encuesta CASEN en Pandemia del 2020 se observa una concentración de la pobreza por ingresos en personas de pueblos originarios y migrantes. Se observa que el 13,2% de las personas de pueblos originarios están en situación de pobreza, versus el 10,5% de la población no indígena. Por otro lado, el 17% de las personas nacidas en otro país están en situación de pobreza, en comparación con el 10,4% de aquellas nacidas en Chile (41).

En cuanto a pobreza multidimensional y población migrante, la última información disponible del grupo de NNA es de la Encuesta CASEN 2017, que muestra que la población migrante sería más vulnerable que el grupo de NNA nacidos en Chile, expresándose en que el 22,6% de los NNA nacidos en Chile está en situación de pobreza multidimensional, a diferencia de aquellos NNA nacidos en el extranjero, de quienes el 31,9% se encuentra en esa situación (42).

2.1.4. Nivel de escolaridad y deserción escolar

De acuerdo al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en base a información proveniente de la Encuesta CASEN, las personas entre 15 y 29 años tienen un promedio de 12,8 años de escolaridad en el 2020, lo que ha ido aumentando progresivamente desde 1992, cuando era de 10,3 (43).

Según informado por el MINEDUC, existen alrededor de 40.000 Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) que no se matricularon en establecimientos educacionales en 2021. Destaca que el mayor nivel de deserción escolar es primero medio, con un poco más de 7.000 adolescentes que no se matricularon (44).

El último apunte sobre caracterización de asistencia escolar formal disponible públicamente desde MINEDUC data del 2020, durante la pandemia, en donde se puede observar que los estudiantes de 6 a 14 años presentaron un 3,3% de inasistencia grave (asistencia menor al 85%), mientras que entre los 15 a 18 años, el 5,4% la presenta, y desde los 19 años en adelante (incluyendo educación de adultos), el 24,4%. El promedio de todas las edades fue de 4,6%. (45).

Por otro lado, se han publicado notas informativas que dan cuenta que el 2022 registra mayor inasistencia que años anteriores, atribuible al cierre de establecimientos educacionales en años previos durante la pandemia. En educación media, en el primer semestre 2022, la inasistencia grave afecta al 33% de los estudiantes (46), lo que representa un aumento de 83%, en comparación con el 2019 (47).

En relación a esta problemática, el Ministerio de Educación creó la Política de reactivación educativa integral Seamos Comunidad (48), cuyo objetivo es impulsar una respuesta integral y estratégica a las necesidades educativas y de bienestar socioemocional que han emergido en las comunidades escolares durante la pandemia, articulando recursos y políticas en dimensiones prioritarias. Consta de 6 ejes articuladores: Convivencia, bienestar y salud mental; Fortalecimiento y Activación de Aprendizajes; Revinculación y Garantía de Trayectorias Educativas; Plan Nacional Transformación Digital y Conectividad; y el Plan Nacional de Infraestructura. El tercer eje se enfoca en la reactivación escolar y prevención de deserción escolar.

2.1.5. Composición familiar

De acuerdo a la Encuesta CASEN, el 42,4% de los hogares en Chile cuentan con algún NNA entre 0 y 17 años en el 2020. Este porcentaje ha ido disminuyendo en los últimos años, desde un 66,6% en 1992, pasando por un 59,5% en el 2006, a un 49,2% en 2013 (49). A su vez, el 8,3% de los hogares cuentan con 2 integrantes, 29,4% con 3, 32,8% con 4 y 29,4% con 5 o más.

Con respecto al nivel de hacinamiento, definido como la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, se observa que el promedio en 2020 es de 0,7% de los hogares con un nivel de hacinamiento alto (3,5 a 4,9 personas por dormitorio) y un 0,5% con nivel crítico (5 o más). Esto significa una gran disminución en comparación con las cifras de 1996, donde el nivel alto se observa en el 4,6% de los hogares, y el crítico en el 5,5%.(50).

Esta cifra se hace más evidente en hogares donde vive algún NNA, debido a que, en el 2020, el 1,5% de ellos presenta hacinamiento alto y el 0,8% crítico; índices que, aunque son mayores que en hogares donde no vive ningún NNA, también han visto una reducción importante desde los primeros años de la medición.

2.1.6. Trabajo adolescente

En Chile, el trabajo infantil está tipificado como delito en menores de 15 años, por lo que incluye a la población adolescente (Ley 20.271)(51).

En el 2020, el 10,3% de los adolescentes que viven en Chile, de entre 15 y 19 años, refiere participar en el mercado laboral, es decir, que están económicamente activos, e incluye a aquellas personas desocupadas y empleadas. A su vez, el 43,4% de los jóvenes entre 20 y 24 años lo refiere.

En cuanto a aquellos ocupados, lo están el 6% de los adolescentes entre 15 y 19 años y el 31,7% de los jóvenes entre 20 y 24 años (52).

Esta cifra ha ido en disminución en los últimos años. Por ejemplo, en 1992 se observaba una participación laboral de adolescentes entre 15 y 19 años de 22,6%, y de 61,2% en los jóvenes entre 20 y 24 años; mientras que en el 2009 de 18% en el primer grupo, y de 55,4% en el segundo (53).

2.1.7. Seguro de salud

De acuerdo a la Encuesta CASEN 2020, el 76,5% de la población que vive en Chile se encuentra inscrita en FONASA, mientras que el 15,4% en ISAPRE (54).

La subcategorización por edad va de 0 a 17 años, donde el 77,3% se encuentra en FONASA y en el rango de 18 a 29 años, el 75,2%. En cuanto a afiliación ISAPRE, el 15,4% de las personas entre 0 y 18 años, y el 15% de las personas entre 18 y 29 años. A su vez, el 4% de los NNA entre 0 y 18 años no pertenece a ningún sistema previsional, y el 5,9% de los adolescentes y jóvenes entre 18 y 29 años (55).

Por otro lado, de acuerdo a cifras de FONASA, al comparar con la proyección INE, al 2020 se estima que el 93% de los adolescentes entre 10 y 14 años se encuentran en este seguro, el 92% de los adolescentes entre 15 y 19 años, y el 87% de los jóvenes entre 20 y 24 años (56).

2.1.8. Adolescentes y jóvenes en situación de calle

Existe poca información sobre adolescentes y jóvenes en esta situación. Se cuenta con información del Catastro Nacional de 2012 de personas en situación de calle, que registra a 12.255 personas a nivel nacional, 84% hombres, con un promedio de 44 años de edad (57).

Específicamente con respecto a la población adolescente, se cree que la cifra se ha mantenido estable en los últimos años (58). Un informe del 2018 da cuenta de 547 NNA entre los 5 y 17 años en situación de calle, es decir, que hayan pernoctado al menos una vez en el último año sin la compañía de un adulto responsable, en lugares públicos o privados que no tienen las características básicas de una vivienda (excluyendo los campamentos). De ellos, el 62,3% eran hombres, mientras que el 16,6% tenían entre 10 y 14 años y el 82,1% entre 15 y 17 años.

En cuanto a las razones por las cuales se encontraban en esta situación, el 53,2% refiere que se debe a problemas con su familia, el 18,8% por haber abandonado su sistema residencial (por ejemplo, SENAME) y el 18% por problemas con drogas.

Por otro lado, el 54,7% no asiste al colegio y el 60,6% se encuentra con rezago escolar, es decir, lleva 2 o más años de retraso en el sistema educacional de acuerdo a su edad (59).

2.2. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes

Luego de conocer los aspectos más relevantes de la situación sociodemográfica de los adolescentes y jóvenes en Chile, es importante revisar el perfil epidemiológico actual de este grupo de la población. Los contenidos que a continuación se exponen, son la fuente para el diseño e implementación del Plan Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (PNSIAJ) que se propondrá para los próximos diez años.

El presente capítulo describe cambios experimentados durante el desarrollo de la adolescencia y juventud, factores de riesgo y protección, así como morbilidad y mortalidad y otros puntos relevantes durante esta etapa del curso de vida.

Estas condiciones deben ser consideradas en la discusión sobre la salud de adolescentes y jóvenes, ya que su presencia es clave para prevenir y abordar factores que pueden ser fundamentales para el logro de una adultez y envejecimiento saludable, mitigando riesgos asociados posteriores.

Por ello, es fundamental abordar la salud y el bienestar de toda la población desde la primera infancia, para, así, a través de un enfoque preventivo de enfermedades y promotor de la salud, vivir un envejecimiento con la mejor calidad de vida posible.

2.2.1. Factores de riesgo y de protección

En relación con la salud física, el grupo de adolescentes y jóvenes han sido considerados tradicionalmente como una población "sana", dado que su mortalidad es entre siete y diez veces menor (tasa de mortalidad 10 a 14 años 0,1 por cada 1.000 habitantes; 15 a 19 años 0,4 por cada 1.000 habitantes; y 20 a 24 años 0,6) que en la población general (5,7 por cada 1.000 habitantes) (60).

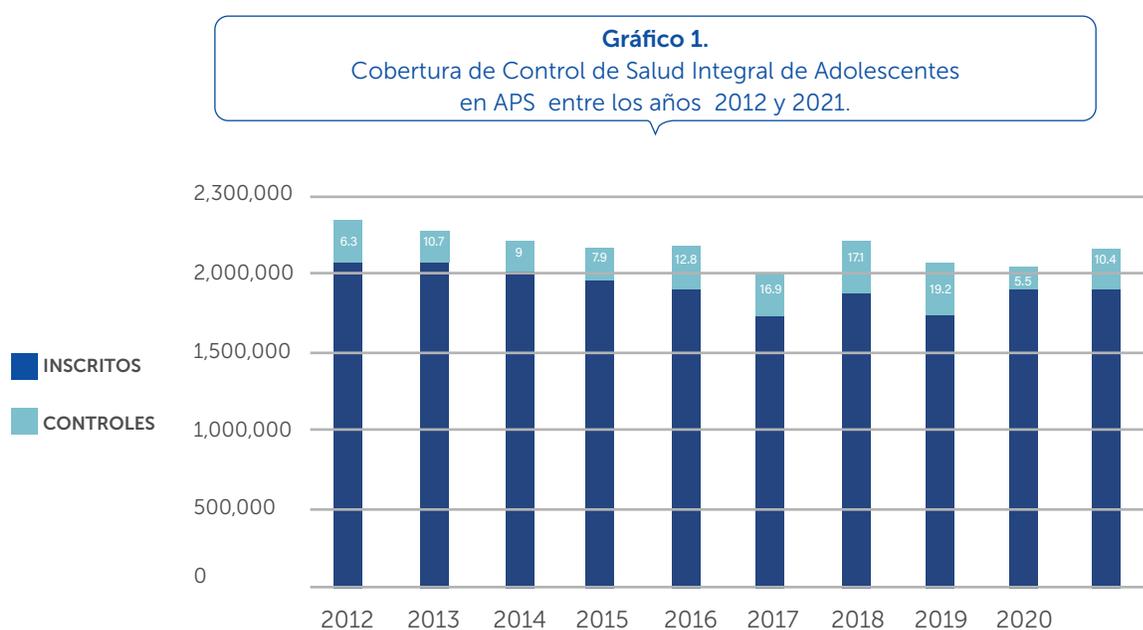
La prevalencia de algunos factores de riesgo tales como depresión, trastornos del ánimo e ideación suicida son relevantes en la salud mental de adolescentes y jóvenes, y representan factores de riesgo para el desarrollo de otras patologías en la etapa adolescente y en la adultez (61).

2.2.2. Control de salud integral de adolescentes

La Estrategia Nacional de Salud 2010-2020, incorporó, como uno de sus resultados esperados, el aumento progresivo de la cobertura del Control de Salud Integral de Adolescentes. Esto permitió darle relevancia a esta prestación, pues es conocido que se trata de un momento oportuno para evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo integral de los y las adolescentes, y para fortalecer factores y conductas protectoras, además de identificar riesgos. Permite también, pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad, referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención.

Desde su implementación en el año 2012, se han realizado 2.184.597 controles en beneficiarios de 10 a 19 años en APS. La mayor cobertura alcanzada fue de 19,2% en el año 2019, lo que podría responder también a que la población inscrita beneficiaria de adolescentes ese año fue menor a la observada en otros años anteriores.

La pandemia por SARS-CoV-2 perjudicó la tendencia al alza de las coberturas alcanzadas, dado, principalmente, por la priorización de acciones clínicas en la red asistencial para dar respuesta a la crisis sanitaria. Por ello, en 2020 la cobertura alcanzada fue sólo de 5,5% de la población inscrita validada en APS, la menor cifra en la serie presentada (Gráfico 1). No obstante, tras los esfuerzos puestos en 2021 en continuar los cuidados postergados en APS, la cobertura del control aumenta a 10,4%.



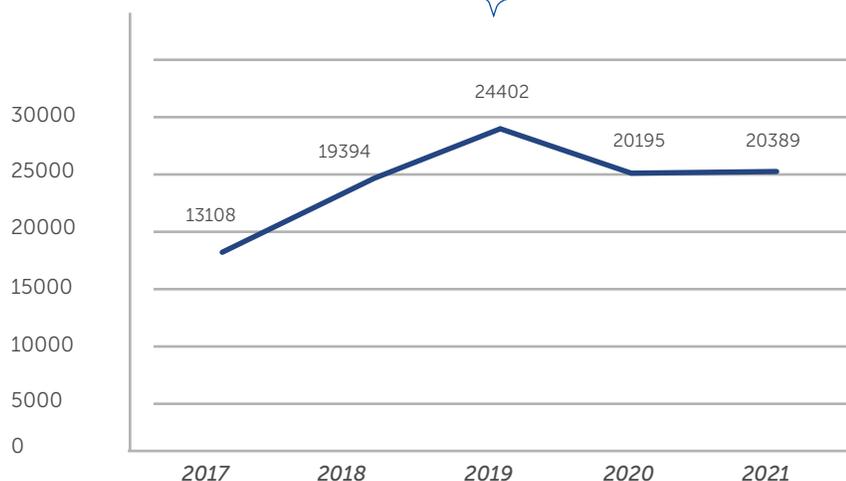
Fuente: Base a datos DEIS REM A01 Sección D, Control de Salud Integral del Adolescente y población inscrita beneficiaria FONASA. 2021

Desde el año 2016 se cuenta con un registro estadístico mensual poblacional (REM P09) para conocer la población bajo control, que se cuantifica como beneficiaria del Programa Nacional de Adolescentes de 10 a 19 años. De esta manera, es posible conocer variables que se extraen de la ficha utilizada para este control.

De los y las adolescentes controlados, un 2,1% declara pertenecer a algún pueblo originario, en un promedio entre el 2017 y 2021 (gráfico 2). A su vez, en 2021, un 4,4% declara ser migrante, lo cual va en alza considerando los años anteriores (Gráfico 3). Esto es menor a las cifras registradas a nivel nacional, como se indica en la sección previa 2.1.2. Pertenencia a pueblos indígenas u originarios y migrantes en adolescentes y jóvenes.

Grafico 2.

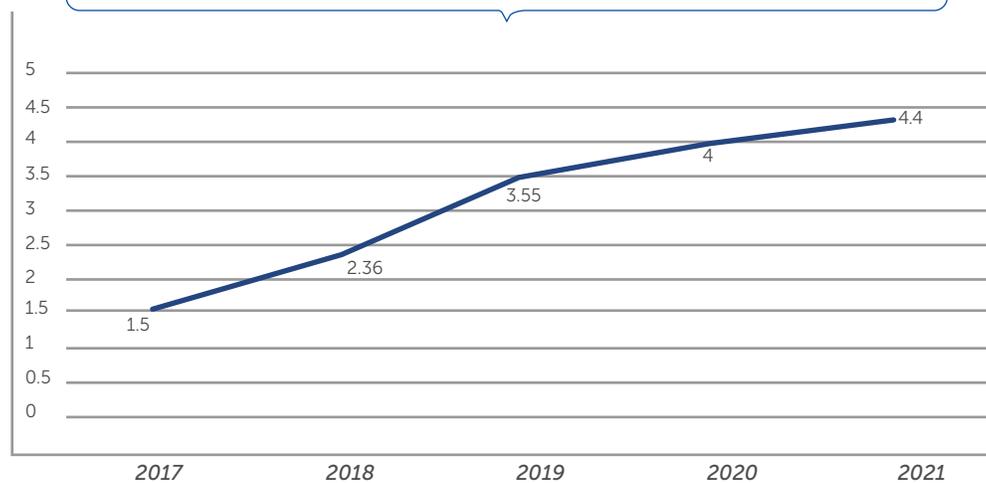
Distribución de pertenencia a pueblos originarios de adolescentes que asisten a control de salud integral en APS, entre 10 y 19 años, entre los años 2017 y 2021.



Fuente: Población en control de salud integral de adolescentes REM P9.

Grafico 3.

Porcentaje de adolescentes migrantes en control, entre los años 2017 y 2021.



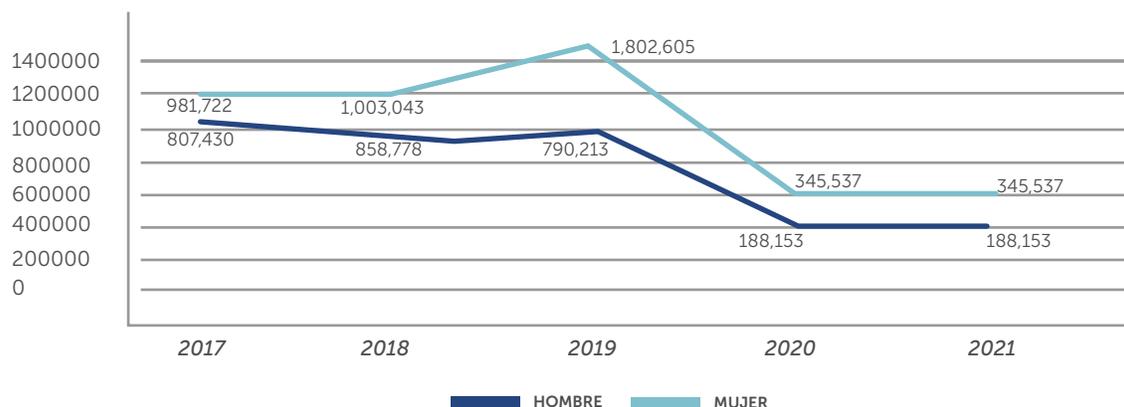
Fuente: Población en control de salud integral de adolescentes REM P9.

2.2.3. Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)

El EMPA se realiza en APS a personas desde los 15 años, se enfoca en pesquisar enfermedades crónicas no transmisibles (más detalles en próxima sección 3.3.2. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Primario: Control de Salud Integral de Adolescentes).

En base a la información obtenida a partir del DEIS, a nivel nacional se han realizado, en promedio, 1.560.000 EMPAs a adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, entre los años 2017 y 2021. Es importante mencionar la baja en el número de EMPAs realizados en 2020, asociado a la pandemia por SARS-CoV-2 (Gráfico 4).

Grafico 4.
Número de EMPA realizados a población entre 15 y 24 años según sexo, años 2017 y 2021.

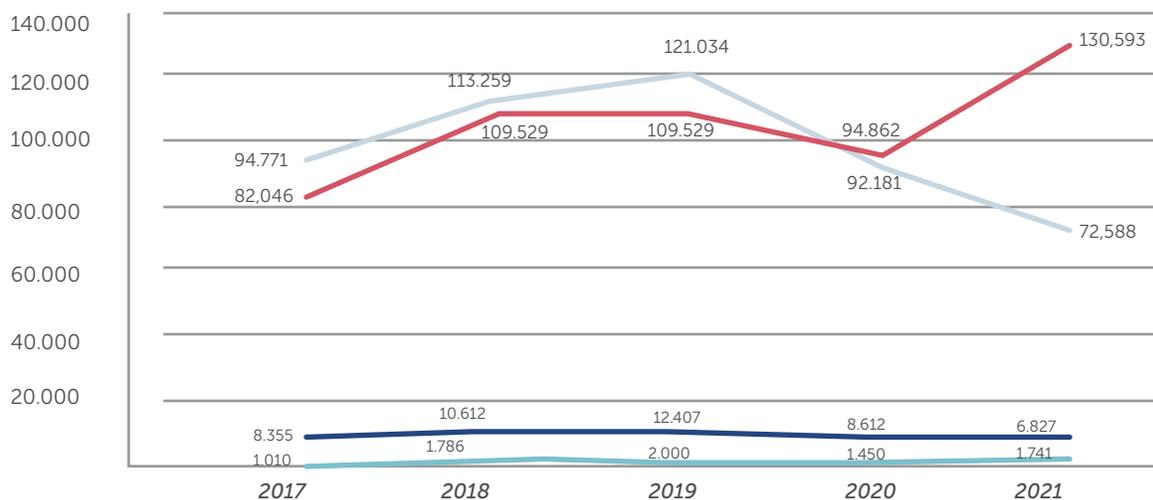


Fuente: Población en control de salud integral de adolescentes REM P9.

Estado nutricional, sedentarismo y sueño

Con respecto al estado nutricional de los y las adolescentes, a partir de información obtenida del control de salud integral mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), se puede observar que entre los años 2017 y 2021 existe un aumento significativo del número de personas con malnutrición por exceso (al considerar adolescentes con sobrepeso/riesgo de obesidad, obesidad y obesidad severa) (Gráfico 5). Esto significa un aumento de un 58,6% de malnutrición por exceso entre los años 2017 y 2021, y un descenso de un 11,8% de las personas con peso normal (Gráfico 6).

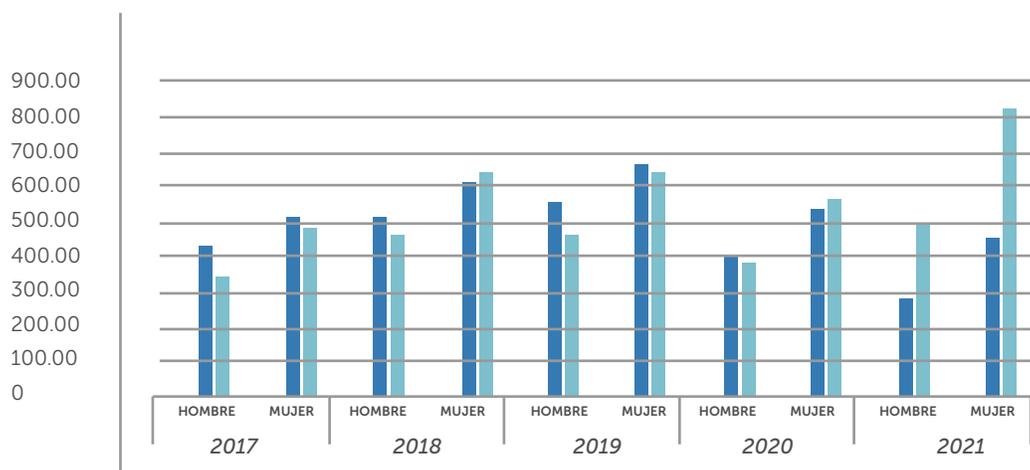
Grafico 5.
Estado nutricional de adolescentes que asisten a control de salud integral, entre 10 y 19 años, entre los años 2017 y 2021.



Fuente: control de salud integral del adolescente REM P9, DEIS. Datos validados hasta 2019.

Grafico 6.

Comparación entre adolescentes con malnutrición por exceso y con peso normal, por sexo, que asisten a control de salud integral, entre los años 2017 y 2021.



Fuente: Control de salud integral del adolescente REM P9.

Con respecto a los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, en ella se puede encontrar información para las personas desde los 15 años en adelante, sobre sedentarismo y hábitos de sueño (62).

Sobre sueño saludable, se observa que el 31,5% de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años refiere presentar ronquidos durante la noche, el 22,1% refiere tener problemas para mantenerse despierto al menos 3 veces por semana y 36,1% presenta cansancio al despertar o después de dormir, al menos 3 veces por semana.

A su vez, el 73,5% de los adolescentes entre los 15 y 19 años refiere ser sedentario, versus el 81,2% entre 20 y 24 años. Esto refleja un aumento de dos puntos porcentuales en los adolescentes, y un leve descenso, de 0,5 puntos, en los jóvenes, en comparación con los resultados de la versión previa de la Encuesta, 2009 - 2010.

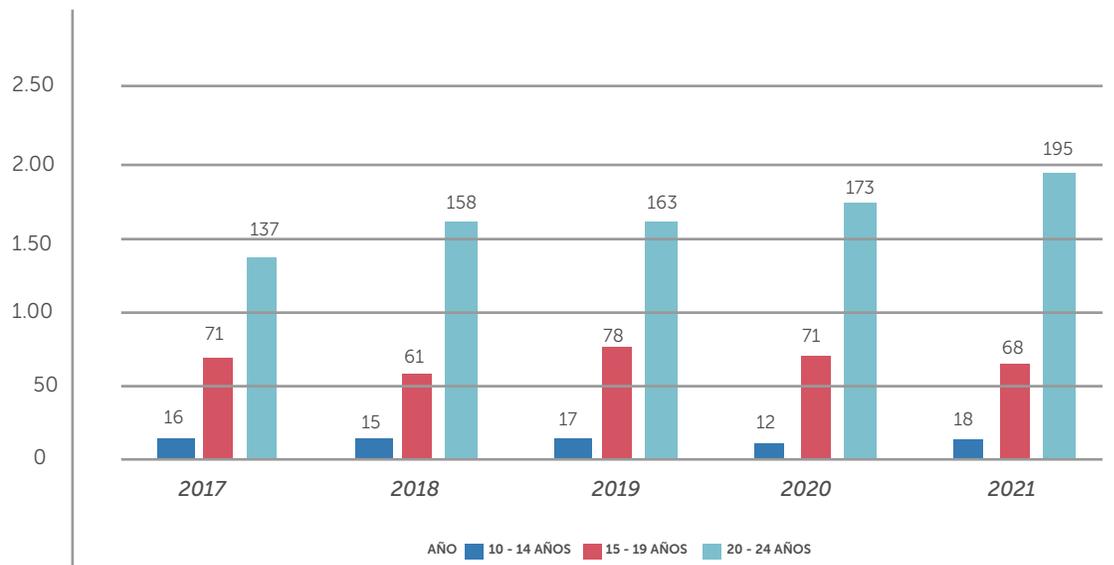
Seguridad vial

En relación a la seguridad vial, se observan cifras alarmantes en este rango etario, de acuerdo a lo informado por la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET) del Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones (63).

En particular en los jóvenes entre 20 y 24 años, se observa un aumento de un 42% y un 104%, para mortalidad (Gráfico 7) y accidentabilidad (Gráfico 8), respectivamente, al comparar el año 2021 con el 2017. A su vez, existe diferencia de mortalidad y accidentabilidad al hacer el análisis por sexo, observándose más eventos en los hombres, en comparación con las mujeres (Gráfico 9).

Grafico 7.

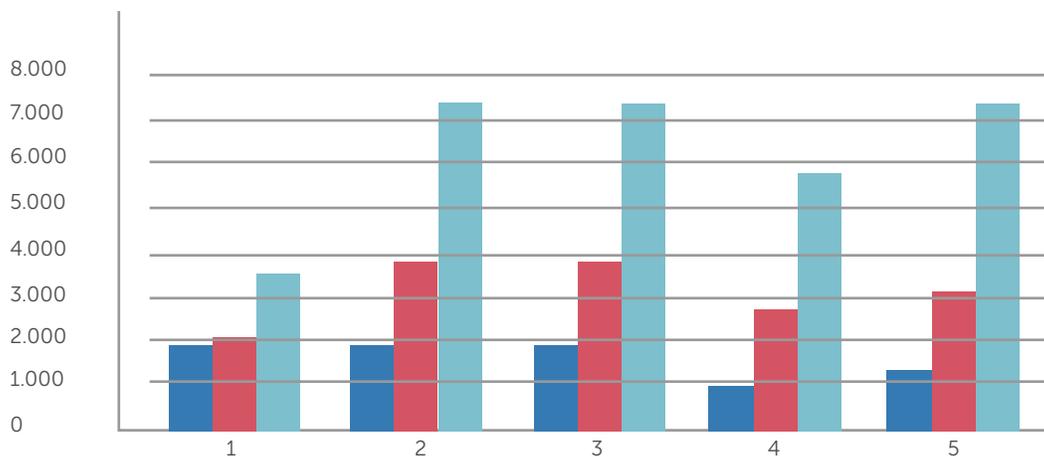
Número de personas fallecidas por siniestros de tránsito, por quinquenios de edad de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años, entre 2017 y 2021.



Fuente: Datos obtenidos del Observatorio de datos y estadísticas generales de CONASET.

Grafico 8.

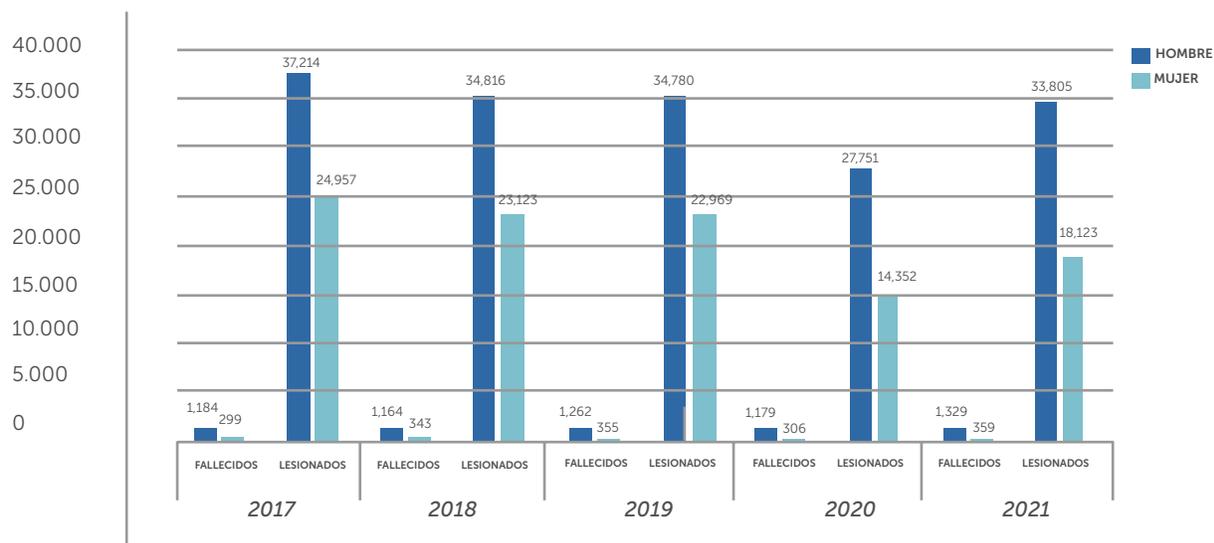
Número de personas lesionadas por siniestros de tránsito, por quinquenios de edad de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años, entre 2017 y 2021.



Fuente: Datos obtenidos del Observatorio de datos y estadísticas generales de CONASET.

Gráfico 9.

Número de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) fallecidos y lesionados por siniestros de tránsito, por sexo, entre 2017 y 2021.



Fuente: Datos obtenidos del Observatorio de datos y estadísticas generales de CONASET.

Consumo de sustancias: tabaco, alcohol y otras drogas

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, ante la pregunta realizada ¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?, el 22,8% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad refiere consumir tabaco actualmente, y el 41,1% de jóvenes entre 20 y 24 años. El fumador actual (aquel que fuma diaria y esporádicamente) representa al 30% de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, con diferencias no significativas por sexo, donde los hombre fuman más que las mujeres. Destaca que esta población presenta el mayor consumo de cigarrillos electrónicos en el curso de vida, con un 3% de ellos que refieren haberlo consumido en los últimos 5 días.

De todas formas, se observa que el grupo de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad, presenta la menor prevalencia de vida de tabaquismo, en comparación con otros grupos etarios; y ha tenido una disminución progresiva en los últimos años, lo que se traduce en una reducción estadísticamente significativa de 31 puntos porcentuales en relación a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, que era de 59,2%.

Es relevante mencionar que la mediana de edad de inicio del hábito tabáquico es de 17 años a nivel país, lo cual se ha mantenido estable al comparar con la Encuesta 2009 - 2010, para hombres y mujeres. En particular en el grupo de 15 a 24 años, la mediana es de 16 años, aumentando un año respecto a la medición 2009-10 (64).

En cuanto a información más reciente, se pueden analizar algunos resultados del último Estudio Nacional de Drogas del año 2020, realizado por SENDA. En él, el 2,4% de los adolescentes de 12 a 18 años refiere consumir tabaco diariamente y el 15,1% de los jóvenes de 19 a 25 años. Lo que ha presentado una disminución en los últimos años, desde el año 2010, donde el 11,1% de los adolescentes refería fumar diariamente y el 27,4% de los jóvenes (65).

Con respecto al consumo de alcohol, en base a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, se observa que el 12,2% de los adolescentes entre 15 y 19 años presenta un consumo riesgoso de alcohol (puntaje AUDIT igual o mayor a 8), y el 16,8% de los jóvenes; en comparación con el 11,7% de la población general a nivel país.

En el último Estudio Nacional de Drogas, se consulta sobre consumo de alcohol en el último mes, reportada en el 13,6% de los adolescentes de 12 a 18 años y en el 54,8% de los jóvenes de 19 a 25 años. Al observar años anteriores se observa una disminución en el grupo de los adolescentes, desde 18,4% en el 2010 y 30,6% en el 2000. En el caso de los jóvenes, se ha mantenido estable, con un 55,4% en el 2010 y disminuye desde el 2000, año en que la prevalencia fue de 61,1%.

En la misma línea, se observa que por primera vez desde 2010, el uso de marihuana en el último año en adolescentes de 12 a 18 años presentó una disminución estadísticamente significativa, llegando a un 5,8% de los adolescentes entrevistados en 2020, versus 10,1% en 2018. Mientras que los jóvenes de 19 a 25 años mantienen el uso en 27,2%. En ambos grupos se observa mayor consumo de marihuana verde versus prensada, con un 84,6% de los adolescentes que refiere que consume marihuana verde, y 76,7% de los jóvenes.

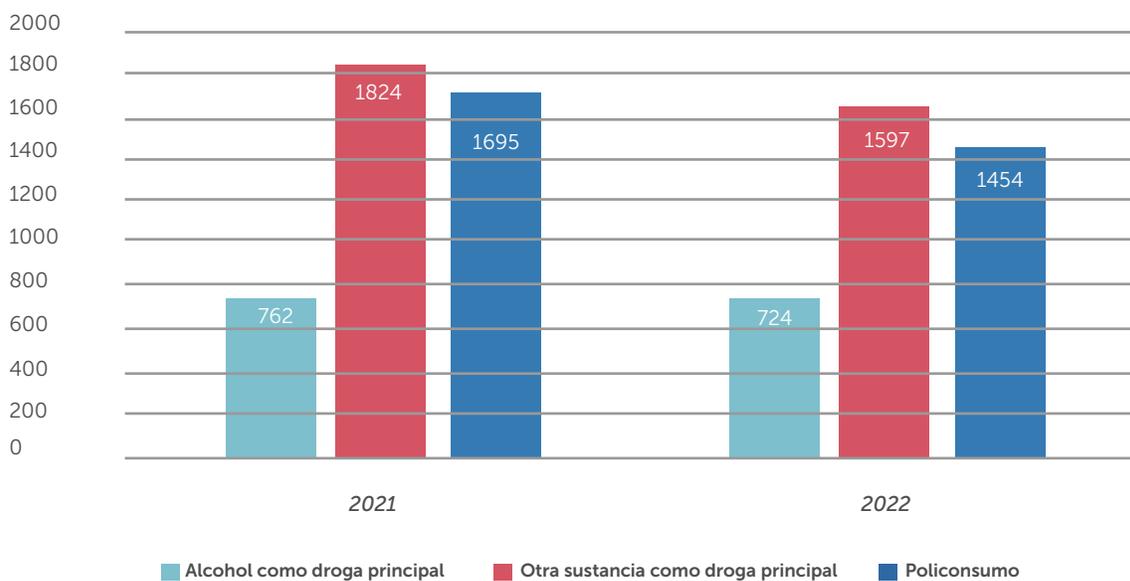
Con respecto al consumo de cocaína, menos del 0,1% de los adolescentes entre 12 y 18 años refiere haberla consumido en el último año y el 0,9% de los jóvenes de 19 a 25 años. Esta cifra va en franca disminución en los últimos años: en 2010 fue 0,4% y 1,3%, y en el 2000 fue 1,1% y 3,6%, en cada grupo etario respectivamente, lo que se relaciona con las políticas públicas de prevención y rehabilitación que se han implementado en los últimos años.

Finalmente, con respecto al consumo de pasta base en el último año, es referido por menos del 0,1% de los adolescentes y menos del 0,1% de los jóvenes. Cifra que también ha disminuido en el tiempo: en 2010 fue de 0,3% y 0,9%, y en el 2000 de 0,7% y 1,4%, en cada grupo etario respectivamente.

Con respecto a la población bajo control por consumo de sustancias, en niveles primario y secundario (REM P6.DEIS), se observa una disminución del número de adolescentes en control entre los años 2021 y 2022 (Gráfico 10). Mientras tanto, según se observa en Gráfico 11, los jóvenes con diagnóstico de "policonsumo" aumentaron en un 23% entre 2021 al 2022 (66).

Grafico 10.

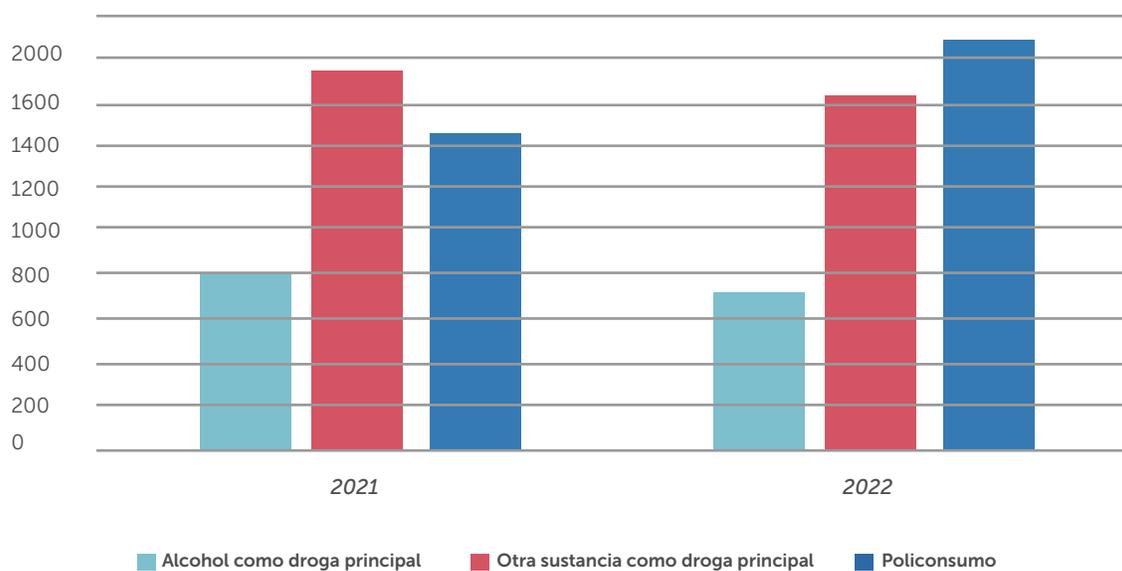
Número de adolescentes de 10 a 19 años en control en APS y en nivel secundario, que presenta diagnóstico de consumo de alcohol, otras sustancias y policonsumo, en los años 2021 y 2022.



Fuente: MINSAL, 2022. REM DEIS. Datos obtenidos del REM P6.

Grafico 11.

Número de jóvenes de 20 a 24 años en control en APS y nivel secundario que presenta diagnóstico de consumo de alcohol, otras sustancias y policonsumo, en los años 2021 y 2022.



Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS. Datos obtenidos del REM P6.

Violencia y maltrato

La última Encuesta Nacional de Juventudes de INJUV del 2022(34) indica que en el último año se registran los porcentajes más altos de violencia física en todas las situaciones consultadas en las encuestas realizadas en los últimos 10 años. La escuela o lugar de estudios es el lugar donde más se reporta haber sido víctima de violencia física (20,7% de los encuestados), seguido de un conflicto con algún familiar (17,8%) y de situaciones de conflicto con un desconocido en un lugar público (17,2%). Los hombres son más afectados que las mujeres (40,7% versus 35,4%), y se observa más frecuentemente en zonas urbanas que en rurales (39,1% versus 28,2%).

Con respecto a la violencia psicológica, en 2022 también se registran máximos históricos. De aquellos que han vivido violencia psicológica, con un 22,8% de los encuestados que han sufrido esta violencia en su lugar de estudios, seguido de un 17,8% en una situación de conflicto con un familiar y 16,2% en una situación de conflicto con un amigo o conocido. En este caso, las más afectadas son mujeres (47,7% en comparación con 36,9% hombres), y en zonas urbanas por sobre las rurales (43,6% versus 28,6%).

Y con respecto a violencia en su relación de pareja (que incluye violencia psicológica, física, sexual, cibernética y económica), entre 15 y 19 años, el 12,6% refiere haber sufrido algún tipo de violencia, y el 14,3% de los jóvenes entre 20 y 24 años, también alcanzando los niveles más altos en los 10 años de la Encuesta, excepto en el tipo de violencia económica.

A su vez, más de 1 en cada 4 adolescentes y jóvenes refiere haber sido víctima de acoso cibernético en el último año (26,8%), cifra que aumenta a 30,2% en mujeres, versus 23,5% en hombres. Y las situaciones más frecuentes en las que se ha sufrido el acoso son el haber realizado preguntas sexuales (13,4%) y el haber recibido mensajes ofensivos al celular por WhatsApp u otros servicios de mensajería (13,2%).

En 2018, INJUV realizó un sondeo de la violencia en el “pololeo”, el que contó con una muestra de 1.112 jóvenes (67). En el ítem respecto a la percepción de frecuencia de actitudes violentas, un 93% considera nada aceptable insultar o gritarle a la pareja, un 26% “algo aceptable”, y un 4,1% bastante aceptable.

En cuanto a situaciones de violencia en la experiencia personal de las encuestadas y encuestados, un 19,9% dice que le han controlado los horarios y dónde va; un 15,9% refiere que es “muy frecuente” pelear o discutir por su comportamiento en Facebook, 42% frecuentemente, 26,7% poco frecuente y un 14,5% nada frecuente; un 94% considera “nada aceptable” presionar a la pareja a tener relaciones sexuales, aunque no lo desee, un 1% lo considera “algo aceptable” y un 4,2% “bastante aceptable”.

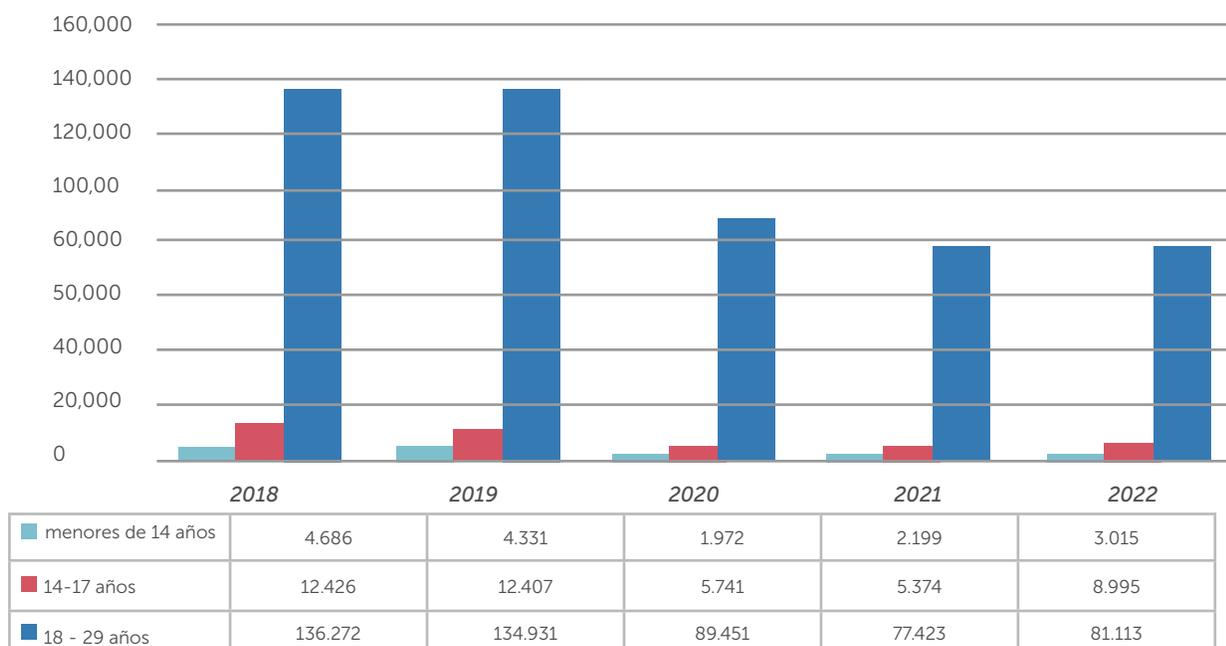
Por otro lado, existe la Primera Encuesta Nacional de polivictimización en niños, niñas y adolescentes (68), realizada por la Subsecretaría de Prevención del Delito en 2017, que encuestó a 19.648 estudiantes de 7mo básico a 3ero medio de establecimientos educacionales de todas las regiones del país (se estima que tienen entre 12 y 17 años aproximadamente). Recoge información sobre distintos tipos de victimización: a través de delitos comunes con y sin uso de la fuerza, efectuada por cuidadores, efectuada por pares, sexuales, exposición a violencia en la comunidad o en la familia, y digitales.

Se observa que el 65% ha sufrido al menos una victimización directa en la comunidad, el 46% ha sufrido al menos una victimización de delito común con ataque y el 34% ha sufrido al menos una situación de maltrato por parte de sus cuidadores. Destaca que sólo el 10% no ha sufrido victimizaciones a través de su vida, y el 24% no las ha sufrido en el último año.

Finalmente, en cuanto a los delitos de mayor connotación social, que incluyen robo con violencia o intimidación, robo por sorpresa, robos con fuerza: vehículos motorizados, accesorios u objetos de vehículos, en lugar habitado o destinado a la habitación, lugar no habitado; hurto, lesiones leves, lesiones graves, homicidios y violación; se observa una disminución en la cantidad de víctimas afectadas por estos delitos, al analizar los grupos etarios de 0 a 29 años (gráfico 12) en los últimos 5 años(68).

Grafico 12.

Número de víctimas de delitos de mayor connotación social en menores de 14 años, entre 14 y 17 años, y entre 18 y 29 años, entre los años 2018 y 2022.

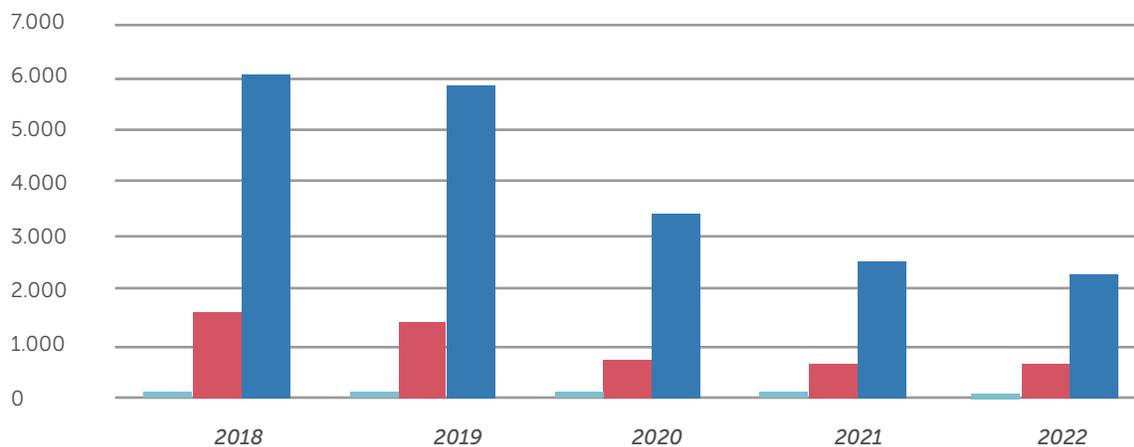


Fuente: Elaboración propia a partir de información del Centro de Estudios y análisis del delito, Subsecretaría de Prevención del delito.

Y con respecto a los victimarios, en el Gráfico 13 se observa una disminución en la cantidad de victimarios de estos delitos, al analizar los grupos etarios de 0 a 29 años en los últimos 5 años.}

Gráfico 13.

Número de victimarios de delitos de mayor connotación social en menores de 14 años, entre 14 y 17 años, y entre 18 y 29 años, entre los años 2018 y 2022.



menores de 14 años	305	225	84	80	143
14-17 años	16.203	14.265	6.166	4.634	6.157
18 - 29 años	60.055	59.369	35.462	25.498	23.353

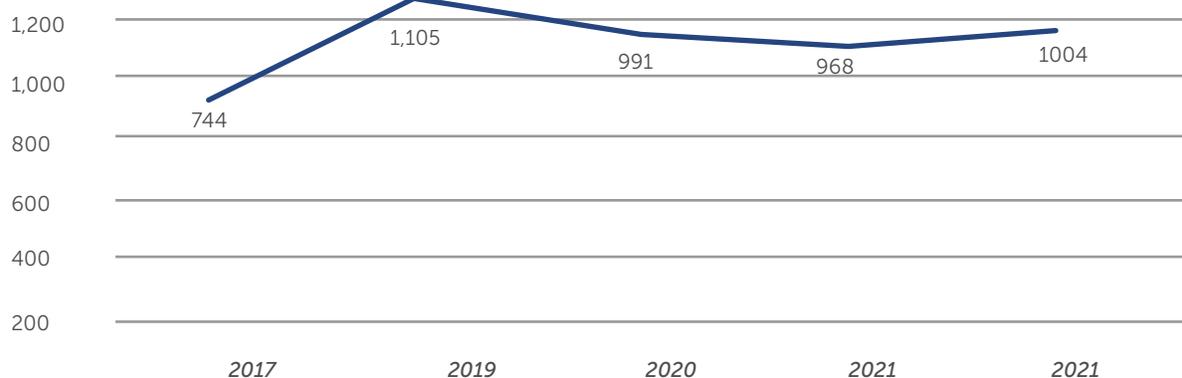
Fuente: Elaboración propia a partir de información del Centro de Estudios y análisis del delito, Subsecretaría de Prevención del delito.

De acuerdo al control de salud integral de adolescentes, se aprecia una leve tendencia al alza en los casos donde adolescentes presentan violencia en su relación de pareja. No obstante, esta alza es sostenida, tanto que al 2021 se observa un incremento de un 35% respecto al 2017 (Gráfico 14).

En cuanto a esta población, durante el 2021, un 87% son mujeres de 15 a 19 años, mientras que 13% tienen entre 10 y 14 años. En cuanto a los hombres, un 80% tienen 15 a 19 años, y un 20% entre 10 a 14 años.

Grafico 14.

Número de adolescentes que presenta violencia en el contexto de pareja entre los años 2017 y 2021, a partir del control de salud integral de adolescentes en APS.

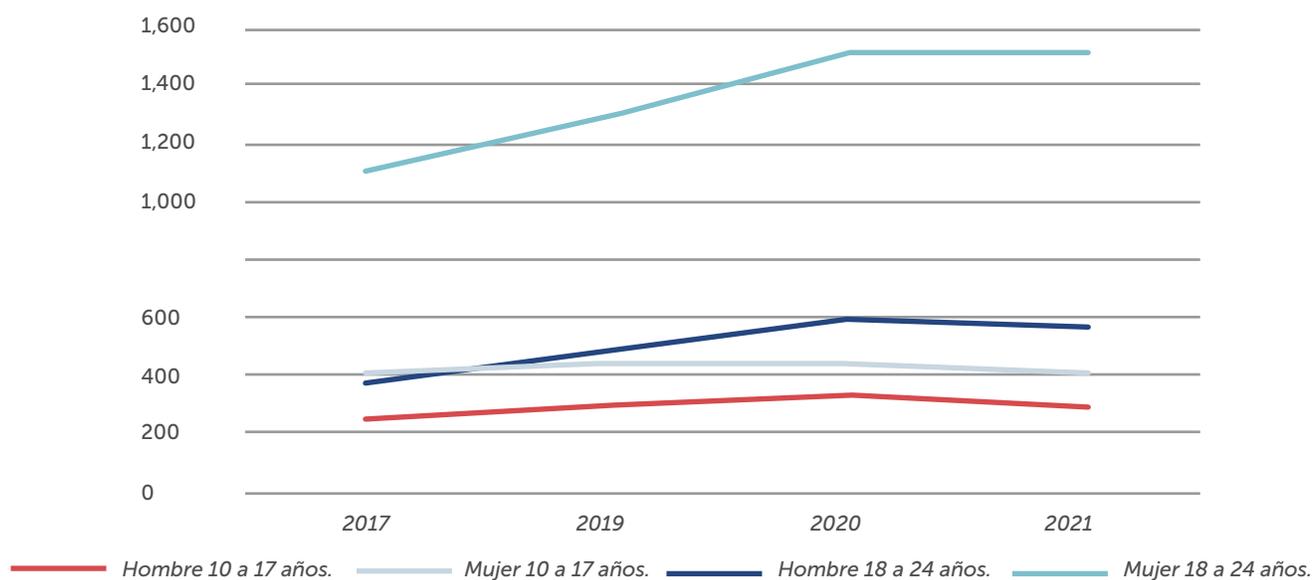


Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS. Datos obtenidos del REM P9.

A su vez, en el gráfico 15 se observa el porcentaje de adolescentes y jóvenes que necesitaron atención en servicios de urgencia por violencia en la relación de pareja, en donde destaca el grupo de mujeres 18 a 24 años, quienes entre 2017 y 2020 obtuvieron cifras por sobre los 1.000 casos.

Grafico 15.

Número de adolescentes y jóvenes que ingresaron a urgencias por violencia en la relación de pareja entre 2017 y 2020.

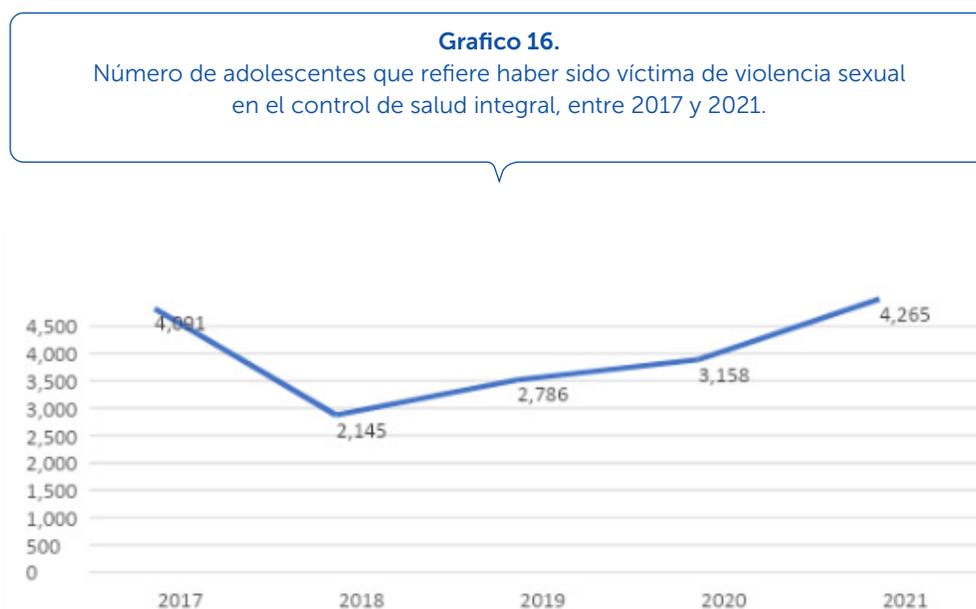


Fuente: MINSAL, 2022. REM DEIS. Datos obtenidos del REM P9.

Estos datos dan un panorama general respecto al impacto que tiene el fenómeno de la violencia en los sistemas de salud, tanto en hombres como en mujeres. Se puede apreciar que a mayor edad, mayor porcentaje de atenciones por violencia.

Violencia sexual

Con respecto a la violencia sexual, a partir de información del control de salud integral de adolescentes, entre los años 2017 y 2021 se ha observado estabilización en el número de adolescentes que refieren haber sido víctimas. Existió disminución del número de casos entre 2017 y 2018, pero luego se observa un aumento hacia el 2021 (Gráfico 16).



Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS. Datos obtenidos del REM P9.

2.2. Salud sexual y reproductiva

Conducta sexual

De acuerdo a datos de la última Encuesta Nacional de Juventudes de INJUV del 2022(34), el 66,9% de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años declara haber tenido relaciones sexuales con penetración, cifra más baja desde el inicio de la Encuesta en 1997. Además, destaca que por primera vez, son más mujeres que hombres quienes se han iniciado sexualmente (68,9% versus 65,2%). A su vez, el 16,9% declara haberse iniciado sexualmente sin penetración, de las cuales, el 47,4% pertenecen al nivel socioeconómico alto, el 17,6% al medio y el 13,9% al bajo.

La edad promedio de inicio sexual fue de 16,54 años, y se observa un aumento significativo del promedio de parejas sexuales que se reporta haber tenido en el último año, entre 2018 (1,83) y 2022 (2,07). Los hombres declaran haber tenido un promedio de 2,56 parejas sexuales y las mujeres 1,59.

El 86,6% declara haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual, lo que refleja un aumento al comparar con el 77,5% en la Encuesta del 2018; especialmente en el grupo etario de 15 a 19 años (91,1%). El método de elección en la primera relación sexual fue el preservativo masculino, usado en un 73,8%.

En cuanto a la última relación sexual, el 54% refiere haber utilizado preservativo, el 27,9% píldora anticonceptiva, 9,5% método inyectable, 6% implante subdérmico, 4,8% dispositivo intrauterino, 4,7% coito interrumpido y 3,7% píldora del día después. Por otro lado, el 41,2% refiere no usar preservativo masculino por "tener pareja sexual única", el 23% porque "no le gusta usar ninguno de los métodos que conoce" y el 17,5% porque "quiere tener un hijo/a".

Embarazo adolescente

La gestación en adolescentes y jóvenes ha tenido una sostenida disminución en los últimos años.

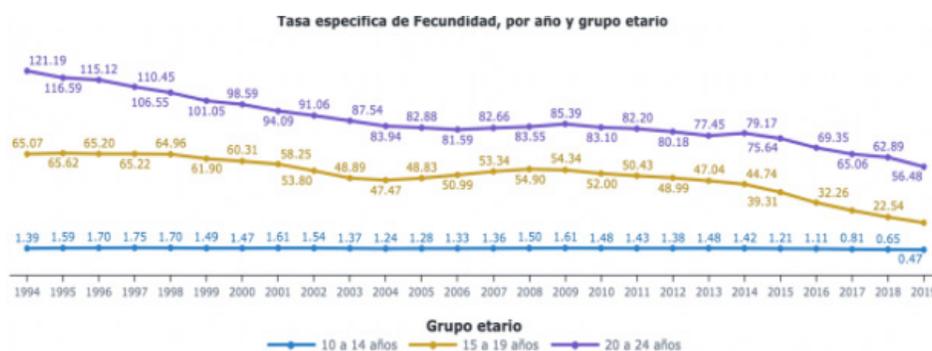
Al segregarse por grupos etarios (gráfico 17), al 2019, las adolescentes de 10 a 14 años tienen una tasa de fecundidad de 0,47 recién nacidos vivos por cada 1.000 mujeres; de 15 a 19 años es de 18,69; y las jóvenes de 20 a 24 años, de 56,48.

Se observa una marcada tendencia a la baja en la década, puesto que, en el año 2010, la tasa era de 1,48 en las adolescentes entre 10 y 14 años, y de 52 en el grupo de 15 a 19 años.

Se observa un fuerte descenso del aporte de las adolescentes y jóvenes a los niveles de fecundidad país. En el año 2000, las madres menores de 15 años aportaban con un 0,42% al número total de nacimientos del país, entre 15 y 19 años con un 15,77% y entre 20 y 24 años, 22,96%. Para el año 2021, las menores de 15 años representan un 0,09%, entre 15 y 19 años, un 4,01%; y entre 20 y 24 años, 17,16%.

Grafico 17.

Tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, entre los años 1994 y 2019.



Fuente: MINSAL, 2022. REM DEIS. Tablero DEIS: Estadísticas de nacimiento.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH

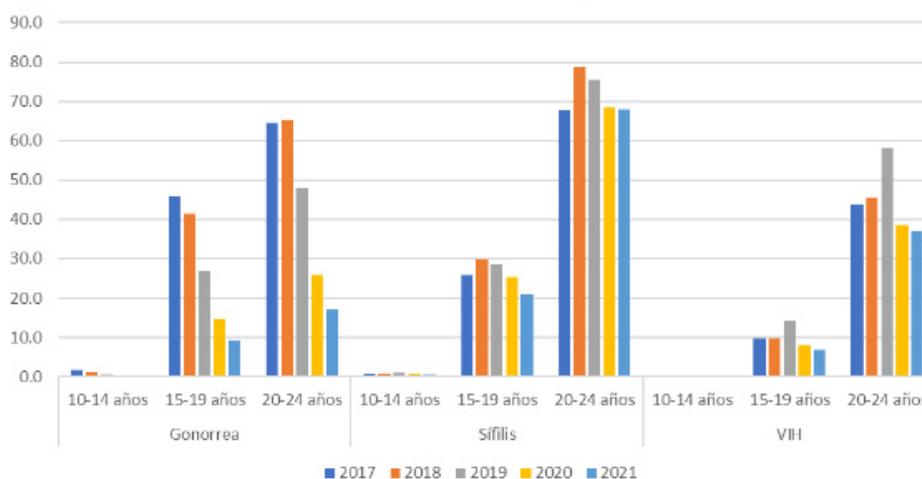
Se cuenta con datos de la última Encuesta Nacional de Juventudes de INJUV del 2022 (34), que indica que el 37,7% de los adolescentes y jóvenes se han realizado un test de VIH, y en comparación con el 2018, ha disminuido el porcentaje de personas que identifica correctamente las conductas riesgosas y no riesgosas de transmisión de VIH; el 45,9% señala correctamente las 3 conductas riesgosas de transmisión del VIH, donde destaca que las personas de Los Ríos y Aysén son quienes menos las reconocen efectivamente 17,1%.

En relación a las notificaciones recibidas por enfermedades de notificación obligatoria (ENO) en el Departamento de Epidemiología, se observa una tendencia a la baja en los últimos años de los casos de gonorrea, sífilis y VIH (Gráfico 18).

A medida que aumenta la edad, existe mayor incidencia de ITS, con una diferencia importante entre la incidencia en adolescentes y en jóvenes. A su vez, se observa una disminución en el tiempo en la incidencia de gonorrea y sífilis en todos los tramos de edad. En cuanto a VIH, se observa alza entre 2017 y 2019, y luego disminución en los años 2020 y 2021.

Gráfico 18.

Tasas de incidencia, por cada 100.000 habitantes, de gonorrea, sífilis y VIH, por rango etario de 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años, entre los años 2017 y 2021.



Fuente: MINSAL 2022, Registro de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), Departamento de Epidemiología, (Datos provisionales del año 2021, en proceso de validación,).

Considerar que la tasa específica de fecundidad por edad corresponde al cociente entre el número de recién nacidos vivos, inscritos en el Registro Civil, de madres entre 10 y 19 años de edad (numerador) y el total de población de sexo femenino entre 10 y 19 años (denominador). Para el denominador se utiliza la proyección de población del INE.

Mortalidad materna

La mortalidad materna es aquella definida como aquella ocurrida hasta los 42 días postparto, relacionada con complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.

Para el 2019, no se registra mortalidad materna en adolescentes 10 a 19 años, sólo se registró una muerte en las jóvenes de 20 a 24 años, por lo que la tasa de mortalidad fue de 2,5 por cada 100.000 habitantes (69).

Haciendo una comparativa entre los años 2015 y 2019, se observa que en las jóvenes entre 20 y 24 años, donde existe el mayor porcentaje de mortalidad materna, las principales razones están atribuidas a cualquier causa obstétrica (42 días antes del año del parto), seguida por abortos.

2.3. Morbilidad

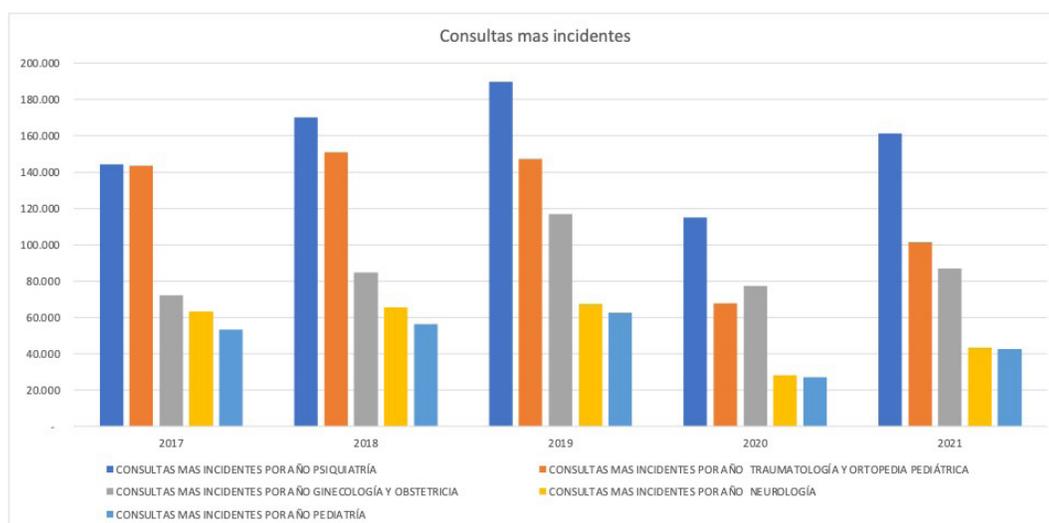
A continuación, se describen distintos aspectos con respecto a la situación de salud de la población adolescente y juvenil en Chile, y que son relevantes de considerar al momento de diseñar planes y programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud. La información que a continuación se presenta, contempla lo reportado por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud, específicamente al tablero de Adolescencia.

Consultas en nivel secundario

Se puede observar que en los últimos 5 años coinciden las especialidades con mayor número de consultas en el nivel secundario de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años. La especialidad Psiquiatría (que incluye psiquiatría infanto-juvenil y de adultos) es aquella con mayor demanda (Gráfico 19).

Gráfico 19.

Especialidades de nivel secundario de atención con mayor número de consultas de adolescentes y jóvenes, entre los años 2017 y 2021.



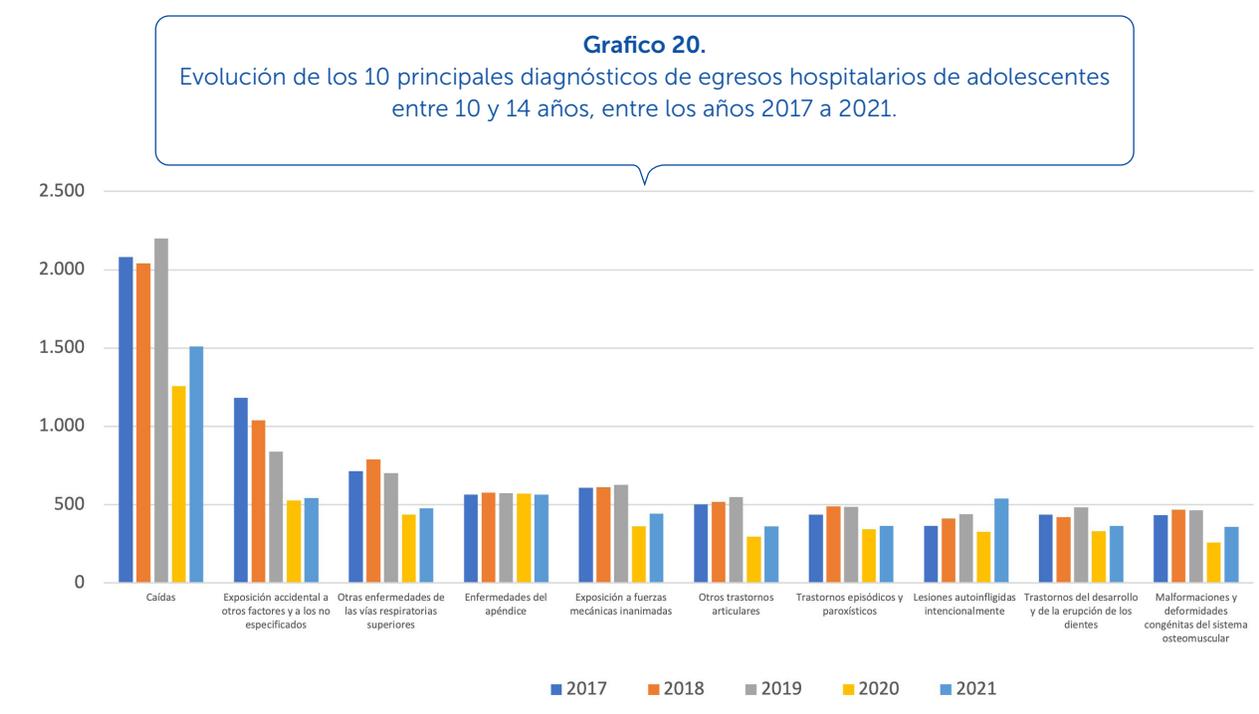
Fuente: MINSAL, 2022. REM DEIS. Tablero DEIS: Reporte Programa del adolescente.

Egresos hospitalarios

Entre los años 2017 y 2021, se observa que los adolescentes entre 10 y 19 años representan entre el 5,5% al 6,5% del total de egresos hospitalarios del país.

En cuanto a las causas de los egresos hospitalarios, por diagnóstico según clasificación CIE-10, las primeras causas en adolescentes son caídas y exposición accidental a otros factores. Luego, las causas varían de acuerdo con la edad.

En los adolescentes entre 10 y 14 años (gráfico 20), se observa que otras causas de egresos hospitalarios son las enfermedades respiratorias, enfermedades del apéndice (por ejemplo, apendicitis y apendicectomías), exposición a fuerzas mecánicas inanimadas (por ejemplo, disparos de armas de fuego), otros trastornos articulares y lesiones autoinfligidas.



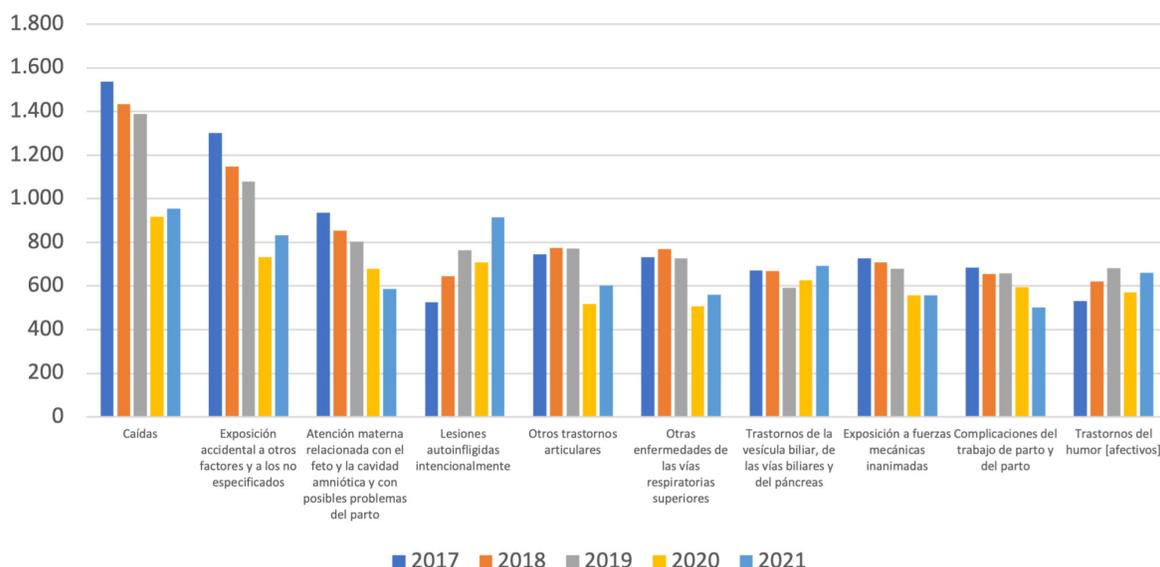
Fuente: MINSAL, 2022. REM DEIS.

En cambio, en los adolescentes de 15 a 19 años (Gráfico 21), aparecen los diagnósticos relacionados con gestación, parto y sus complicaciones; con enfermedades de vesícula y vías biliares (como colestiasis, colecistectomías, etc.), y con trastornos del ánimo (como depresión y trastorno bipolar). Por otro lado, las lesiones autoinfligidas constituyen la primera causa en el año 2021 y la cuarta en 2020.

Si bien se ha actualizado a CIE-11, MINSAL aún utiliza en sus sistemas de registros e información su versión anterior.

Grafico 21.

Evolución de los 10 principales diagnósticos de egresos hospitalarios de adolescentes entre 15 y 19 años, entre los años 2017 y 2021.

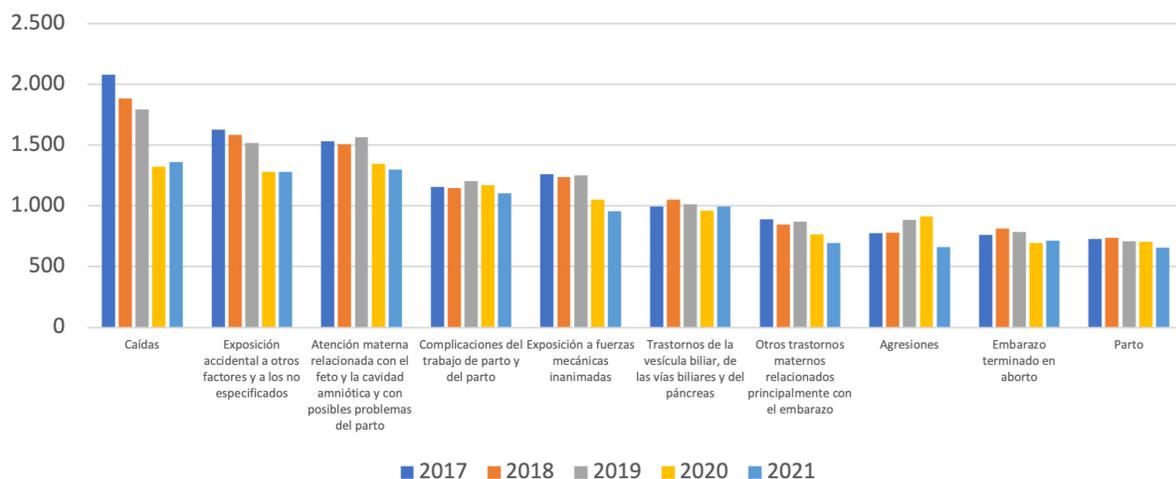


Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS.

A su vez, en los jóvenes de 20 a 24 años (Gráfico 22), coinciden los diagnósticos con aquellos de los adolescentes de 15 a 19 años, pero el diagnóstico de exposición a fuerzas mecánicas inanimadas (por ejemplo, disparos) aparece con más fuerza, constituyendo la sexta causa en el 2021 y la quinta en el 2020.

Grafico 22.

Evolución de los 10 principales diagnósticos de egresos hospitalarios de jóvenes entre 20 y 24 años, entre los años 2017 y 2021.



Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS.

Salud Mental

Los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (20) realizado en nuestro país, un 38,92% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) para el grupo entre 10 y 19 años, están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas.

Según la 10ma Encuesta Nacional de Juventud (2022) (34), 13,2% de los adolescentes entre 15 y 19 años recibe tratamiento psicológico y/o farmacológico por problemas de salud mental, y un 11% de los jóvenes entre los 20 y 24 años. De ellos, el 52,8% lo hace por un diagnóstico de depresión, 53,9% por ansiedad y 20,6% por estrés.

Por otro lado, uno de cada cuatro adolescentes y jóvenes presenta síntomas moderados o severos en torno a salud mental (26,9%), cifra estadísticamente mayor a la población adulta (que en la misma encuesta, reporta un 13% de síntomas). Las mujeres presentan más síntomas severos o graves que los hombres (18% versus 8%), y mayor en zonas urbanas que rurales (13,3% versus 9,3%).

En el 2012 se publicó un estudio chileno de prevalencia de problemas de salud mental (70), que estima que un 16,5% de los adolescentes entre 12 y 18 años presenta algún trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes serían trastornos disruptivos con una prevalencia de 8%, trastornos ansiosos 7,4%, y trastornos del ánimo 7%.

Con respecto a los ingresos y egresos de adolescentes por problemas de salud mental en APS y en el nivel secundario, se puede observar que se han mantenido estables a pesar de la pandemia por SARS-CoV-2, dentro de los que destacan los ingresos en adolescentes hombres de 10 a 14 años, seguidos de los adolescentes hombres de 15 a 19 años. En este sentido, existe una importante brecha de acceso al analizar las diferencias por sexo, ya que aunque es conocido que los hombres presentan mayor incidencia de patologías como consumo de drogas y violencia, se observa que los ingresos a salud mental de hombres adolescentes casi duplican a los ingresos de mujeres (Gráfico 23).

Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). Categorías no suman 100% debido a que es una pregunta de respuesta múltiple.

Sintomatología depresiva agrupada por instrumento PHQ-4.

Grafico 23.

Ingresos y egresos de adolescentes entre 10 y 19 años, por quinquenio de edad y por sexo, entre 2017 y 2022, en niveles APS y secundario de atención.



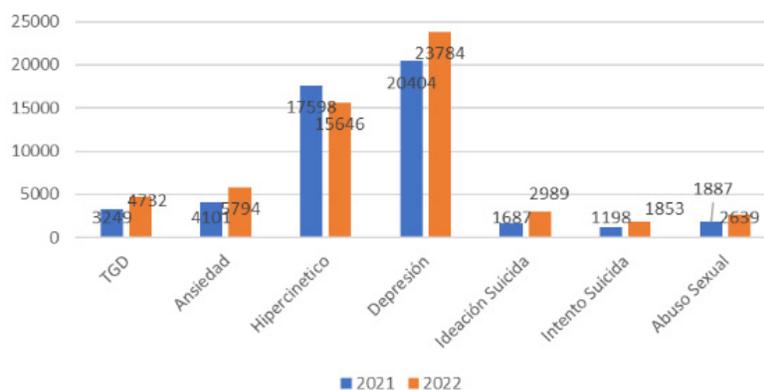
Fuente: MINSAL, 2022. REM, DEIS. Tablero DEIS: Reporte de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (Datos preliminares de los años 2021 y 2022). Datos obtenidos del REM A05, a octubre 2022.

Por otro lado, al analizar los diagnósticos más frecuentes de controles de salud mental en niveles APS y secundario, durante los años 2021 al 2022, se observa que entre los 10 y 19 años el diagnóstico más frecuente es depresión (incluye depresión moderada y grave), seguido de Trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) (Trastorno hiperactivo) (Gráfico 24). Se ha visto un leve aumento en el número de adolescentes en control al comparar 2021 y 2022, probablemente asociado a reactivación post pandemia por SARS-CoV-2.

Con respecto a la población en control por ideación suicida en adolescentes, ésta ha aumentado un 55% en 2021 comparación al 2020, un 37% el intento suicida y un 61,4% el abuso sexual.

Grafico 24.

Diagnósticos de salud mental más frecuentes de adolescentes en control en APS y nivel secundario de atención, en los años 2021 y 2022.

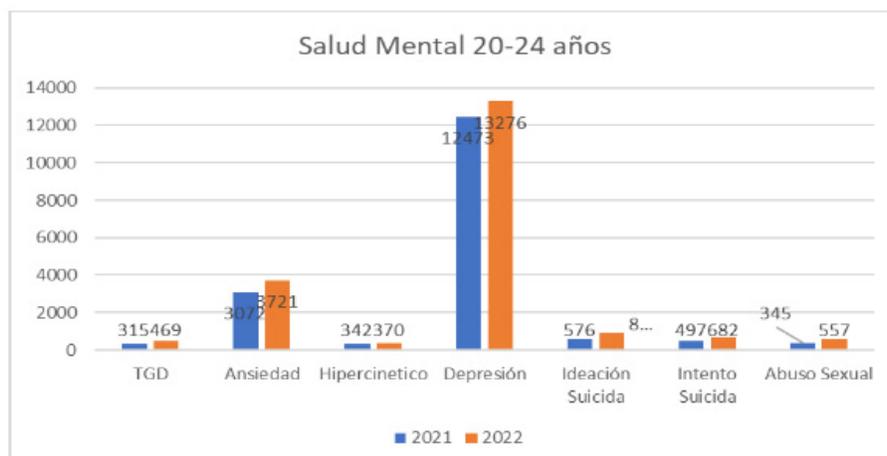


Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental. Datos obtenidos del REM P6.

En el grupo de jóvenes entre 20 y 24 años, se observa mayor número de personas en control por depresión, y disminución importante de personas en control por Trastorno del Espectro autista y por TDAH (Gráfico 25). Al comparar 2022 con 2021, se ha visto un aumento de 16,5% en la cantidad de personas con depresión, de 77% en las personas con ideación suicida, de 55% personas con intento suicida, y de 40% personas con diagnóstico de abuso sexual.

Gráfico 25.

Diagnósticos de salud mental más frecuentes de jóvenes en control en APS y nivel secundario de atención, en los años 2021 y 2022.



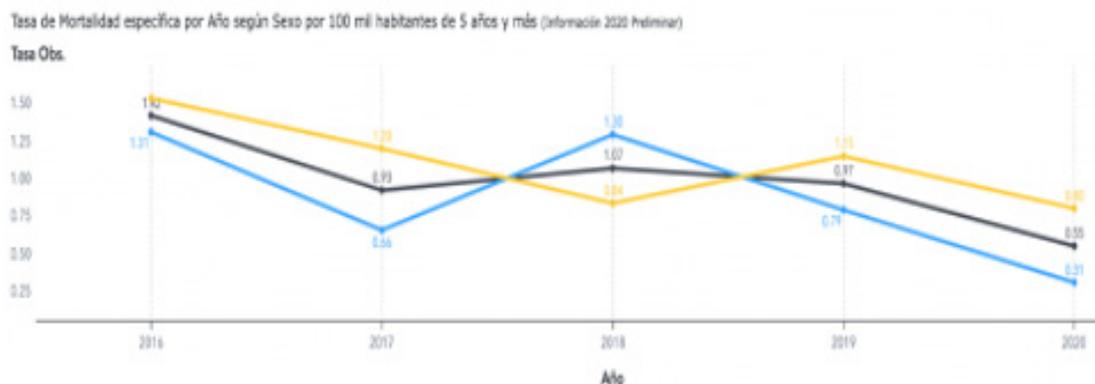
Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental. Datos obtenidos del REM P6.

Con respecto a la mortalidad por suicidio, entre los años 2016 y 2020, ha ido disminuyendo la tasa global en mayores de 5 años a nivel país (Gráfico 26), lo cual se podría atribuir a las políticas públicas implementadas para la prevención del suicidio. Se observa que los hombres presentan una tasa mucho mayor que las mujeres.

TGD: Trastorno del Espectro Autista (diagnóstico actual, anteriormente conocido como Trastorno Generalizado del Desarrollo). Incluye diagnósticos de Autismo y Síndrome de Asperger. Ansiedad: Incluye diagnósticos de Trastorno de ansiedad y Ansiedad. Hipercinético: Trastorno hipercinético y trastorno por déficit atencional e hiperactividad. Depresión: Incluye diagnósticos de Depresión, depresión grave y depresión moderada.

Gráfico 26.

Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes, en personas de 5 años y más en Chile, entre los años 2016 y 2020.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental (Datos preliminares del año 2020). Defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente en mayores de 5 años.

Al analizar la tasa por quinquenio, se observa que en el rango entre los 10 y 14 años (Gráfico 27) existe menos diferencia entre sexos, aunque la tasa es significativamente menor al promedio nacional (Gráfico 27), y se mantiene el descenso en los últimos 5 años.

Gráfico 27.

Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes, en personas entre 10 y 14 años, entre los años 2016 y 2020.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental (Datos preliminares del año 2020). Defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente.

Entre los 15 y 19 años (Gráfico 28), se observa una tendencia similar a la nacional, con una diferencia importante entre las tasas entre hombres y mujeres, y descendiente en los últimos años, pero aún menor al promedio nacional (Gráfico 26).

Gráfico 28.

Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes, en personas entre 15 y 19 años, entre los años 2016 y 2020.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental (Datos preliminares del año 2020).
Defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente.

Finalmente, al analizar el quinquenio de 20 a 24 años (Gráfico 29), se mantiene la brecha entre hombres y mujeres, con una tendencia en los últimos 2 años al cierre de dicha brecha. Además, existe tendencia a la baja, con disminución de la tasa en el promedio y especialmente en los hombres, pero todas las tasas sobrepasan el promedio nacional (Gráfico 26).

Gráfico 29.

Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes, en personas entre 20 y 24 años, entre los años 2016 y 2020.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Salud mental (Datos preliminares del año 2020). Defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente.

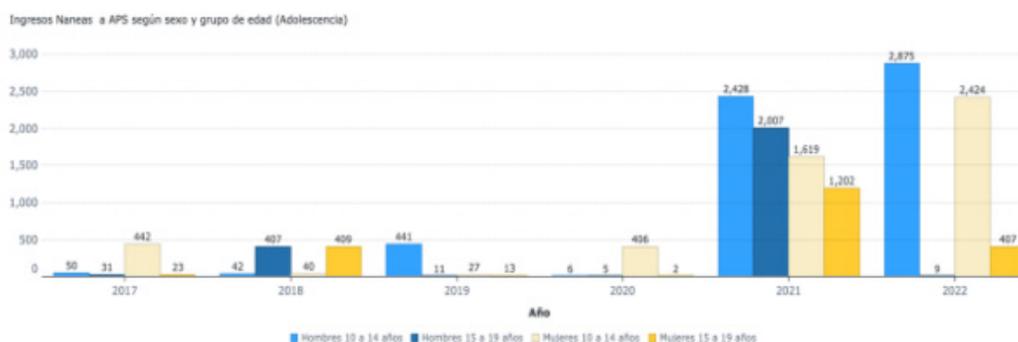
Finalmente, al analizar el quinquenio de 20 a 24 años (Gráfico 29), se mantiene la brecha entre hombres y mujeres, con una tendencia en los últimos 2 años al cierre de dicha brecha. Además, existe tendencia a la baja, con disminución de la tasa en el promedio y especialmente en los hombres, pero todas las tasas sobrepasan el promedio nacional (Gráfico 26).

Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud

Los NANEAS (Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud) corresponde a un grupo específico, de baja, mediana y alta complejidad. En cuanto al número de NANEAS de baja complejidad que ingresan a controles de salud integral a APS, se observa un aumento significativo al comparar el año 2021 y de enero a octubre 2022, con el año 2017 (Gráfico 30). Esto puede ser atribuido principalmente a la sensibilización que se ha realizado a los equipos de salud en la integración y atención de los NANEAS en los últimos años, especialmente en el marco de la publicación de la Orientación técnica para el manejo integral de NANEAS en el 2022.

Gráfico 30.

Número de NANEAS de baja complejidad de 10 a 19 años de edad, por quinquenio de edad y por sexo, que ingresan a APS, entre los años 2017 y 2022.

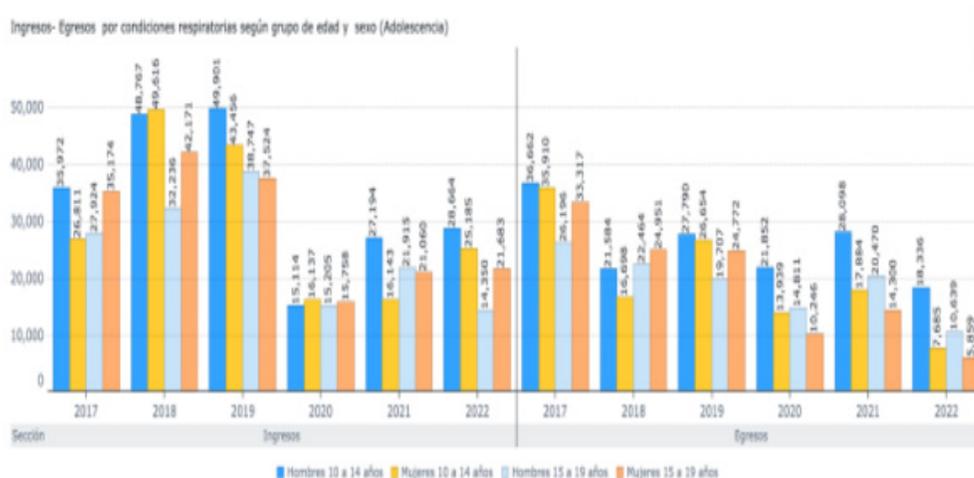


Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (Datos preliminares de los años 2021 y 2022). Datos obtenidos del REM A05, a octubre 2022.

En particular, con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas en adolescentes, se observa un efecto importante en el número de ingresos realizados durante el periodo de pandemia por SARS-CoV-2 en los años 2020 a 2022 (gráfico 31), mientras que los egresos se mantienen estables.

Grafico 31.

.Número de adolescentes de 10 a 19 años de edad, por quinquenio de edad y por sexo, que ingresan y egresan en APS por patologías respiratorias crónicas, entre los años 2017 y 2022.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (Datos preliminares de los años 2021 y 2022). Datos obtenidos del REM A23, a octubre 2022.

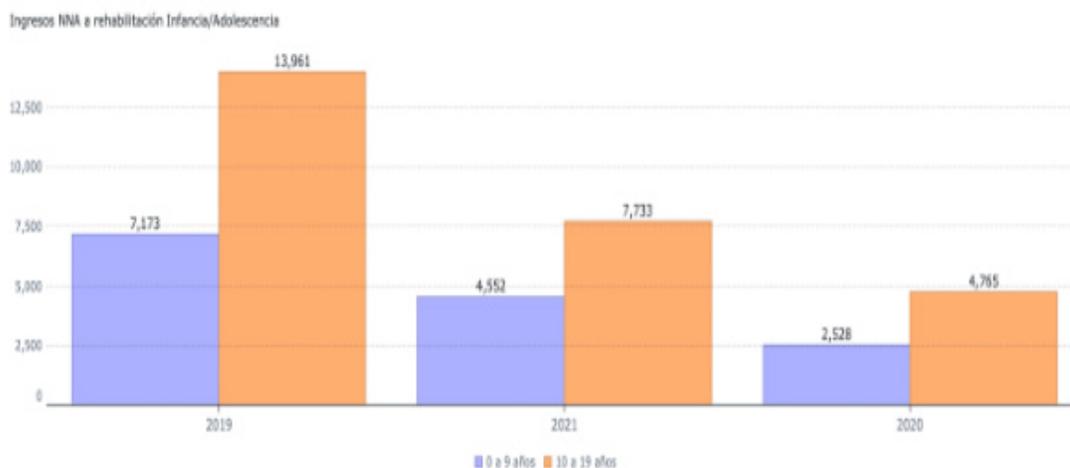
Finalmente, con respecto a rehabilitación, se observa una disminución de más del 50% del número de adolescentes ingresados a rehabilitación en APS en los años 2020 y 2021, en comparación con el año 2019 (Gráfico 32), probablemente asociado a la pandemia por SARS-CoV-2. Se observa el mismo efecto de disminución al analizar los ingresos al nivel secundario de atención, pero en mucho menor grado (Gráfico 33).

Al comparar los ingresos a rehabilitación de la infancia versus la adolescencia, destaca que el mayor porcentaje se concentra en APS en adolescentes, mientras que en el nivel secundario el mayor número de ingresos está dado por personas de 0 a 9 años.

Se incluyen los diagnósticos Asma bronquial, Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR), Fibrosis Quística, Displasia Broncopulmonar, Asistencia Ventilatoria Invasiva o No Invasiva (AVI/AVNI), Oxígeno Dependiente. En egresos se incluyen altas médicas, abandonos, traslados y fallecimientos.

Grafico 32.

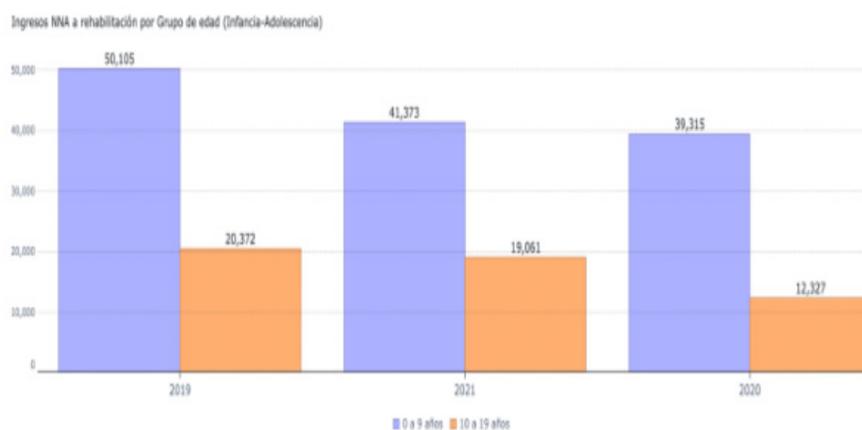
Número de niños, niñas y adolescentes que ingresan a rehabilitación en APS, entre los años 2019 y 2021.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud. Datos obtenidos del REM A28

Grafico 33.

Número de niños, niñas y adolescentes, que ingresan a rehabilitación en nivel secundario de atención, entre los años 2019 y 2021.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud. Datos obtenidos del REM A28.

SARS-CoV-2 y COVID-19

Con respecto a la incidencia de SARS-CoV-2, se observa una tasa acumulada nacional global desde marzo 2020 (casos probables y confirmados) a noviembre 2022 de 21.459 casos por cada 100.000 habitantes (71) (Tabla 10).

En adolescentes y jóvenes la tasa va aumentando por edad: entre los 10 y 14 años la tasa es de 15.911 casos por cada 100.000 habitantes, entre 15 y 19 años de 20.349 casos, y de 20 a 24 años es de 27.160, lo que sobrepasa el promedio nacional, aunque los jóvenes entre 20 y 24 años representan al 8,8% de los casos acumulados.

Por otro lado, se dispone de información sobre las tasas de hospitalización por rango etario globales, pero no disgregado en particular para adolescentes y jóvenes. A nivel nacional, la tasa de hospitalización es de 1.024 casos por cada 100.000 habitantes. Entre los 5 y 17 años es de 123 casos y entre los 18 y 49 años de 677. La mayor tasa se observa en personas mayores, específicamente el grupo etario de 80 y más años.

Tabla 9.

Número de casos notificados y tasa de incidencia de casos confirmados y probables por COVID-19, según grupo de edad y sexo, al 23 de octubre de 2022.

Grupo edad	Mujer			Hombre			Total		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
00 - 04 años	70.435	2,6	12.196,5	77.989	3,3	13.002,9	148.424	2,9	12.607,3
05 - 09 años	84.819	3,2	13.679,8	91.140	3,8	14.161,6	175.959	3,5	13.925,2
10 - 14 años	121.847	4,6	19.107,2	122.146	5,1	18.485,3	243.993	4,8	18.790,7
15 - 19 años	157.743	5,9	26.047,0	135.254	5,7	21.589,6	292.997	5,8	23.780,5
20 - 24 años	229.766	8,6	33.853,4	194.494	8,2	27.783,4	424.260	8,4	30.771,4
25 - 29 años	293.354	11,0	37.334,8	256.956	10,8	31.762,5	550.310	10,9	34.508,0
30 - 34 años	299.652	11,2	35.849,5	269.313	11,3	31.294,0	568.965	11,2	33.538,5
35 - 39 años	245.864	9,2	33.545,9	222.589	9,3	29.644,1	468.453	9,3	31.571,4
40 - 44 años	214.337	8,0	31.236,6	189.221	7,9	27.287,5	403.558	8,0	29.251,6
45 - 49 años	199.532	7,5	30.186,2	173.422	7,3	26.473,6	372.954	7,4	28.338,3
50 - 54 años	180.077	6,7	28.951,1	154.687	6,5	25.665,5	334.764	6,6	27.334,2
55 - 59 años	169.918	6,3	27.902,5	148.381	6,2	25.784,2	318.299	6,3	26.873,3
60 - 64 años	132.497	4,9	24.428,5	118.678	5,0	23.949,0	251.175	5,0	24.199,5
65 - 69 años	93.320	3,5	20.088,8	82.684	3,5	20.317,9	176.004	3,5	20.195,8
70 - 74 años	65.546	2,4	18.504,1	57.842	2,4	19.656,8	123.388	2,4	19.027,1
75 - 79 años	47.760	1,8	18.633,4	40.695	1,7	20.971,6	88.455	1,7	19.640,9
80 y más años	70.941	2,7	18.872,5	47.323	2,0	22.073,4	118.264	2,3	20.035,1
Total	2.677.408	100,0	26.652,6	2.382.814	100,0	24.356,7	5.060.222	100,0	25.519,9

Fuente: MINSAL, 2022. DEIS. Departamento de Epidemiología.

Por otro lado, con respecto al Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV2, que se presenta como una complicación post-infecciosa de este virus, aunque el promedio de edad de NNA afectados es de 5 años, se han reportado casos hasta los 17 años de edad (72), a través de formularios de notificación obligatoria al Departamento de Epidemiología de MINSAL.

Se han registrado un total de 100 casos en adolescentes de 10 a 17 años, 67% de sexo masculino, a diferencia del predominio del total de la muestra de NNA (439 casos), que muestran un predominio del sexo femenino con un 57%. A medida que aumenta la edad, va aumentando la frecuencia de casos, con el 69% de los casos entre 10 y 13 años.

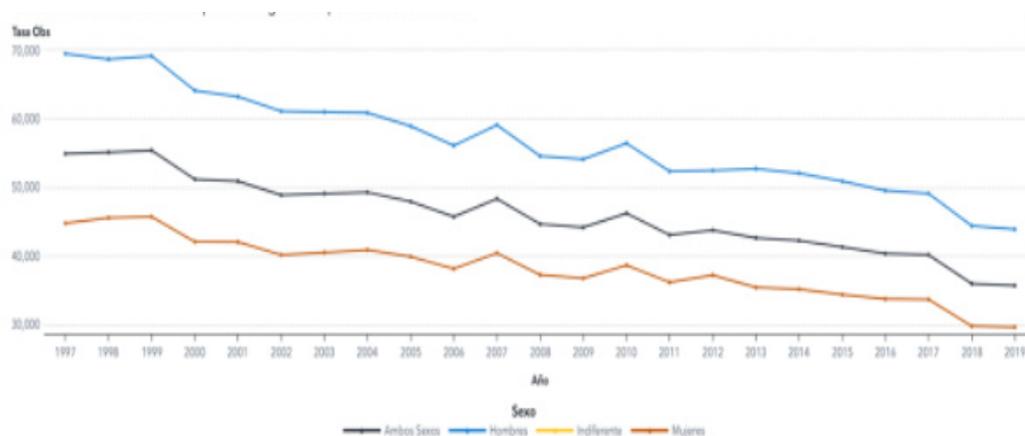
Destaca que, de la muestra total de NNA notificados, el 69,5% tuvo una PCR negativa al momento del diagnóstico. Además, el 62,6% de los casos presenta ingreso a UCI. No se cuenta con información desagregada específica para el grupo etario adolescente.

2.4. Mortalidad

La tasa de mortalidad general en Chile se ha mantenido estable en el tiempo, desde el 2014 se presenta una tasa de 5,7 por cada 100.000 habitantes. En particular, en adolescentes y jóvenes, la mortalidad se ha ido reduciendo paulatinamente en los últimos 20 años. Se observa mayor tasa de mortalidad en hombres versus mujeres en todos los rangos etarios (Tasas de mortalidad por quinquenio en Gráficos 34 al 37).

Grafico 34.

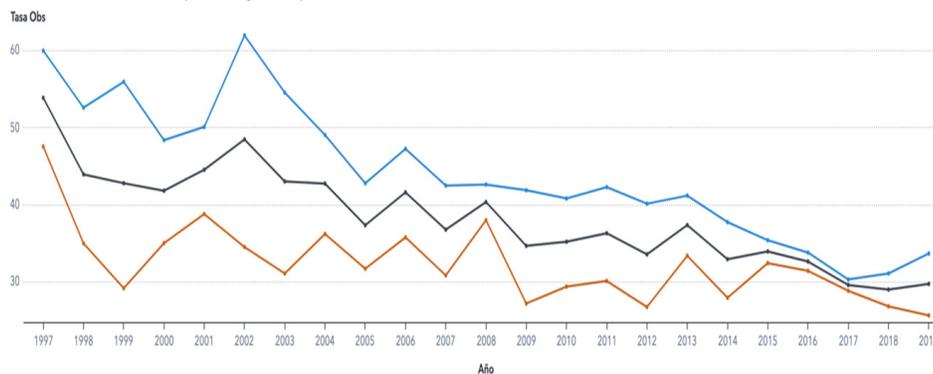
Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, por sexo.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Programa del adolescente. Estadísticas vitales DEIS en base a población INE.

Gráfico 35.

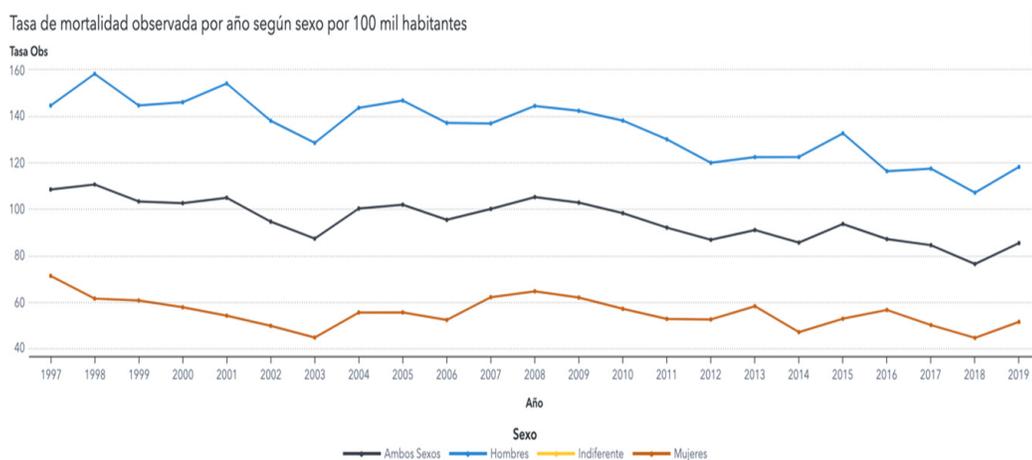
Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en adolescentes entre 10 y 14 años, por sexo.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Programa del adolescente. Estadísticas vitales DEIS en base a población INE.

Gráfico 36.

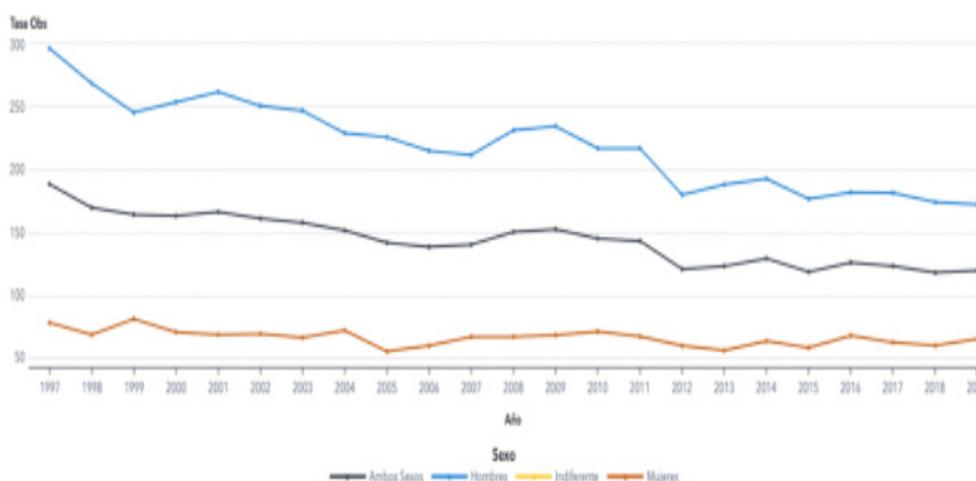
Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en adolescentes entre 15 y 19 años, por sexo.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Programa del adolescente. Estadísticas vitales DEIS en base a población INE.

Grafico 37.

Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en jóvenes entre 20 y 24 años, por sexo.



Fuente: MINSAL, 2022. Tablero DEIS: Reporte Programa del adolescente. Estadísticas vitales DEIS en base a población INE.

Para los hombres entre 10 y 24 años, entre los años 2017 y 2019, la principal causa de muerte es por "Otros efectos y los no especificados de causas externas", seguidos por "Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo" y traumatismos de la cabeza.

La principal causa de muerte en personas entre los 10 y 19 años en el año 2019 fueron las externas (traumatismos o accidentes), de los cuales los siniestros de tránsito ocupan el primer lugar, seguido por suicidio y patologías asociadas a parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos.

En tanto, la primera causa de muerte en la población entre 20 y 24 años fue por suicidio, seguido de siniestros de tránsito y luego de agresiones (homicidios). Llama la atención la diferencia entre sexos en las muertes en este rango etario, debido a que el 78% de las muertes por suicidio entre 20 y 24 años está representado por hombres, el 79% de las muertes por siniestros de tránsito y el 88% de las muertes por agresiones.

En el año 2019, términos geográficos, la mayor tasa de mortalidad en todas las edades se observa en la Región de Valparaíso, con 6,9 muertes por cada 1.000 habitantes en ambos sexos, seguida de Ñuble y La Araucanía con 6,8. Y la menor tasa en la Región de Tarapacá con 4,2 y Antofagasta con 4,6. En cambio, al analizar específicamente al grupo de adolescentes y jóvenes, se observan varias diferencias en la distribución geográfica, en comparación con la tasa de mortalidad global.

De 10 a 14 años se observa la mayor tasa mortalidad en las Regiones de Tarapacá y Antofagasta, con una tasa de 0,3 en ambos sexos, seguidas por Biobío y Atacama con una tasa de 0,2. Y la menor mortalidad en las Regiones de Arica y Parinacota, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Ñuble, La Araucanía, Los Ríos, Aysén, con una tasa de 0,1.

Entre los 15 y 19 años, la mayor tasa se encuentra en Aysén con 0,8, seguida de las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y La Araucanía con 0,7. Y la menor tasa es de 0,3 en Magallanes y Biobío.

Y entre los 20 y 24 años, la mayor tasa se observa en la Región de Aysén con 1,9, seguida por O'Higgins con 0,9. Y la menor tasa en la Región de Atacama con 0,3, seguida por las Regiones Metropolitana, Biobío y Los Ríos, con 0,5.

PARTE III: ENFOQUES, MODELOS DE ATENCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN SANITARIA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE

3.1. Enfoques integradores del programa nacional de salud integral para los adolescentes y jóvenes

3.1.1. Enfoque de derechos humanos y la atención en salud

Este enfoque se constituye como un marco basado en las normas supranacionales de derechos humanos y, desde el punto de vista operacional, está orientado a la promoción y la protección de estos derechos (73). Postula el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de las personas y de su capacidad progresiva para ejercerlos, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que le atañen directamente. Concibe a las personas como sujetos activos, participativos, creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y solución de sus necesidades. Este enfoque, postula el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de las y los adolescentes y su capacidad progresiva para ejercerlos.

En este contexto, para los adolescentes, los servicios de salud deben considerar el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales a la participación en su salud, debiendo garantizar que la población ejerza estos derechos y abogando por una atención de equidad para todas las personas (74).

Por su parte, como marco superior la Declaración Universal de los Derechos Humanos (75), reconoce que el acceso igualitario a las oportunidades y las garantías en salud permite a la ciudadanía el empoderamiento y la exigencia al respeto de sus derechos, entregando garantías básicas iguales para todas las personas, equidad en apoyo a grupos vulnerables, necesidad de reparación frente a derechos vulnerados, y garantía del debido proceso para las decisiones administrativas y judiciales que afecten a diversos grupos.

3.1.2. Enfoque de determinantes sociales y equidad

En continuidad con el modelo anteriormente expuesto, el concepto de determinantes sociales de salud se comenzó a originar en los años '70 (76–79), donde se insta a centrar la atención en generar políticas dirigidas hacia los modelos sociales y a las estructuras que determinan las posibilidades de una persona a ser saludable, por sobre los factores de riesgo individuales.

Ya en el año 2005, la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (80), con el objetivo de ayudar a los países en pro de los sistemas sanitarios, abordando los factores o determinantes sociales que afectan la salud y las desigualdades sociales. Este enfoque considera que la salud está determinada en parte por las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales en que las personas viven y trabajan, postulando que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en su curso de vida (81).

Se identifican dos elementos centrales. Por un lado, los determinantes estructurales generan o fortalecen la estratificación de una sociedad, y definen la posición socioeconómica de una persona o grupo, como el contexto social y político. Y por el otro, los determinantes intermedios provienen de la estratificación social, y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las personas, como el sistema de atención de salud, la vivienda y situación material, contexto medioambiental, factores biológicos, entre otros (81).

En relación, a los factores estructurales que impactan en la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, se encuentran el acceso a educación sexual y la confidencialidad de la atención. Un ejemplo de aquello, es que quienes tienen nivel socioeconómico bajo y que, además, son migrantes o pertenecen a familias en situación de migración, son menos propensos a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (82–84).

3.1.3. Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico, en el que existe un efecto acumulado de los DSS a través de la vida, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, su entorno familiar y comunitario, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida (85). Así, el desarrollo integral de las personas se convierte en el mejor resultado esperado, desde la epigenética en la etapa preconcepcional hasta la funcionalidad de las personas mayores.

La adolescencia es relevante en sí misma, pero además las intervenciones e inversión que se realice en esta edad representa una ganancia para los grupos poblacionales posteriores. Por ejemplo, intervenciones durante la adolescencia para promover estilos de vida saludables y vínculos afectivos protectores, permitirían la promoción de factores protectores claves para obtener resultados favorables de salud en la adultez, como disminuir algunas comorbilidades en el futuro (86). Es en ese momento donde se pueden desaprender conductas perjudiciales y adquirir hábitos saludables.

Este enfoque parte de la premisa de que diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, influyen en la salud y la enfermedad en la etapa adulta, intentando integrar los procesos de riesgo biológico y social, en vez de plantear dicotomías entre ellos (87).

3.1.4. Enfoque de género

La equidad de género en salud (88) significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, asumiendo que ambos tienen las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermarse, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.

Por lo tanto, permite visualizar las inequidades entre hombres y mujeres, y realizar las intervenciones acordes a las necesidades de cada género. Busca, además, reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud asociadas al género, a lo largo de su curso de vida, es decir, su objetivo principal es la igualdad mediante la equidad.

Sin embargo, la equidad de género en la atención de salud no se manifiesta sólo en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres, sino más bien exige que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género. Además, incorpora a las diversidades sexuales en cuanto a pertinencia de la atención, diferenciando sus perfiles epidemiológicos para el diseño de políticas sanitarias, pero, además, sus diferencias o roles de género, aprendidos culturalmente desde la primera infancia y la adolescencia. Por ejemplo, existen diferencias en las tasas de mortalidad por suicidio adolescente por género, lo cual debe orientar el diseño de estrategias orientadas a población masculina desde tempranas edades (89).

De igual forma, este enfoque permite identificar diferencias en el uso y disponibilidad de prestaciones para adolescentes. Por ejemplo, se aprecia menor oferta específica de servicios de salud sexual y reproductiva para la población masculina, así como también se observa un menor uso de servicios de salud en hombres, en comparación con las mujeres (82,90–92).

3.1.5. Enfoque de interculturalidad

La ONU establece, como elemento fundamental para el ejercicio del derecho a la salud, que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética clínica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades (93).

A través de un enfoque de interculturalidad en salud, es posible dar cuenta de una interrelación equitativa y respetuosa de las diferencias políticas económicas, sociales, culturales, espirituales, etarias, lingüísticas y de género. La relación entre cultura y salud manifiesta el reconocimiento y respeto de la singularidad y diversidad que cada cultura tiene a lo largo del curso de vida, construyendo un ambiente donde estas diferencias cohabiten y aporten a la mejor salud de la población.

Integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo de los distintos usuarios y usuarias, y sus realidades culturales. En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de la atención de salud, se desarrollan en contextos culturales diferenciados que se encuentran en constante interacción. Por tanto, el diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación al sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para la prevención, promoción y acceso a una atención oportuna y pertinente (94,95).

Por ejemplo, con respecto a factores de riesgo detectados en los pueblos originarios del país, se ha observado que los jóvenes y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable en relación a problemas de salud mental e intentos suicidas, generalmente relacionados con usurpación de la tierra, migración forzada (cambio a vida en la ciudad que implica desarraigo familiar y comunitario), con el consiguiente cambio de patrones de vida. Por otro lado, con respecto a factores protectores, se ha descrito específicamente que la adecuación sociocultural a la comunidad lafkenche permite entregar a niños, niñas y adolescentes con problemas emocionales, herramientas para el desarrollo de su autoestima e identificación con la sabiduría ancestral, lo que permite ser adaptado a las características socioculturales de otros grupos específicos para el diseño e implementación de estrategias locales o, incluso, de políticas públicas en salud.

Además de las características multiculturales del país, hay que considerar los movimientos migratorios, los cuales también determinan la necesidad de desarrollar competencias interculturales para el equipo de salud (94,95).

En este sentido, se considera importante avanzar en la adecuación de las prácticas clínicas, la promoción, prevención, participación, disponibilidad de los servicios y entrega de información desde la pertinencia cultural, especialmente en adolescentes pertenecientes a pueblos originarios, migrantes internacionales y/o refugiados, pues, es en estas poblaciones, donde se observan mayores brechas e indicadores negativos de salud, asociados, por ejemplo, a alta deserción escolar, limitado acceso a los servicios de salud, entre otros (96).

3.2. MODELOS DE ATENCIÓN PRESENTES EN LA RED DE SALUD PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES

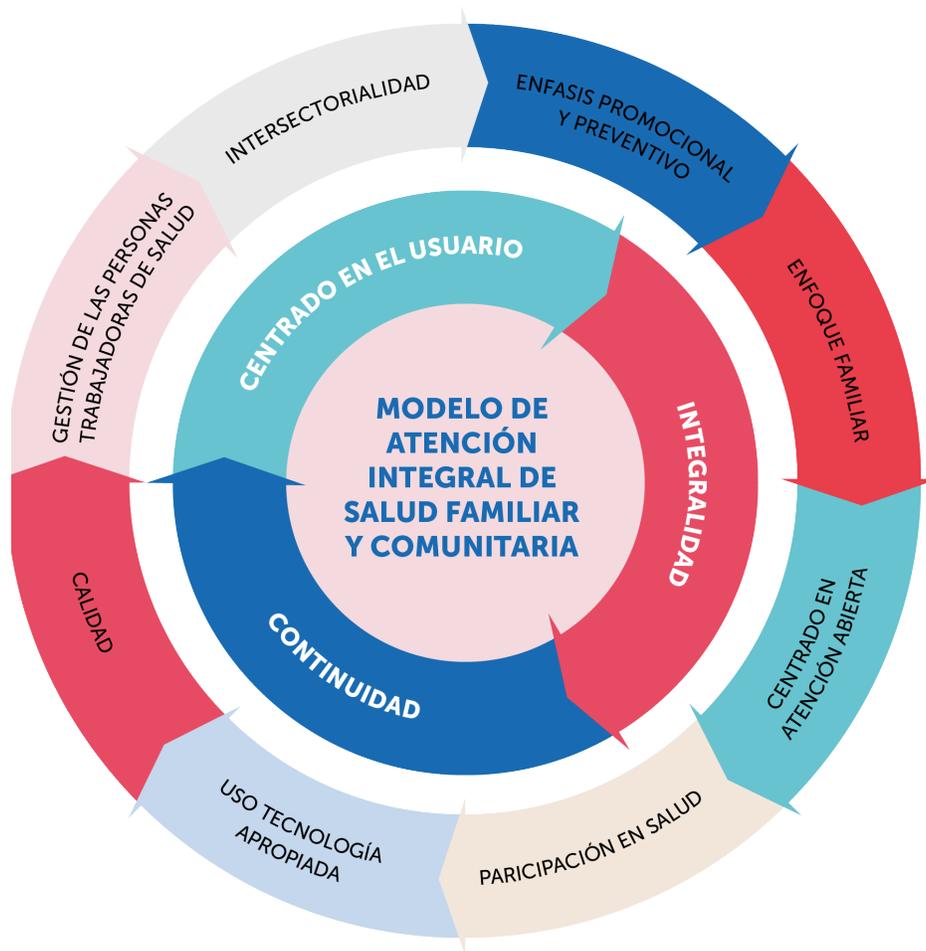
3.2.1. Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS)

A partir de la Reforma de Salud del año 2005, se impulsó el desarrollo de este modelo, el que se ha definido como un *"modelo de relación de los miembros de los equipos de salud (...) con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud (...), orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena"* (97).

El modelo es transversal a todo el sistema de atención, y considera a la atención primaria de salud (APS) como eje central para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población. Promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, estableciendo espacios y mecanismos que acogen las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía. Favorece la coordinación con otros sectores sociales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. Además, evalúa la eficiencia de los procesos y su efectividad, incluyendo la satisfacción usuaria, e instala la cultura de evaluación de la tecnología en el sector.

Considera la realización de intervenciones familiares de acuerdo con su nivel de riesgo, y todas las atenciones de salud debieran contar con un enfoque sistémico, en el contexto de que todas las intervenciones sobre las familias tienen la potencialidad de producir cambios (intencionados o no intencionados) en el sistema familiar. Los tres principios irrenunciables del modelo son: Centrado en las personas, integral y continuidad de la atención.

Figura 12.
Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (97)



Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios. Implica establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto con la red de salud, establecer relaciones de confianza y de ayuda, asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables o específicos, como es el caso de adolescentes y jóvenes.

La pregunta por pertenencia a pueblos indígenas está establecida en la Norma 643 (anteriormente Norma 820), sobre estándares de información en salud (2016) que rige para todos los formularios electrónicos o de papel el sector. La pregunta es una pregunta estandarizada y universal, se formula de acuerdo a como sigue: ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario? Para efectos de este documento se utilizará mayoritariamente el término pueblos originarios, según los acuerdos tomados en el proceso de consulta indígena del Art.7 de la Ley 20.584.

Integralidad: incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos; e implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Para adolescentes y jóvenes, implica que el equipo de salud debe formular diagnósticos integrales, incluyendo los aspectos relativos a la familia, y establecer un plan de intervención incorporando el enfoque de riesgo, de acuerdo a la priorización que entregue el/la adolescente o joven de acuerdo a sus necesidades, y que vaya desde lo promocional e incluya todos los cuidados de la salud necesarios, incorporando sus redes de apoyo y a quienes estime conveniente en el proceso.

Continuidad de la atención: el cuidado de la salud es coherente y conectado entre sí en el tiempo, entre las distintas intervenciones realizadas, a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema. Incluye la integración intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención, y entre establecimientos de distintos niveles de la red (referido a la Red integrada de servicios de salud RISS); además, las funciones clave de apoyo (como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, etc.) deben estar adecuadamente coordinadas. Por ejemplo, que los adolescentes NANEAS puedan tener continuidad en su atención entre APS y las prestaciones que reciben en el nivel secundario, que existan servicios de transición, sin pérdida de información en el proceso ni duplicidad de intervenciones.

Iniciativa de Espacios Amigables para adolescentes en el contexto del MAIS

En base a recomendaciones de la OMS, OPS (98,99) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), se plantea un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de esta población, iniciándose la estrategia “**Espacios Amigables (EA) para adolescentes**”, como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) (100) que se instala en el año 2009, con un total de 54 EA en aquellas comunas con las mayores tasas de fecundidad adolescente, con el fin de abordar las dificultades de acceso de adolescentes a la atención de salud a través de servicios más amigables y pertinentes para este grupo específico y respondiendo a necesidades que no estaban cubiertas (101).

En el Plan de acción de Salud Adolescente 2012-2020 se señala la necesidad de mejorar los servicios de salud en APS para atender las necesidades de esta población, definiendo los EA como modelo de servicios que, por sus características y modalidad de atención, asegure la accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, confidencialidad y privacidad, pertinencia cultural, respeto hacia la diversidad y fortalecimiento de la participación juvenil, y asegurando el acceso a profesionales capacitados (1). Se establece como objetivo que el 50% de las comunas del país cuente con al menos un EA.

En el año 2014, en el contexto de la ENS 2011-2020, con el fin de avanzar en el cierre de brechas y mejorar el acceso a la atención de adolescentes, se modifica la meta, y se plantea la instalación de un EA en el 100% de los establecimientos de salud de APS.

En el 2015, se rediseña y fortalece el Programa EA, fusionándose con el PRAPS Control de Salud Joven Sano (actualmente llamado Control de Salud Integral de Adolescentes), ambos relevantes y complementarios, y que se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud y en una oportunidad para evaluar factores y conductas de riesgo y promover un desarrollo y crecimiento saludable, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

3.2.2. Modelo Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

El concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), es impulsado por OMS/OPS, definiéndose como: *“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*(102).

Su propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS con posterior integración a las redes de atención secundarias y terciarias, con prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes y oportunas que a su vez permitan la continuidad de la atención, entendida esta como “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud” (102) .

Una perspectiva de RISS aplicada a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, implica la coordinación de los diferentes niveles de atención, posibilitar mayor acceso a los diferentes servicios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones en la medida que se conectan como un continuo de cuidados, favoreciendo una experiencia más satisfactoria para ellas y ellos mientras transita por las distintas prestaciones que tengan como norte común contribuir a alcanzar su máximo potencial de adolescentes y jóvenes y sus derechos a la salud, la educación y la participación plena en la sociedad (103).

3.2.3. Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental

El año 2000, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (104) fortaleció la instalación progresiva del *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental* como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, intentando superar la hospitalización, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades de salud mental.

En ese entonces se propuso una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando las estructuras no sanitarias que son imprescindibles para la atención integral en salud y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales.

En el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental lo comunitario lo define no el espacio físico, sino más bien las prácticas de intervención que reflejan una serie de interacciones entre las diferentes redes sociales que constituyen la vida de un barrio determinado. Es decir, la atención de salud mental está inmersa y participa de cada realidad comunitaria (y de su complejidad), lo que le permite localizar recursos y crear alianzas para la salud mental de la población en general (21,105).

Por ejemplo, para las personas con trastornos mentales, cuyo proceso salud-enfermedad está instalado en el lugar donde vive, estudia o trabaja, se presentan condicionantes que complejizan, agravan y afectan negativamente su proceso de recuperación, tales como el estigma, la marginación social o laboral, el desarraigo social con la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía o la negación de la sociedad a reconocerlos como actores de su vida. Todos estos fenómenos sociales necesitan ser reconocidos y abordados en el proceso de atención de las personas (106).

Comprender la promoción de la salud mental, y la prevención y recuperación de los problemas y trastornos de salud mental de adolescentes y jóvenes bajo esta perspectiva, implica en primer lugar, visualizarlos en su contexto (socioeconómico, histórico, político, etc.), y que, por tanto, la entrega de servicios de salud mental debe ser realizada en su propia comunidad, privilegiando los servicios ambulatorios y territorializados, integrados en la red de salud general. En este sentido, se espera que adolescentes y jóvenes puedan acceder a acciones de cuidado de salud mental no sólo a través de equipos de salud mental, sino que también sea un aspecto incorporado en toda atención de salud, articulándose con servicios de mayor complejidad en la medida que se requiera.

3.2.4. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad

Esta estrategia surge en el contexto del aumento progresivo de enfermedades crónicas no transmisibles que se han observado en Chile y el mundo, a la cual no se ha podido entregar una respuesta efectiva desde los servicios de salud. Aquellas personas con diagnóstico de más de una patología tienen mayor mortalidad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada (107), lo que refuerza la importancia de la mirada integral hacia ese grupo en particular. Se enmarca en la aplicación del MAIS, fortaleciendo los principios de integralidad, centrado en las personas y continuidad del cuidado.

En su marco conceptual, la ECICEP basa su desarrollo en un enfoque poblacional, en el cual la población es estratificada por riesgo, para que, de acuerdo a éste, se planifique su cuidado y entrega de prestaciones desde el sector salud, el cual se basa a su vez en el Modelo de cuidado de enfermedades crónicas de Wagner (1998).

Propone cambiar la forma de entregar el cuidado, articulando modelos ya existentes, poniendo énfasis en la promoción de salud y prevención primaria; fomento de la responsabilidad y autonomía de las personas; continuidad asistencial de los cuidados; y la aplicación de intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades.

Se fomenta que las personas tengan un rol relevante y mayor responsabilidad en la gestión de su propia salud, de acuerdo a su edad y a sus características individuales. Y para los equipos de salud, se debe enfocar en la promoción de salud y en las prevenciones primaria y secundaria, dedicándose a las labores de mayor valor añadido y, así, asegurando mayor optimización del tiempo.

Hasta el año 2022, la ECICEP se ha implementado en 75 establecimientos de salud de 18 Servicios de Salud a lo largo del país, e inicia su implementación para personas desde los 15 años de edad que presenten el diagnóstico de al menos 5 patologías crónicas (G3).

En el caso de las personas sin patologías diagnosticadas, las prestaciones se enfocan en la prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de nuevas condiciones crónicas, o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida.

En el caso de los NANEAS, la Orientación técnica para su Manejo integral (108) contempla la atención de este subgrupo de adolescentes en base a los principios propuestos por la ECICEP, con la diferencia que se fortalece la continuidad desde el paso al adolescente desde los 10 años en adelante, evitando

que reciban un cuidado fragmentado y poco flexible, cuando los diferentes equipos no están coordinados.

Para garantizar la continuidad del cuidado, se sugiere promover la adecuada comunicación entre los distintos niveles de atención en salud, a través de profesionales de enlace ubicados en los centros hospitalarios y según el/la gestor/a que corresponda en APS, y desde los distintos programas a los que adolescentes están vinculados.

Se propone específicamente el Modelo de Atención Integral de NANEAS y sus familias, descrito en detalle en la Orientación técnica mencionada anteriormente.

3.2.5. Modelo de atención de salud integral diferencial para adolescentes

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

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

La situación de enfermedad supone enfrentar distintas exigencias, tales como el cumplimiento de indicaciones médicas, recibir medicamentos, aceptar la posibilidad de hospitalizarse y de otras intervenciones médicas, lo cual conlleva, además, enfrentar desafíos adaptativos y asumir limitaciones en la vida cotidiana. Implica también cambios en el estilo de vida, así como aceptar situaciones que puedan impactar en el aspecto físico y en la imagen corporal.

En contextos de mayor especialidad, los procesos de enfermedad, así como las hospitalizaciones, pueden interferir también en el logro de la independencia y autonomía, la cual es fundamental en esta etapa del desarrollo, pudiendo afectar las relaciones con padres/madres/cuidadores, hermanos/as, amistades u otros. En algunas circunstancias, como consecuencia de la severidad y duración de la recuperación de la enfermedad, existirá un alejamiento temporal prolongado de sus pares, lo que adquiere particular relevancia en la adolescencia para la validación y fortalecimiento de la autoestima y logro de la identidad (109–111).

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

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

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

Lo anterior, basado también en el MAIS, se reconoce al grupo de adolescentes como sujetos de derechos que se encuentran en un proceso de desarrollo dinámico, donde está involucrada la continuidad de su desarrollo en las áreas físico motriz, psicoemocional, psicosexual, espiritual, familiar y social, reconociendo además, que por la situación de enfermedad, el o la adolescente se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad física y emocional (112).

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

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

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

- Fortalecer la red de servicios de atención de adolescentes en los niveles especializados, que permita ir progresivamente cerrando las brechas existentes.
- La reorganización y desarrollo de la Red de Servicios, con un sistema de registros diferenciado, por edad, sexo, pueblo originario, migrantes y nivel de ingreso del grupo familiar de cada adolescente.
- Fortalecer el recurso humano, capacitando a profesionales y equipos de salud en los diferentes aspectos del desarrollo de adolescentes, incorporando a cada adolescente con necesidades especiales en la atención de salud, NANEAS.
- Gestión de calidad centrada en las personas, con financiamiento consistente y progresivo.
- Implementar e instalar un proceso de transición de la atención, que fluya desde la adolescencia hacia la adultez.

- Humanizar la atención y acompañamiento de adolescentes durante su transición. La humanización de la atención en salud, hace referencia a una confrontación entre una visión que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otro lado, una visión que da la primacía al respeto por el ser humano, por su autonomía y la defensa de sus derechos.
- De igual forma, en la atención de adolescentes se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:
- Adecuar los servicios de salud a las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y sus familias, con el fin de contribuir a entregarles apoyo y herramientas para enfrentar su condición de salud, ya sea alterada en forma transitoria o en forma prolongada o definitiva, buscando atenuar el impacto de la enfermedad en su desarrollo, tomando en consideración decisiones protectoras de su salud y generadoras de bienestar dentro de su condición de vulnerabilidad.
- Crear una plataforma de servicios que faciliten el proceso de transición del grupo de adolescentes a otros niveles de atención o programas de atención de población adulta, en que se resguarde la privacidad, seguridad, continuidad y calidad de la atención

3.3 OFERTA PROGRAMÁTICA ACTUAL DEL SECTOR SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

3.3.1 Red de atención y su organización en el sistema público

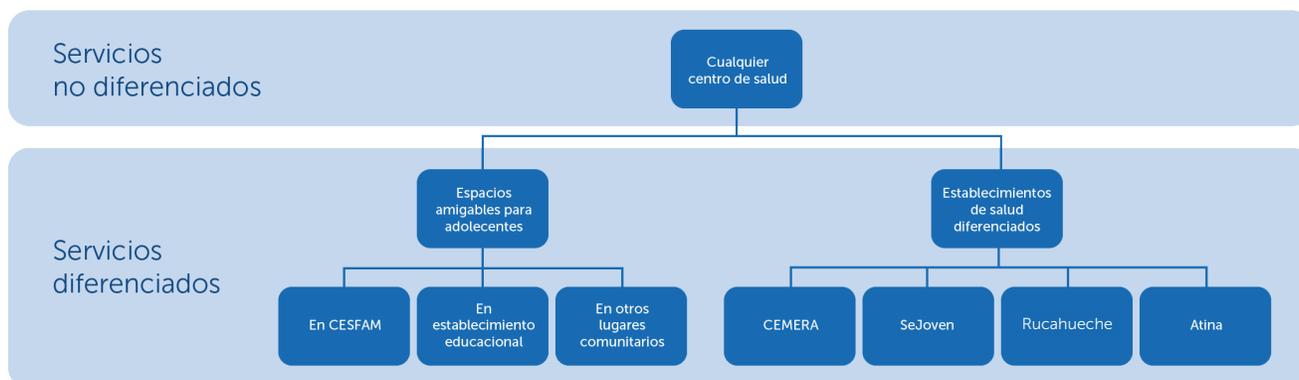
Chile cuenta con una Red integrada de salud, donde APS cuenta con 2.686 dispositivos (Centro de Salud Familiar, Consultorio General Rural, Consultorio General Urbano, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, entre otros; excluyendo a hospitales comunitarios) y 436 establecimiento de atención secundaria y terciaria (hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento, centros de referencia en salud, entre otros.) al 2022 (113); lo que beneficia al 92% de la población adolescente y al 84% de la población joven al 2020 (beneficiarios de FONASA) (56).

Con respecto al número de personas beneficiarias de FONASA, a diciembre 2021, existen 997.310 adolescentes entre 10 y 14 años, 957.976 adolescentes entre 15 y 19 años y 1.106.892 jóvenes entre 20 y 24 años (114). Se estima que de la población beneficiaria, el 87,4% se encuentra inscrita en algún centro de salud (56).

A su vez, existen distintos tipos de servicios de salud para adolescentes (figura 13). Los indiferenciados son aquellos en los que se atienden a las personas a través de su curso de vida, sin distinción etaria, por ejemplo, un CESFAM.

En los diferenciados se atienden sólo adolescentes, como los espacios amigables, que, a su vez, pueden estar insertos en los centros de APS, en establecimientos educacionales u otros espacios comunitarios (como sedes vecinales o espacios dispuestos por los municipios específicamente para ello). Los EA insertos en los centros de APS pueden estar en un espacio físico específico o puede ser un área del CESFAM que en determinado horario se adecúa para la atención de adolescentes y jóvenes, por ejemplo, en extensión horaria. También existen las Unidades específicas de atención adolescentes en algunos centros de salud de nivel secundarios. Además, existen aquellos centros dependientes de centros de investigación y universidades, dentro de los que se encuentran centros como CEMERA y SerJoven (que son de la red privada de salud), y aquellos centros que responden a iniciativas locales (de la red pública), como Rucahueche (en la comuna de San Bernardo) y Atina (Quellón), entre otros.

Figura 13.
Servicios de atención de salud para adolescentes y jóvenes



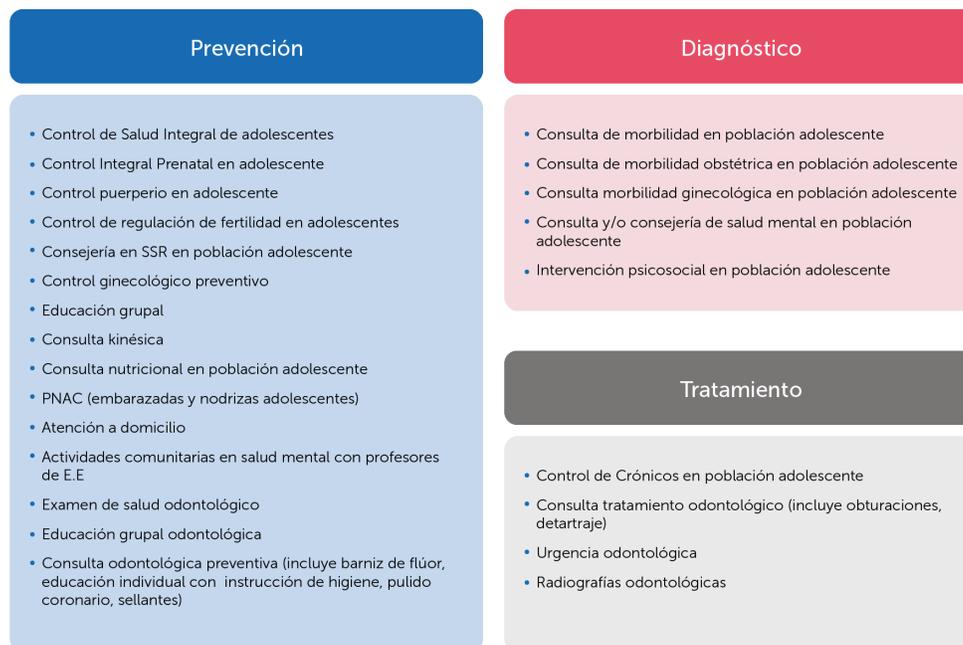
Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

3.3.2. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Primario

El aporte estatal a la administración municipal correspondiente a la APS es otorgado a cada entidad administradora de salud, con el fin de que ésta pueda proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna, en función del MAIS. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar (PSF), las cuales están orientadas a todas las etapas del curso de vida, destinadas a promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo diagnóstico (figura 14). Además de financiar actividades generales, asociadas a todos los programas, por ejemplo, inmunizaciones. A continuación, se presentan las que corresponden al ciclo vital salud de adolescentes (115).

Véase Sección 3.3.3. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada.

Figura 14.
Prestaciones del Plan de Salud Familiar para población adolescente



Fuente: Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en base a Decreto financiamiento per cápita para la APS, Resolución N° 37, del 23 /12/21.

Control de Salud Integral de Adolescentes

Como descrito anteriormente, éste puede realizarse en espacios diferenciados y en espacios indiferenciados. Debe ser realizado de acuerdo a las Orientaciones Técnicas establecidas desde MINSAL (116), para optimizar y desplegar oportunamente las acciones preventivas que se realizan a partir de esta actividad.

Tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, fomentar la entrega de herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables, y aumentar el uso de los servicios de salud en adolescentes y sus familias, a fin de potenciar una adultez saludable.

Permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo; fortalecer factores y conductas protectoras, identificando aquellas de riesgo y otros problemas o necesidades en salud; permite pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes, referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención.

En este contexto, es primordial evaluar el cumplimiento de ciertos criterios de calidad, relacionados con los aspectos clínicos y de gestión del Control de Salud Integral, al menos 1 vez al año. Dicha

Resolución N°37, diciembre 2021. Determina aporte estatal a las municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal. Decreto per cápita para el Plan de Salud Familiar.

evaluación se enmarca dentro de un plan de mejora continua, que permite establecer estrategias para disminuir gradualmente las brechas presentadas. Es importante que participen en este proceso SEREMIS, Servicios de Salud y profesionales que atienden adolescentes.

Además, el PSF cuenta con los PRAPS, como fue mencionado en la sección previa (Iniciativa de Espacios Amigables para adolescentes en el contexto del MAIS), dentro de los que se encuentran los Espacios Amigables, donde se entregan prestaciones con énfasis en lo preventivo-promocional, considerando que las prestaciones relacionadas al tratamiento debieran entregarse en cada centro de APS de origen del/la adolescente, es decir, donde está inscrito y desde donde depende cada Espacio Amigable.

Al 2022, se cuenta con un total de 375 EA a lo largo del país. El PRAPS define 11 horas de profesionales psicosocial (psicólogo/a o trabajador/a social), matrona y nutricionista, y recursos para actividades promocionales y de participación. Éstas tienen como fin abordar las dificultades de acceso de la población adolescente, otorgando una atención más adecuada, pertinente y de calidad para este grupo.

Durante los últimos años se han implementado nuevas modalidades de funcionamiento de los EA, instalándose principalmente en establecimientos educacionales, pero pudiendo también ser itinerantes, es decir, permaneciendo un tiempo limitado en cada establecimiento educacional de la comuna, o híbridos, donde las horas se dividen entre el centro de salud y el establecimiento educacional. Esto ha permitido avanzar en la eliminación de barreras de acceso, al trasladar algunas prestaciones del PSF al EA, en el territorio de adolescentes estudiantes, que habitualmente no se acercan a los establecimientos de salud.

Con el fin de optimizar y garantizar el acceso, mejorar la calidad de atención y favorecer el uso racional y eficiente de los recursos disponibles, Resulta relevante definir los tipos de modalidades básicas y las características que deben tener los EA. Para lo cual, se han definido las prestaciones específicas que se entregan en los EA:

- **Actividades promocionales de salud y preventivas, que potencien el autocuidado y desarrollo saludable de los y las adolescentes, orientadas a fortalecer los factores protectores en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado. Por ejemplo, talleres grupales, conversatorios, ferias de salud, etc.**
- **Actividades comunitarias con participación de adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, Consejos Consultivos y de Desarrollo Local, Centros de Alumnos, mesas territoriales, etc.**
- **Consejerías individuales orientadas al autocuidado y a la prevención de conductas o prácticas de riesgo en adolescentes en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, salud mental y nutricional. Por ejemplo, consejerías individuales en prevención de ITS y VIH, prevención de suicidio, consumo de drogas y alcohol, etc. También se incluye la realización de consejerías familiares.**
- **Control de salud integral de adolescentes.**
- **Realización y difusión de actividades a través de redes sociales.**
- **Otras atenciones: regulación de fertilidad, atenciones psicosociales, talleres de habilidades parentales, etc.**

Problemas de Salud GES y Ley Ricarte Soto

El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), garantiza la cobertura de 87 enfermedades a través del FONASA y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Algunas de ellas cubren a la población adolescente y joven. De esta forma, esta población puede asegurar la atención desde la sospecha y la confirmación diagnóstica, hasta el tratamiento, y posterior seguimiento y control del problema de salud (ver Anexo N°1), en los distintos niveles de atención según las Guías Clínicas de cada patología.

Por otra parte, existen otros problemas de salud que abordan a la población de adolescentes y jóvenes incorporados en la Ley N° 20.850 o Ley Ricarte Soto (Anexo N°2). Ésta establece un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo, tales como enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poco frecuentes, que hayan sido determinadas a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud.

3.3.3. Prestaciones de salud del Programa Adolescente a Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada.

Las consultas en el nivel secundario y terciario de atención durante la adolescencia y juventud, además de resolver el motivo de consulta, es una oportunidad para realizar una evaluación integral y emitir un diagnóstico completo de la condición de salud, generar un vínculo con los adolescentes y jóvenes, educarles y motivar a cumplir las indicaciones, y promover una buena coordinación entre la atención abierta y cerrada de especialidad, y buenos mecanismos de referencia y contra referencia con la APS.

Para el abordaje a nivel especializado de adolescentes y jóvenes, se recomienda una entrevista individual con el/la adolescente o joven, de acuerdo a su autonomía progresiva. La información completa sobre el estado de salud debe ser entregada, además del/la tutor/a, siempre por el/la adolescente, procurando su participación activa en la toma de decisiones, de acuerdo al desarrollo de sus competencias.

El nivel especializado de atención abierta y cerrada considera diversos dispositivos de atención. A nivel secundario están los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Diagnóstico de Referencia de Salud (CRS), y a nivel terciario, los hospitales de distintos niveles de complejidad.

Existen distintos tipos de prestaciones que se pueden encontrar en estos niveles de atención. La oferta depende de la realidad local, del dispositivo de atención, del tipo de administración que tiene (por ejemplo, municipal o desde Servicio de Salud, entre otros), dentro de las que se encuentran:

- Consulta especializada en adolescentes por médico
- Consulta especializada en adolescentes por otro profesional
- Consulta por médico especialista/subespecialista a adolescentes
- Consulta de transición
- Consulta multidisciplinaria
- Consulta NANEAS

- Consejería individual
- Intervención en crisis
- Educación en salud individual y/o familiar
- Intervención psicosocial individual
- Intervención psicosocial grupal
- Visita domiciliaria integral

Por otro lado, como se ha mencionado anteriormente (117), se propone que los servicios de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes sean especializados y diferenciados, con estándares mínimos de calidad (propuestos por UNFPA y adaptados para Chile), y, en la atención abierta, con la implementación progresiva de Unidades de Adolescencia como un equipo de profesionales de salud de apoyo, que entregue atención de patologías específicas y que complemente la atención de NANEAS y personas con enfermedades crónicas, por ejemplo, como servicios de transición.

Existen algunas experiencias que siguen el modelo de Unidades de Adolescencia como equipo de apoyo y/o atención en patologías específicas que están disponibles en la red.

El Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) es pionero en el tema, ya que cuenta con una Unidad de Salud Adolescente (USA) desde hace más de 30 años. Son un equipo multidisciplinario conformado por médicos (especialistas en pediatría, en medicina familiar, en adolescencia y en psiquiatría infantojuvenil), psicólogos, matrona y trabajadora social, enfocados en embarazo adolescente, intentos de suicidio, trastornos de la conducta alimentaria y adolescentes con enfermedades crónicas que requieran atenciones específicas de salud mental. Además, realizan actividad docente de pre y postgrado en distintas disciplinas, considerando su experiencia como servicio especializado en Chile.

Por otro lado, el Hospital Padre Hurtado, dependiente del mismo Servicio de Salud, con la colaboración de la Universidad del Desarrollo, cuenta con el Programa de Bienestar Integral del Adolescente (BIA) desde el año 2017. También es un equipo multidisciplinario conformado por médicas (especialistas en pediatría, en medicina familiar, en adolescencia y en psiquiatría infantojuvenil), a las que se suman estudiantes de pregrado y docentes de Psicología y Nutrición. Están enfocadas en adolescentes con patologías crónicas, intentos de suicidio, trastornos de la conducta alimentaria y otros problemas de salud mental; y mantienen un trabajo en red con otras especialidades del hospital (como Endocrinología y Ginecología) y con la APS de las comunas a su cargo.

Y con respecto a la atención cerrada, considerar servicios intrahospitalarios que cumplan con los requisitos de privacidad, confidencialidad, acompañamiento por pares, su autonomía progresiva con respecto a sus necesidades educativas y de aprendizaje para el autocuidado, su familia, sus necesidades recreativas, la participación, el equipo profesional disponible y la protección ante situaciones de abuso o vulneraciones.

Véase la sección 3.4 LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL NIVEL ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ABIERTA del documento "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada", 2018.

Prolongación de la edad pediátrica

En el año 2018, se publicó el “Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada”, Res. Exenta N° 1676/2018, que menciona la importancia de la extensión de la edad para el proceso de transición, y señala que los servicios pediátricos deben considerar los 18 años como edad mínima de transferencia a los servicios de adultos. En ese sentido, y considerando que cada vez existen más niños y niñas con enfermedades crónicas y/o complejas que llegan a la adolescencia y a la adultez (118), denominados NANEAS, quienes necesariamente tendrán que transitar desde una atención pediátrica, hacia una atención de persona adulta, es que el Ministerio de Salud recomienda a los servicios ambulatorios de especialidad y hospitalarios, a dar reconocimiento a la extensión de la edad pediátrica para atención de salud de niños, niñas y adolescentes, al menos hasta los 17 años 11 meses y 29 días.

Por otro lado, debería considerarse la implementación de Servicios de Transición de adolescentes portadores de enfermedades crónicas de Servicios Pediátricos a Servicios de Adultos, especialmente considerando el Modelo de atención de NANEAS.

Se pueden mencionar como experiencias exitosas en este sentido, la extensión de la edad pediátrica del Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz de La Florida, del SSMSO

3.3.4. Articulación de salud con el intersector en el contexto de adolescentes y jóvenes

La acción intersectorial corresponde a una estrategia que vincula a los distintos sectores, instancias y acciones, mediante un trabajo colaborativo y coordinado, con el propósito de alcanzar de manera más eficiente y eficaz los objetivos de políticas públicas. En este caso, mejorar la calidad de vida y salud de la población adolescente, es una tarea que debe ser abordada con la colaboración de los otros sectores.

La vinculación con sectores, como Educación, Municipios, INJUV, JUNAEB entre otras, pretenden potenciar sus acciones, aportar al bienestar y calidad de vida de esta población. En este sentido, se incorpora un enfoque de prevención y promoción, con componentes de detección temprana, diagnóstico oportuno y derivaciones a la red de APS, con el fin de mejorar la cobertura y la accesibilidad a los servicios de salud ofertados en APS para adolescentes, asegurando la continuidad de los cuidados.

El énfasis es el trabajo integrado y el esfuerzo conjunto de los equipos de cada institución para ajustar las acciones necesarias y optimizar el uso de recursos existentes en la red, a fin de mejorar la condición de salud del o la adolescente y su familia, sin sobre intervenir.

Desde el MAIS, la articulación con el intersector permite a los equipos integrar estrategias para la promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamiento y/o rehabilitación; dando respuesta a las necesidades de cada adolescente y también fortalecer las competencias técnicas de los integrantes de los equipos.

En el trabajo intersectorial es relevante distinguir los grados o niveles de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales (Figura 15).

Figura 15.
Grados o niveles de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales



Fuente: MINSAL, 2022. *Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.*

En la actualidad, existe oferta del intersector para adolescentes y jóvenes (ver Anexo N°3) de las siguientes instituciones:

- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (MINEDUC)
- Instituto Nacional del Deporte (Ministerio del Deporte, MINDEP)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de drogas y alcohol (SENDA) (Ministerio del Interior y Seguridad Pública)
- Oficina Local de Niñez (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, MIDESoF)
- Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (Ministerio de la Mujer y Equidad de género)
- Subsecretaría de Prevención del Delito (Ministerio del Interior y Seguridad Pública)
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)

PARTE IV: DIAGNÓSTICO DE BRECHAS Y DESAFÍOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Consideraciones generales para la actualización del programa nacional de salud integral para adolescentes y jóvenes

Dado que el Programa Nacional (2012-2020) (1) que se actualiza con este documento, tenía su desarrollo esencialmente focalizado en la APS, se reconoce la necesidad de abordar la atención de adolescentes y jóvenes en los niveles especializados de atención abierta y cerrada. En ese contexto, se hace consolda la Actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, con el objetivo de establecer un marco técnico, regulatorio y programático acorde a las necesidades actuales de salud de los adolescentes y jóvenes, que a su vez, sea un soporte técnico para el diseño e implementación de un Plan Nacional de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes y un Plan de Acción para los próximos diez años, que sustente el planteamiento de las líneas estratégicas, objetivos, acciones, metas y presupuestos asociados.

Además de las líneas estratégicas, se proponen varios enfoques integradores, que se consideran transversales y complementarios, permitiendo a su vez, un abordaje integral e integrado con los distintos actores de la red de salud y otros actores claves del intersector. Buscan posicionar en la agenda pública del sector, las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes como un tema de prioritario, movilizandando la acción del Estado, del individuo, la familia y la comunidad, para el control de los factores de riesgo y las consecuencias individuales y sociales de diversas enfermedades y condiciones en esta etapa de la vida. Estos enfoques deben ser incorporados de manera permanente en todas las atenciones de salud y estrategias dirigidas a adolescentes y jóvenes, en concordancia con las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales

Diagnóstico de brechas y desafíos en la atención integral de salud para adolescentes y jóvenes en Chile: Antecedentes del proceso

Una parte fundamental del proceso de actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, está relacionada con el diagnóstico de brechas y desafíos en la atención integral de salud para adolescentes y jóvenes en Chile, realizado por expertos y expertas. Se realizó revisión y análisis de datos, experiencias, evidencia y registros, respecto de la atención de salud de adolescentes y jóvenes en todos sus niveles asistenciales, considerando también la relevancia de incorporar el trabajo intersectorial para avanzar en la construcción de políticas públicas en salud, dirigidas a este grupo de la población.

Entre abril y junio del año 2021, el equipo del Programa Nacional convocó a un “*Grupo de Trabajo Asesor*” con participantes de carácter intra e intersectorial, quienes analizaron las distintas dimensiones, niveles de intervención y servicios que otorga la red asistencial de salud a los adolescentes y jóvenes en Chile (Anexo N°4). El objetivo de este trabajo, fue recoger distintas perspectivas y propuestas, tanto para actualizar la situación de salud de los adolescentes y jóvenes, como para la priorización de ámbitos de intervención.

Brechas y desafíos identificados: categorías de análisis

El análisis de los insumos obtenidos a partir del Grupo de Trabajo Asesor se organizó en cinco categorías, las que se relacionan con líneas estratégicas que se han utilizado para el diseño de otros Planes Nacionales del Ministerio, tales como Cáncer (2018-2028) y Personas Mayores (2021-2030), lo que otorga al proceso una estructura y metodología para reconocer y agrupar los desafíos y brechas para abordar las necesidades de salud de las y los adolescentes y jóvenes, y posteriormente proponer acciones.

Las categorías (líneas estratégicas) antes mencionadas son:

- Promoción, educación y prevención primaria
- Provisión de servicios asistenciales
- Funcionamiento de la red asistencial
- Funcionamiento de los sistemas de registro, información y vigilancia
- Rectoría, regulación y fiscalización.

A continuación, se presentan los resultados de las mesas de trabajo, analizados por el equipo de profesionales del Programa de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, los que se espera sean un insumo estratégico para la próxima creación del Plan de Acción 2024 - 2034.

4.1 Promoción, educación y prevención primaria

Se requiere desarrollar, planes y programas que aborden la promoción, educación y prevención primaria, considerando temas como salud física y mental, sexualidad y autocuidado y estilos de vida saludable. Al mismo tiempo, considerar un abordaje específico para determinadas poblaciones, tales como: diversidad sexual, migrantes, pueblos originarios, adolescentes al cuidado de residencias, NANEAS y otros.

Por otra parte, se observa que la difusión de la oferta programática disponible en la red de salud, dirigida a adolescentes y jóvenes es insuficiente.

Es importante profundizar en la identificación de barreras de acceso para esta población a prestaciones de salud virtuales y presenciales relacionadas con esta línea estratégica. Debido a lo multicausal de la problemática, se observa que la dispersión geográfica y falta de conectividad de algunos territorios, representan aspectos sociodemográficos relevantes a considerar para diseñar planes y programas vinculados.

Se identifica la existencia de limitaciones y/o desincentivo para mantener la adherencia de los adolescentes y jóvenes (mayoritariamente de sexo masculino) a los controles de salud y atenciones relacionadas con promoción, educación y prevención primaria, dado que no responderían a sus necesidades e intereses.

Los establecimientos educacionales deberían considerarse como el primer punto de contacto de los/ las adolescentes y jóvenes para la atención de salud. Éste se constituye como un espacio estratégico para establecer una coordinación intersectorial que promueva acciones relacionadas con promoción, educación y prevención primaria. Esto permitiría el acceso de esta población a información oficial, clara, verídica y basada en la evidencia, respecto de distintas temáticas sanitarias.

4.2. Provisión de servicios asistenciales

Se han observado dificultades en la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS) en adolescentes y jóvenes, en todos los niveles de atención. En este sentido, se observa una fragmentación y desarticulación en la atención en salud de adolescentes, producto de que las atenciones pediátricas son hasta los 15 años y la adolescencia comprende desde los 10 a los 19 años de acuerdo a lo establecido por la OMS (119).

La mayoría de las prestaciones actualmente disponibles para este grupo etario se enfoca en los adolescentes, por lo que se observa que la provisión de servicios asistenciales focalizados para el grupo de Jóvenes entre 20 y 24 años es insuficiente, y tampoco considera las necesidades específicas de la Juventud.

Además, se observa falta de priorización en la programación de horas de atención específicas para adolescentes y jóvenes en todos los niveles asistenciales, falta de horarios adecuados para la atención de esta población (por ejemplo, extensión horaria o apertura), lo que dificulta la continuidad y adherencia (fuera del horario de clases o trabajo) en los cuidados.

El grupo asesor de trabajo percibe brechas de cobertura en unidades de atención ambulatoria para adolescentes en el nivel secundario, recursos humanos y poca capacitación del personal para la atención especializada de Adolescentes y Jóvenes. Por ejemplo, de acuerdo a registro de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) no hay más de 25 profesionales médicos con formación en adolescencia. Además, se observa una alta rotación de profesionales vinculados con la atención de este grupo etario en la red de salud, lo que afecta la continuidad de la atención.

La canasta de prestaciones existente es insuficiente en cuanto al diseño, que considere las necesidades particulares de este grupo, y existen escasos servicios para la transición para Adolescentes y Jóvenes portadores de enfermedades crónicas y de NANEAS desde servicios pediátricos a servicios de adultos.

En la actualidad, existe una baja cobertura (10% el año 2021) del control de salud integral de adolescentes en la red. Al mismo tiempo, se observa que el rendimiento asociado a algunas prestaciones de promoción, educación y prevención primaria es insuficiente para ejecutarlas adecuadamente, lo que muchas veces impide el abordaje de todos los tópicos necesarios. Por lo tanto, se requiere aumentar la cobertura del control de salud integral de salud del adolescente, con foco en población sana y adolescentes con mayor riesgo y vulnerabilidad.

Se refuerza la necesidad de abordar temáticas de Salud Mental y fortalecer el rol de las instituciones educativas en el desarrollo de acciones de salud relacionadas con el tema, por ejemplo, con Ministerio de Educación o Consejo de Rectores de Universidades chilenas.

Las redes integradas de servicios de salud (RISS) y otros modelos de gestión presentes en la red asistencial no consideran, en su diseño e implementación, los perfiles y las necesidades particulares de los Adolescentes y Jóvenes, afectando su atención continua en la red sociosanitaria. En esta línea, también se observa una descoordinación intra e intersectorial en el abordaje de los requerimientos de atención de salud en Adolescentes y Jóvenes, lo que se podría traducir en una sobre intervención y/o duplicidad de intervenciones, y en una falta de continuidad de la atención entre los distintos niveles asistenciales; incluyendo aspectos de resolutivez, referencia y contrarreferencia, e interoperabilidad de sistemas informáticos.

4.3. Funcionamiento de la red asistencial

Se percibe un déficit de infraestructura adecuada (organización, priorización, construcción y habilitación de espacios), en todos los niveles de atención, para el abordaje de las necesidades específicas de salud de los adolescentes y jóvenes.

Existe falta de prestaciones e insuficiente cobertura de prestaciones de salud, pertinentes a poblaciones específicas de este grupo etario, tales como: NANEAS, diversidad sexual, pueblos originarios, migrantes, personas en situación de calle, personas del espectro autista o neurodiversas.

Con respecto al recurso humano, se observan brechas en cuanto a la cantidad de horas disponibles asignadas a este grupo etario, con déficit de jornadas de personal especializado, asociado a poca disponibilidad de capacitaciones en temáticas específicas relacionadas con la atención integral de salud de Adolescentes y Jóvenes para profesionales de salud.

El recurso humano especializado para la atención integral de salud de Adolescentes y Jóvenes también presenta brechas que abordar, en particular, relacionadas con la priorización de horas (jornadas) asignadas a este grupo de población, además de la capacitación formal (certificada)

Se observan dificultades para generar articulación entre los niveles asistenciales para abordar de manera integral y continua las necesidades de salud de Adolescentes y Jóvenes. Estas dificultades se relacionan con la organización interna de los CESFAM, en ocasiones asociado a inexistencia o poca definición de un profesional encargado del Programa en APS, en Direcciones o Corporaciones de Salud (a nivel municipal), de Servicios de Salud, de SEREMI, etc.; o referentes que tienen muchas funciones o varios programas a cargo, lo que dificulta la coordinación entre los distintos niveles.

A su vez, se observa falta de coordinación con el intersector para el desarrollo de iniciativas o intervenciones de salud, que requieran la participación de otros sectores tales como educación.

Por último, se observan brechas relacionadas con los EA implementados a la fecha en la APS, como, por ejemplo, en cuanto a horas disponibles insuficientes para cubrir la demanda de atención (número de horas está definida por el PRAPS), dificultades de implementación (falta de espacios físicos protegidos, colegios que no aceptan atenciones de salud de los profesionales, etc.), por nombrar algunas.

Como desafío, se espera contar con al menos un EA en cada centro de APS (meta asociada para la próxima década). Para lograrlo, se debe trabajar en el rediseño de este espacio, a fin de incorporar nuevas prestaciones y componentes, la atención de grupos específicos, y fomentar la participación juvenil y el trabajo intersectorial. Se requiere, además, que el EA priorice el enfoque promocional y preventivo, enfocado en estilos de vida saludable, y en optimizar un adecuado ambiente familiar, físico, social y cultural, de modo de poder favorecer trayectorias saludables para el desarrollo integral de los adolescentes, entre otros.

Además, el grupo postula que se hace necesario optimizar la estandarización y asegurar el cumplimiento de requisitos mínimos asociados a la implementación de los EA desde los aspectos normativos, así como priorizar la creación de un plan de monitoreo estricto que asegure una óptima implementación y funcionamiento de esta estrategia.

4.4. Funcionamiento de los sistemas de registro, información y vigilancia

Como primera brecha y desafío en este ámbito, destaca la inexistencia de un registro clínico electrónico único o que interopere entre distintos centros de salud, distintas comunas y distintos niveles de atención. Este sería un problema transversal a otros grupos del curso de vida.

Se observa también que no todos los registros estadísticos mensuales asociados a las prestaciones de salud que se realizan a los Adolescentes y Jóvenes están desagregados según los rangos de edad correspondientes para este grupo (quinquenios).

La normativa legal vigente (norma 820 DEIS) (120), resulta insuficiente para generar registros únicos y centralizados de información, que respondan a esta necesidad, ya que las distintas prestaciones que se entregan a personas del grupo etario se registran en distintas instancias, y, en ocasiones, el registro se hace insuficiente para registrar la cabalidad de actividades que incluyen las distintas prestaciones o los detalles de cada persona atendida.

Por último, se identifica como desafío, la necesidad de generar mayor claridad respecto del objetivo de los registros y uso posterior de la información para generar mejoras y definir flujos de acción al respecto.

4.5. Rectoría, regulación y fiscalización

Como principal brecha asociada a esta categoría, se identifica la inexistencia de un marco normativo que permita asegurar atención, entrega de prestaciones, cobertura, indicadores de calidad, supervisión, financiamiento y levantamiento de información con el objetivo de identificar brechas y desarrollar planes de mejora. Dentro de los espacios de mejora asociados podemos encontrar:

- Inexistencia de lineamientos técnicos que definan claramente funciones, atribuciones y competencias de los referentes programáticos de las SEREMIs y Servicios de Salud.
- Inexistencia de lineamientos técnicos que definan funciones, atribuciones y competencias de los referentes programáticos de las Municipalidades (Dirección de Salud, Corporación, entre otros) y Centros de Salud.

- Inexistencia de lineamientos técnicos que definan funciones, atribuciones y competencias de los referentes programáticos de las Municipalidades (Dirección de Salud, Corporación, entre otros) y Centros de Salud.
- Falta de orientaciones técnicas relacionadas con la atención de Adolescentes y Jóvenes, en problemas específicos de salud tales como: obesidad, trastornos de la conducta alimentaria y salud mental.
- Falta de difusión, monitoreo, fiscalización y capacitación a los equipos de atención directa a Adolescentes y Jóvenes de la red asistencial de salud, respecto de las Leyes 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (121), la Ley N°21.372 que modifica la Ley N°20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican (también llamada Ley Mila de acompañamiento digno para NNA y gestantes) (122) y la Ley 21.430 sobre garantías y derechos de la niñez y adolescencia (24).
- Falta de difusión, monitoreo, fiscalización y capacitación a los equipos de atención directa a Adolescentes y Jóvenes de la red asistencial de salud, respecto de acceso a información con respecto a la provisión de anticoncepción.
- Deficiencias en la estandarización de instrumentos y/o pautas utilizadas para la fiscalización de procesos asistenciales en donde la autoridad sanitaria tiene competencia. Por ejemplo:

Población de adolescentes y jóvenes institucionalizados o bajo tutela del estado, incluyendo NANEAS.

Ley 21.030 (IVE) que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley N°21.372 (Mila) que modifica la Ley N°20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de las personas que se indican.

- Deficiente coordinación intersectorial, en el contexto del Sistema intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental (SISI), lo que dificulta el rol de rectoría del sector salud, respecto de la implementación de acciones vinculadas a él.
- La normativa existente asociada a la implementación de residencias, públicas y privadas, en el contexto de Mejor Niñez y SENAME es insuficiente para cubrir la complejidad de problemáticas que ocurren en ellas, especialmente asociadas a aquellas del sector salud.
- Inexistencia de normativa asociada a la implementación de residencias, públicas y privadas para NANEAS en el contexto de Mejor Niñez y SENAME.

Por último, se destacan como desafíos específicos, la implementación de la Ley Mila a lo largo de la red asistencial de salud y el fortalecimiento del marco normativo que regule la participación de Adolescentes y Jóvenes en el diseño y desarrollo de políticas públicas en salud dirigidas al grupo etario.

4.6. Síntesis y consideraciones finales del análisis de brechas y desafíos

Como consideraciones finales de este análisis, se observa una invisibilización y subestimación de la priorización de los Adolescentes y Jóvenes, en el diseño y ejecución de planes y programas relacionados con promoción de salud, educación y prevención primaria. Esto también afecta a las RISS y otros

modelos de gestión presentes en la red asistencial, los que carecen de un foco específico dirigido a las necesidades particulares de esta población en cuanto al diseño e implementación de prestaciones.

El aumento de la cobertura del control de salud integral del adolescente en la red es una necesidad prioritaria, que se focalice en la población adolescente sana y aquellos con mayor riesgo y vulnerabilidad. Así como también, queda pendiente hacer crecer la oferta de prestaciones, sobre todo en los niveles secundario y terciario de atención.

Se identifican como temas de salud específicos de abordar: obesidad y sedentarismo, la prevalencia de depresión, trastornos del ánimo e ideación suicida, relevantes en la salud mental de adolescentes y jóvenes, a lo que suma el bajo número de Psiquiatras Infanto-Juveniles y otros profesionales con formación específica. Para esto, es fundamental la extensión de la edad pediátrica hasta los 19 años de edad, de modo que cubra toda la adolescencia, como lo definido por OMS.

Otro problema que tiene múltiples dimensiones, lo que implica un trabajo intersectorial coordinado para abordarlo, es seguridad vial. Se reportan cifras alarmantes en este rango etario, en particular en los jóvenes entre 20 y 24 años, se observa un aumento de un 42% en la mortalidad y un 104%, en la accidentabilidad al comparar el año 2021 con el 2017.

En cuanto a la normativa vigente para generar un marco normativo y regulatorio para la atención integral de salud de los adolescentes y jóvenes, se reconoce insuficiente para generar y garantizar registros únicos y centralizados de información e indicadores de calidad. Esto dificulta el monitoreo y el levantamiento oportuno de datos que permitan la adecuada gestión del programa en los distintos niveles.

Además, se observa inexistencia de lineamientos técnicos específicos para patologías y problemas de salud de este rango etario, lo que, a su vez, dificulta los procesos de rectoría, regulación, supervisión y fiscalización que deben realizar las entidades administradoras de salud y las SEREMI.

Resulta imprescindible mejorar la coordinación intra e intersectorial en el abordaje de los requerimientos de atención de salud en Adolescentes y Jóvenes, considerando el trabajo conjunto desde la planificación, el diseño, la implementación y monitoreo de los planes y programas, para entregar una atención realmente integral, continua y enfocada en mejorar la salud de esta población desde un punto de vista biopsicosocial.

PARTE V: Plan Nacional de Salud Integral para los Adolescentes y Jóvenes, y su Plan de Acción 2024-2034

Como resultado del diagnóstico realizado en el presente documento, y las necesidades detectadas, el año 2023, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes comenzará un trabajo participativo, convocando a diversos actores claves, para iniciar el proceso de elaboración de un Plan Nacional de Salud Integral para los Adolescentes y Jóvenes, y su Plan de Acción proyectado a 10 años (2024-2034).

Se espera que este documento sea utilizado como carta de navegación para el desarrollo e implementación de políticas de salud para adolescentes y jóvenes en el corto, mediano y largo plazo. Mientras algunas acciones permitirán mejoras de corto plazo en la atención y provisión de servicios, otras, como el fortalecimiento de la red de atención, implicarán el desarrollo de proyectos de mediano y largo plazo. Por esto, el Programa se actualiza con un horizonte de tiempo de 10 años, fijando un camino para las políticas nacionales en el tema.

Los cinco ámbitos que fueron definidos como ámbitos para el análisis de brechas y desafíos en el marco de actualización de este programa, serán propuestos como las líneas estratégicas (tabla 11) a partir de las que se desprenderán los objetivos y acciones del Plan de Acción, para los tres niveles de atención del sistema de salud.

Tabla 10.
Líneas estratégicas

Línea estratégica 1 - Educación, promoción y prevención:

Agrupar iniciativas que apuntan a fomentar el empoderamiento de adolescentes y jóvenes como agentes principales de su propia salud, a la vez que reconoce explícitamente la importancia del entorno como un factor clave que influye en su condición. También acciones de prevención como una estrategia clave para mantener y mejorar su estado de salud.

Línea estratégica 2 - Provisión de servicios:

Agrupar iniciativas que buscan mejorar el acceso y calidad a servicios de salud para adolescentes y jóvenes, bajo el entendido que estos servicios requieren adaptaciones para cubrir de mejor manera sus necesidades.

Línea estratégica 3 - Fortalecimiento de la red integrada de atención:

Es una línea estratégica transversal, la que considera iniciativas que aborden la necesidad de contar con una cantidad y calidad adecuada de profesionales de la salud, así como infraestructura y equipamiento que permitan implementar las acciones descritas en las líneas estratégicas específicas descritas. Estas acciones pretenden dotar a la red de salud de herramientas para entender y dar respuesta a las necesidades de adolescentes y jóvenes.

Línea estratégica 4 - Fortalecimiento de los sistemas de información:

Se reconoce como clave para poder cuantificar y entender las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes, con el fin de relevar sus problemas, diseñar soluciones con pertinencia territorial y basadas en evidencia y generar un monitoreo adecuado de los avances en las líneas de acción.

Línea estratégica 5 - Rectoría, regulación y fiscalización:

Agrupar iniciativas que permiten dotar al plan de acción de un marco normativo y regulatorio que asegure su correcta implementación, supervisión, monitoreo y fiscalización.

Fuente: MINSAL, 2022. Elaborado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

5.1. CONCEPTOS TRANSVERSALES PARA AVANZAR EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE

5.1.1. Autonomía

Una de las tareas más importante del desarrollo durante la adolescencia es el logro de la autonomía (123), lo que ocurre cuando la persona llega a ser emocional y económicamente independiente de sus cuidadores principales.

Habitualmente, entre los 12 y 14 años, el o la adolescente comienza a ejercer su autonomía progresiva, la cual se entiende como la capacidad de ejercer sus derechos a medida que se desarrollan mental y físicamente. Esto último debido a que en etapas previas de la vida, necesitan que los adultos velen por el cumplimiento de sus derechos, pero a medida que crecen, son capaces de poder ejercer con mayor independencia sus derechos, por ejemplo, el derecho de la participación, a su salud sexual y reproductiva, entre otros. Por ello, es importante para el Programa no sólo fomentar la autonomía progresiva del adolescente, sino que también dar a conocer sus derechos y el mecanismo para hacerlos valer, por ejemplo, en términos de identidad de género, interrupción del embarazo por tres causales, entre otros.

Por otro lado, está la autonomía emocional físico-material, es decir que él o la adolescente ya no depende de sus cuidadores en estos términos, y para conseguirlo, deberá separarse progresivamente de su familia de origen. A la vez, y como parte del mismo proceso, establecerá lazos emocionales cada vez más profundos, principalmente de amistad y de pareja, con personas de su misma edad.

Para alcanzar su autonomía, cada adolescente también tendrá que adquirir destrezas vocacionales/laborales que le permitirán avanzar en el camino que le llevará, más temprano o más tarde, a hacerse autosuficiente financieramente.

Es importante que los/as tutores/as faciliten que su hijo/a adolescente consolide una identidad propia y se haga independiente, tanto para favorecer su desarrollo saludable, como para que éste pueda consolidar el vínculo con su familia de origen a través del tiempo (124).

Un concepto muy importante durante esta etapa es la de "autonomía progresiva", la que asegura que, atendidas las facultades evolutivas de su desarrollo psicosocial en sus diferentes etapas, progresivamente, los adolescentes vayan ejecutando y ejerciendo autónomamente sus derechos, lo que les permite tomar decisiones en temas de salud (125).

5.1.2. Identidad

Uno de los principales hitos de la adolescencia consiste en el desarrollo de la identidad, lo que implica la definición de aspectos relacionados con quién es cada uno, lo que proyectará a futuro y la determinación de un proyecto de vida, identidad de género, abordaje y aprendizaje desde la propia historia pasada, entre otros.

En esta etapa de la vida ocurrirá un reordenamiento de la identidad, que puede derivar en otros cambios de la vida: el interés se proyecta hacia amistades y grupos de pares, por sobre los cuidadores (8). Esto produce una reelaboración de la identidad que se estaba forjando, habituarse a los cambios físicos que ocurren en esta etapa, y supone que los cuidadores no son los únicos modelos que preponderan, como en la infancia.

En esta etapa del curso de vida, los modelos en que los adolescentes han sido socializados se transforman en elementos fundamentales, en cuanto a factores de riesgo o protectores, ya que permiten aprender o desaprender ciertas pautas de comportamiento que impactarán en la identidad a lo largo de toda la vida, independiente del contexto cultural en el cual se desarrolle.

Desde un punto de vista antropológico (126) (127), distintas culturas perciben de manera diferente los cambios propios de la pubertad, por lo que se podría hablar de “las adolescencias” y sus distintas formas de construir identidad.

5.1.3. Género

Según Judith Butler, el género puede entenderse como el significado cultural que el cuerpo sexuado asume al estar en relación con el entorno, la cultura o sociedad (128). El género hace referencia al conjunto de ideas, creencias, representaciones, prácticas, atribuciones y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre las personas, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano (129). Por otro lado, la identidad de género es la convicción personal e interna de ser hombre, mujer, o quien uno es, tal como la persona se percibe a sí misma, la cual no necesariamente debe coincidir con su sexo biológico.

Como se mencionó anteriormente, el género está influenciado por la cultura y, con ello, los procesos de socialización durante el periodo de adolescencia tienden a estar permeados por valoraciones religiosas e ideológicas, especialmente en un contexto occidental como el nuestro, lo que determina los roles que se experimentan como propios o naturales de nuestro sexo. Por esto, en ese periodo es trascendental desaprender estereotipos de género y construir nuevas creencias basadas en el respeto hacia la otra persona, cambiando la forma de conducir la relación interpersonal futura.

Lo último es importante en cuanto al acceso a la salud por parte de los hombres, ya que producto del modelo actual (hegemónico patriarcal), no tienden a consultar en salud, ya que esto es visto como debilidad o no asociado al estereotipo ser hombre “fuerte, sano”. El problema que esto genera no sólo se da en la adolescencia, si no que en edades posteriores del curso de vida, en donde se detectan tardíamente problemas de salud que pudieron haberse prevenido o mitigado durante la adolescencia si hubiese consultado.

Así, en salud se debe considerar el enfoque de género en todas las prestaciones e intervenciones a realizar, con pertinencia y sensibilidad a las necesidades específicas de todas las personas, incluyendo su identidad de género como una de las variables a considerar; y superando la perspectiva binaria con la que habitualmente se diseñan y se entregan las prestaciones e intervenciones sanitarias (130).

La identidad de género es definida como un espectro, que no necesariamente se restringe a identidades en absoluto (femeninas y masculinas), sino que es posible acercarse a los extremos, avanzar desde uno al otro o no identificarse con alguna de ellas (131). En la figura 16 se dan a conocer las definiciones de términos relacionados con el género y la identidad de género.

Figura 16.
Definiciones de términos relacionados con el género y la identidad de género.



Fuente: Obtenido a partir del documento "Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme 2021" (132).

5.1.4. Integridad

El desarrollo integral del adolescente considera todas las acciones dirigidas a contribuir al óptimo desarrollo de las personas, especialmente en fases más críticas, como la niñez y adolescencia, para así alcanzar el máximo de sus potencialidades.

En todos los contactos con el equipo de salud debiera considerarse al adolescente como una persona integral, que involucra aspectos biológicos y psicosociales, quien está inmersa en una familia y en una comunidad específica. En este contexto el modelo de salud familiar cobra sentido para poder potenciar, prevenir la salud no sólo del o la adolescente, sino que también de su contexto (madre, padre o cuidadores).

Además, el desarrollo integral de los adolescentes debiera considerarse al momento de tomar decisiones y al desarrollar estrategias e intervenciones en salud. Es considerado un derecho, por lo cual, las Políticas Públicas del Estado deben focalizarse para el logro de trayectorias saludables más integrales, comprendiendo el bienestar biológico, físico, psíquico y social, en un marco de derechos (24).

5.1.5. Participación

La participación ciudadana en salud tiene una dualidad complementaria, ya que por un lado es un derecho intrínseco de toda persona y una determinante social en salud (81) , pero también, es una herramienta de reflexión, diálogo y retroalimentación de experiencias, sentidos y aprendizajes. La Participación Ciudadana en Salud se define como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos” (133).

Este es el mayor aporte que la participación viene a instalar en el plan estratégico que el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes ha tenido durante el transcurso de esta última década; permitiendo de esta forma, el desarrollo de interacciones más estrechas y positivas entre este grupo de la población y los Servicios de Salud, con una mayor pertinencia territorial, identificando y priorizando problemas de manera consensuada, adaptando los servicios y la oferta de atención de las instituciones a las necesidades sentidas de este grupo (134). Por ello, la participación efectiva no es sinónimo de debilidades ni ausencia de experticia técnica ni profesional por parte de los equipos de salud y/o autoridades. Si no, por el contrario, significa un enriquecimiento y complementariedad de conocimientos, enriqueciendo el quehacer de la política pública y sus campos de acción.

Al mismo tiempo, la participación en salud implica la colaboración entre los adolescentes y jóvenes, su familia (cuando corresponda) y el equipo de atención, a través del intercambio de información respecto a la evidencia científica y sus preferencias, para determinar cuál es la mejor decisión de acuerdo a sus necesidades (135).

5.1.6. Estilos de vida saludable

La OMS define los estilos de vida saludables como una “forma general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido amplio, y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales” (136).

En este contexto, los estilos de vida saludables se empalman con la Promoción de Salud, que apunta a la generación de entornos saludables, considerado los escenarios comunitarios o locales donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, mejorar la calidad de vida y estado de salud, así como fortalecer la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables que les permitan afrontar los problemas relacionados con los estilos de vida, incentivando, por ejemplo, la práctica de la actividad física, la alimentación saludable y la sana recreación.

Uno de los desafíos apunta a fortalecer el enfoque colectivo/social de la Promoción de la salud, evitando sobredimensionar lo referente a los “estilos de vida” individuales, cada vez se hace más evidente actuar a nivel de los determinantes sociales de la salud, para alcanzar mejores resultados en salud, calidad de vida y equidad (137).

Los factores o pilares principales para un estilo de vida saludable son alimentación saludable, práctica regular de actividad física, evitar el consumo y abuso de sustancias peligrosas, bienestar emocional y manejo del estrés, higiene del sueño, y relaciones interpersonales significativas y con sentido de pertenencia con el entorno. Estos pilares fundamentales deben ser fomentados en todos los contactos de adolescentes con los equipos de salud.

ANEXOS

**ANEXO 1.
LISTADO DE PATOLOGÍAS GES QUE CORRESPONDEN
A POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN.**

GES	NOMBRE	AÑO DE GUÍA / EDAD INCLUIDA
Insuficiencia renal crónica terminal	Guía Clínica: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	2005 Diferencia menores y mayores de 15 años
Cardiopatías congénitas operables	Guía Clínica: Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años.	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Tratamiento esquizofrenia	Guía Clínica: Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia.	2009 Adolescentes con primer episodio
Tratamiento Quirúrgico Escoliosis	Guía Clínica: Tratamiento Quirúrgico Escoliosis en menores de 25 años.	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años

GES	NOMBRE	AÑO DE GUÍA / EDAD INCLUIDA
Tratamiento Quirúrgico de Catarata	Guía Clínica: Tratamiento quirúrgico de cataratas, congénitas y adquiridas	Actualizada 2010 Diferencia menores y mayores de 15 años
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Guía Clínica: Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos.	Actualizada 2011
Síndrome de inmunodeficiencia	Guía Clínica: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH / SIDA	Actualizada 2010
Prevención del Parto Prematuro	Guía Clínica: Prevención del Parto Prematuro	Actualizada 2010
Hemofilia	Guía Clínica: Hemofilia	Actualizada 2013
Fisura labiopalatina	Guía Clínica: Fisura Labiopalatina	2009 Incorpora tratamiento para adolescentes 10 a 15 años
Linfomas y tumores sólidos	Guía Clínica: Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Leucemia	Guía Clínica: Leucemia en menores de 15 años	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Hepatitis crónica por virus hepatitis B	Guía Clínica: Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la hepatitis b	Actualizada 2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años

GES	NOMBRE	AÑO DE GUÍA / EDAD INCLUIDA
Hepatitis crónica por virus hepatitis C	Guía Clínica: Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la hepatitis C	Actualizada 2015 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Linfomas	Guía Clínica: Linfomas en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de mama	Guía Clínica: Cáncer de mama en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de testículo	Guía Clínica: Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Hipertensión	Guía Clínica: Hipertensión primaria esencial, en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Epilepsia	Guía Clínica: Epilepsia en Niños	2008 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Asma bronquial	Guía Clínica: Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	Actualizada 2011 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Diabetes mellitus tipo I y II	Guía Clínica: Diabetes tipo I Guía Clínica: Diabetes tipo II	2013 - 2010 respectivamente Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Accidente cerebrovascular isquémico	Guía Clínica: Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años

GES	NOMBRE	AÑO DE GUÍA / EDAD INCLUIDA
Politraumatizado	Guía Clínica: Politraumatizado	2007 Diferencia menores y mayores de 15 años
Fibrosis Quística	Guía Clínica: Fibrosis Quística	2007
Gran Quemado	Guía Clínica: Gran Quemado	2007 Diferencia menores y mayores de 15 años
Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso.	Guía Clínica: Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso	Actualizada 2011 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Actualizada 2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Depresión en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Depresión en personas de 15 años y más	Actualizado 2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años	Guía Clínica: Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años	2007 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años
Atención odontológica integral de la embarazada	Guía Clínica: Atención odontológica integral de la embarazada	Actualizada 2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Analgesia del Parto	Guía Clínica: Analgesia del Parto	Actualizada 2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años

GES	NOMBRE	AÑO DE GUÍA / EDAD INCLUIDA
Artritis Idiopática Juvenil	Guía Clínica: Artritis idiopática juvenil/ Artritis reumatoidea juvenil	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Examen de Medicina Preventiva al mayor de 15 años	Guía Clínica: Examen Medicina Preventiva	2008 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de Ovario Epitelial	Guía Clínica: Cáncer de Ovario epitelial	2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer vesical	Guía Clínica: Cáncer Vesical en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Osteosarcoma	Guía Clínica: Osteosarcoma en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Trastorno Bipolar	Guía Clínica: Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Hipotiroidismo	Guía Clínica: Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	2013 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años
Lupus eritematoso sistémico	Guía Clínica: Lupus eritematoso sistémico	2013 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años, y jóvenes entre 20 y 24 años

**ANEXO 2.
PROBLEMAS DE SALUD INCORPORADOS EN LA LEY
RICARTE SOTO.**

Problemas de salud incorporados al cuarto decreto y sus garantías.

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Diabetes tipo I	Diagnóstico: Monitoreo continuo de insulina. Tratamiento: Infusor continuo de insulina con sensor y sus insumos.	Tratamiento infusor subcutáneo continuo de insulina con sensor de glicemia, junto a sus insumos, en un plazo no mayor a los 60 días desde validada la indicación por parte del Comité de Expertos del Prestador Aprobado.
Mucopolisacaridosis I	Diagnóstico con actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos o examen genético molecular. Tratamiento con Laronidasa.	Diagnóstico: Examen en leucocitos o fibroblastos en un plazo de 20 días. Examen genético en un plazo de 90 días. Tratamiento: En un plazo de 60 días desde la confirmación diagnóstica.
Mucopolisacaridosis II	Diagnóstico con actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos o examen genético molecular. Tratamiento con Idursulfasa.	Diagnóstico: Examen en leucocitos o fibroblastos en un plazo de 20 días. Examen genético en un plazo de 90 días. Tratamiento: En un plazo de 60 días desde la confirmación diagnóstica.
Mucopolisacaridosis VI	Diagnóstico con actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos o examen genético molecular. Tratamiento con Galsulfasa	Diagnóstico: Examen en leucocitos o fibroblastos en un plazo de 20 días. Examen genético en un plazo de 90 días. Tratamiento: En un plazo de 60 días desde la confirmación diagnóstica.

Para mayor información: <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/que-es-la-ley-ricarte-soto-ley-n020850>

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Tirosinemia	<p>Diagnóstico con examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina.</p> <p>Tratamiento con Nitisinona.</p>	<p>Diagnóstico: Examen de determinación de niveles de succinilacetona en plasma u orina en 4 días.</p> <p>Tratamiento: Ante la sospecha clínica, 48 horas para inicio de tratamiento y a continuarlo con su diagnóstico confirmado.</p>
Enfermedad de Gaucher	<p>Diagnóstico con actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos o examen genético molecular.</p> <p>Tratamiento con Taliglucerasa o Imiglucerasa.</p>	<p>Diagnóstico: Examen en leucocitos o fibroblastos en un plazo de 20 días. Examen genético en un plazo de 90 días.</p> <p>Tratamiento: En un plazo de 60 días desde la confirmación diagnóstica.</p>
Enfermedad de Fabry	<p>Diagnóstico con actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos o examen genético molecular.</p> <p>Tratamiento con Agalsidasa.</p>	<p>Diagnóstico: Examen en leucocitos o fibroblastos en un plazo de 30 días. Examen genético en un plazo de 90 días.</p> <p>Tratamiento: En un plazo de 60 días desde la confirmación diagnóstica.</p>
Distonía generalizada	<p>Tratamiento con dispositivo de estimulación cerebral profunda y generador de impulsos</p>	<p>Tratamiento: Entrega del dispositivo en un plazo de 30 días desde la confirmación del caso por parte del Comité de Expertos.</p>
Hipoacusia sensorineural bilateral severa o profunda postlocutiva	<p>Tratamiento con implante coclear unilateral y recambio de accesorios y procesador según vida útil.</p>	<p>Tratamiento: Entrega del dispositivo en un plazo de 30 días desde la confirmación del caso por parte del Comité de Expertos.</p>

Fuente: Decreto N°2 del 18 de enero de 2019.

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Enfermedad de Crohn (EC)	Tratamiento con Adalimumab o Infliximab.	<p>Tratamiento:</p> <p>En pacientes con EC grave hospitalizados en un plazo no mayor a 7 días desde la solicitud.</p> <p>En pacientes con EC grave no hospitalizados, en un plazo no mayor a 30 días desde la confirmación por parte del Comité de Expertos.</p> <p>En pacientes con fístulas perianales complejas, en un plazo no mayor a 30 días desde la confirmación por parte del Comité de Expertos.</p>
Colitis Ulcerosa (CU)	Tratamiento con Infliximab.	<p>Tratamiento en personas con CU Grave hospitalizados con crisis cortico- refractaria, recibirán Infliximab en un plazo no mayor a 3 días, desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.</p> <p>Personas con CU Moderada inmunorefractaria, recibirán Infliximab en un plazo no mayor a 30 días, desde la validación de su indicación por parte del</p> <p>Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.</p>
Nutrición Enteral Domiciliaria	Tratamiento con fórmulas enterales y dispositivos médicos necesarios.	Tratamiento: En un plazo no mayor a 30 días desde la confirmación por parte del Comité de Expertos.
Hipertensión arterial pulmonar	<p>Diagnóstico: cateterismo cardíaco.</p> <p>Tratamiento con Bosentan.</p>	<p>Diagnóstico en un plazo no mayor a 40 días hábiles.</p> <p>Tratamiento en un plazo no mayor a 15 días desde la Confirmación por parte del Comité de Expertos y en personas hospitalizadas en UCI, no más de 72 horas.</p>

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Angioedema hereditario	Tratamiento con inhibidor de C1 esterasa.	<p>Tratamiento: Ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 que afecten cara, cuello o abdomen, deberán recibir inmediatamente Inhibidor de C1 esterasa en Servicio de Urgencia de la Red de Prestadores Aprobados (nivel de priorización C1 "emergencia vital").</p> <p>Ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 que afecten partes del cuerpo distintas a cara, cuello o abdomen, deberán recibir Inhibidor de C1 esterasa en un periodo no mayor a 90 minutos en Servicio de Urgencia de la Red de Prestadores Aprobados (nivel de priorización C3 "carácter urgente").</p> <p>Como tratamiento de profilaxis a corto plazo en cirugía mayor de cabeza, cuello u oral, con 2 horas anticipación a la cirugía como máximo.</p>
Epidermólisis Bullosa (EB) distrófica y Juntural	Tratamiento con dispositivos de uso médico para curaciones.	<p>Tratamiento: Plazo no mayor a 24 hrs. en recién nacidos/as con sospecha diagnóstica de EB.</p> <p>Plazo no mayor a 48 hrs. una vez validada la solicitud por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado en personas con diagnóstico confirmado de EB infectados, hospitalizados o con indicación de cirugía.</p> <p>En un plazo no mayor a 30 días una vez validada la solicitud por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado en personas con diagnóstico confirmado de EB.</p>

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Tumores del estroma gastrointestinal no resecables o metastásicos	Examen Inmunohistoquímica y tomografía computada. Tratamiento con Imatinib o Sunitinib	20 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Artritis Psoriásica Moderada a Grave Refractaria a Tratamiento Habitual	Tratamiento con Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab.	60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Artritis Reumatoide Activa Refractaria a Tratamiento Habitual	Confirmación por comité de expertos clínicos, según criterios de inclusión definidos en el protocolo.	60 días desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente con falla a tratamiento con inmunomoduladores y Esclerosis Múltiple	Tratamiento con Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab.	60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del prestador aprobado.
Enfermedad de Huntington	Test de repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT. Tratamiento con Tetrabenazina	60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Inmunodeficiencias primarias	Tratamiento con inmunoglobulina G humana.	14 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.

PROBLEMA DE SALUD	TECNOLOGÍA GARANTIZADA	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso cutáneo o articular refractario a tratamiento habitual	Tratamiento con Belimumab	60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Mielofibrosis	Tratamiento con Ruxolitinib	60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) moderada o severa	Tratamiento con ayudas técnicas.	30 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
Nutrición Enteral Domiciliaria Total o Parcial, para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación vía oral	Fórmulas de alimentación enteral. Dispositivos y recambios, renovaciones o mantenciones	30 días una vez confirmada la indicación por el Comité de Expertos Clínicos para tratamiento.

ANEXO 3. OFERTA DEL INTERSECTOR

PROGRAMAS DE LA JUNTA NACIONAL DE AUXILIO ESCOLAR Y BECAS (JUNAEB)

A continuación, se describen las prestaciones que La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) tiene disponibles para la población adolescente (Oferta programática al 2020).

Programa de Salud Oral:

<p>Edad grupo Objetivo o beneficiarios</p>	<p>Estudiantes de Pre-kínder a Octavo año Básico matriculados en establecimientos educacionales (municipales o particulares subvencionados) adscritos por convenio a los Módulos Dentales.</p> <p>Quedan excluidos de la atención odontológica entregada en el Módulo Dental, alumnos y alumnas que, aun cumpliendo estos requisitos, están cubiertos por la Garantía GES o AUGE de "Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años" del Ministerio de Salud (alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y los 6 años 11 meses 29 días).</p>
<p>Descripción de la oferta</p>	<p>El programa de salud oral cuenta con dos componentes: Primer Componente: Se encarga de la atención integral odontológica para estudiantes de establecimientos municipales y particulares subvencionados de Pre-Kínder a 8° básico mediante acciones clínicas, preventivas y educativas que contribuyan a mejorar su salud bucal que favorezcan la igualdad de oportunidades. El Programa de Salud Oral de JUNAEB, dentro de su modelo de atención, desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, otorgando atenciones en los Módulos Dentales correspondientes a Ingresos y Controles.</p> <p>Los Ingresos corresponden a acciones destinadas a la recuperación del daño buco –dentario acumulado, como consecuencia de Caries y Gingivitis, en la población escolar que ingresa al Pre- Kínder, Kínder y/o Primero Básico (no GES), a los Módulos Dentales. Los Controles, consisten en atenciones sucesivas y sistemáticas, que se inician desde Kínder (cuando el alumno ha recibido su Ingreso en Pre-Kínder), y luego, en 1° (cuando no pertenece al GES), 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° y 8° Básico.</p> <p>Segundo Componente: Entrega de leche con flúor a los alumnos de 1° a 8° básico que reciben el Programa de Alimentación Escolar de Junaeb en establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada.</p>

Programa de Servicios Médicos

Grupo Objetivo o beneficiarios	Atención integral que aborda a personas entre 4 a 26 años, en los ejes temáticos de participación y educación, detección, atención médica especializada, tratamiento y vigilancia de las condiciones descritas previamente.
Descripción de la oferta	Programa orientado a mejorar las condiciones de Salud, visual, auditiva y postural de Estudiantes de Establecimientos públicos y subvencionados por el Estado, a través de acciones de educación, detección, atención y tratamiento médico especializado, resolviendo problemas de Salud vinculados al desempeño e integración del escolar durante toda la trayectoria educativa.

Escuelas saludables para el aprendizaje:

Grupo Objetivo o beneficiarios	Estudiantes desde los niveles parvulario, enseñanza básica, enseñanza media y especial.
Descripción de la oferta	El programa permite aumentar el acceso de estudiantes que cuenten con matrícula en establecimientos públicos y subvencionados por el Estado, a espacios de promoción de hábitos de vida saludable, a través acciones recreativas, tanto al interior como fuera de los establecimientos educacionales.

Programas del instituto nacional del deporte

El Instituto Nacional del Deporte (IND) dispone de oferta para la población adolescente. A continuación, la descripción:

Jóvenes en Movimiento:

Grupo Objetivo o beneficiarios	Personas entre 15 a 29 años.
Descripción de la oferta	Es un subcomponente de Actividad Física y Deporte del Programa Deporte de Participación Social, implementado por el Instituto Nacional del Deporte (IND).

Crecer en Movimiento:

Grupo Objetivo o beneficiarios	Personas de 12 a 18 años.
Descripción de la oferta	El Programa Crecer en Movimiento se lleva a cabo a través de su componente Escuelas de Elección Deportiva, el cual implementa talleres de actividad física y deporte, estableciendo alianzas con establecimientos municipales y particulares subvencionados con gratuidad.

Programas de prevención de SENDA

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). dispone de oferta para la población adolescente. A continuación, la descripción

PrePARA:

Grupo Objetivo o beneficiarios	4 a 17 años 11 meses.
Descripción de la oferta	Anteriormente, llamada "Actuar A Tiempo" y "Programa de Prevención en Establecimientos Educativos". El programa PrePara2 es una intervención multimodal (grupal, individual, familiar) y multinivel (prevención universal, selectiva e indicada), orientada al trabajo en establecimientos educativos, sus estudiantes y otros miembros de la comunidad escolar. Su propósito consiste en aumentar factores protectores y disminuir factores de riesgo en relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población objetivo.

Oficina local de la niñez (OLN).

El Ministerio del Desarrollo Social y Familia, dispone de la Oficina local de la niñez (OLN) para la población adolescente. A continuación, la descripción:

Grupo Objetivo o beneficiarios	Desde su gestación hasta los 18 años de edad, e incorpora a la familia de el o la niña, niño o adolescente.
Descripción de la oferta	La OLN es el dispositivo a nivel local (comunal) encargado de la promoción, prevención y protección de vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), a través de la detección de factores de riesgo y la realización de acciones atinentes y oportunas para su mitigación.

Programa de prevención de violencia contra las mujeres.

El Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SernamEG) dispone de oferta para población adolescente. A continuación, la descripción:

Grupo Objetivo o beneficiarios	14 a 29 años y personas (18 y más) adultas que se vinculan con jóvenes como cuidadores o profesionales que brindan atención.
Descripción de la oferta	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizaciones/Conversatorios: Charlas, talleres o video llamadas, para jóvenes entre 14 a 29 años, en donde se revisan aspectos generales de la Violencia de Género y contra las Mujeres. • Monitoras/es Juveniles: Cursos o talleres (presenciales y virtuales), de 12 horas pedagógicas de duración, certificados, cuyos contenidos de formación corresponden a: Juventudes, Género No Binario y Prevención de la Violencia contra las Mujeres. • Agentes Preventivos: Cursos o talleres (presenciales y virtuales), de 16 horas pedagógicas de duración, certificados, cuyos contenidos de formación corresponden a: Juventudes, Género No Binario y Prevención de la Violencia contra las Mujeres. • Redes y Mesas comunales de Prevención contra la Violencia hacia las Mujeres: Estas redes o mesas pueden estar compuestas por instituciones u organizaciones locales (formales y no formales).

Programa Mujer, Sexualidad y Maternidad (MSM):

Grupo Objetivo o beneficiarios	Jóvenes de ambos sexos de 14 a 19 años.
Descripción de la oferta	Son talleres de fortalecimiento de autoestima, autocuidado, y de promoción de derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es promover la autonomía física de las personas jóvenes por medio de espacios de reflexión y formación en torno a la sexualidad y proyecto de vida, abordando temas como, género, sexualidad, autoestima, autocuidado, toma de decisiones, prevención en salud y derechos en estos ámbitos. Utilizan metodología participativa. Los talleres presenciales tienen una duración de 10 horas mínimo y los no presenciales de 3 horas mínimo.

Programa de la Subsecretaría de Prevención del Delito

Institución	Subsecretaría de Prevención del Delito
Nombre De La Oferta	Sistema Lazos
Edad grupo Objetivo o beneficiarios	10 a 17 años, 11 meses.
Descripción de la oferta	<p>Lazos contempla la ejecución de 4 componentes, siendo estos:</p> <p>Detección Temprana (EDT): dupla psicosocial que acompaña a los NNA y sus familias derivados al componente durante el proceso completo de evaluación; el cual incluye dentro de sus pasos la detección, evaluación o diagnóstico, derivación y posterior seguimiento.</p> <p>EDT evalúa a los NNA por medio de instrumentos específicos y en función de los resultados realiza las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivar al programa de tratamiento y/o la red comunal, según necesidades detectadas en el NNA y su grupo fiar. • Hacer seguimiento y gestión de los casos derivados o en lista de espera de algún componente del Sistema Lazos. <p>En todos los casos proveerá un informe, con sus determinantes y sugerencias de líneas de intervención en función del mismo.</p> <p>Cabe señalar que la evaluación es voluntaria, confidencial y se realiza contra consentimiento del cuidador u adulto responsable.</p> <p>La duración del ciclo completo de acompañamiento a un NNA y su familia es de un máximo de 6 meses; considerado desde el primer contacto a su diagnóstico, derivación, tratamiento y evaluación de cierre post intervención.</p> <p>Triple P: intervención psicosocial cuyo objetivo es fortalecer los conocimientos, habilidades y confianza de crianza de padres y cuidadores de NNA que presenten carencias en estas dimensiones, para prevenir el desarrollo de problemas conductuales, que incidan en el involucramiento de éstos en actividades delictivas.</p> <p>La intervención es familiar, se realiza por medio del trabajo con padres o cuidadores a cargo de NNA, y se implementa por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seminarios son la base del modelo, se trabajan temas como estrategias de estimulación y comunicación, aportan una comprensión a los cuidadores respecto de la conducta de los niños.

Descripción de la oferta

- Ciclos de 4 sesiones de intervención individual para padres o cuidadores de NNA que presenten problemas específicos de comportamiento de sus hijos.
- Ciclos de 8 sesiones de atención grupal para padres o cuidadores con dificultades generales de crianza y manejo en múltiples contextos y conductas.

La intervención tiene una duración promedio de 2 meses respecto al ciclo de intervención del programa.

Familias Unidas: intervención psicosocial familiar cuyos objetivos son mejorar la comunicación efectiva, aumentar el involucramiento de los padres en la vida de los NNA, aumentar el monitoreo parental y el manejo efectivo de conductas y potenciar el desarrollo de relaciones cálidas y de apoyo en la familia. Todas estas habilidades se relacionan con una respuesta eficaz para prevenir conductas arriesgadas asociadas a futura participación de riesgo delictual.

La intervención tiene una duración promedio de 3 meses respecto al ciclo de intervención del programa.

Terapia Multisistémica: tratamiento intensivo, familiar, dirigido a NNA que presentan un riesgo delictual alto incorporando a la familia en la intervención. Es un modelo de terapia altamente especializado, que se desarrolla en el hogar (elimina las barreras de acceso al servicio) y que se implementa en modalidad 24x7, con atención telefónica y presencial. Los terapeutas (psicólogos) abordan intensivamente factores de riesgo delictual a nivel individual, familiar, de pares y comunitario, de acuerdo a las necesidades (o riesgos presentes) en el NNA. De esta forma se busca mejorar el funcionamiento familiar, para que los cuidadores cuenten con adecuadas estrategias parentales y los NNA desarrollen estrategias, para reducir problemas conductuales relacionados con la participación en actividades delictuales, se mantengan en el sistema educativo y viviendo en su hogar.

La intervención tiene una duración promedio de 4 meses respecto al ciclo de intervención del programa, siendo la duración máxima de 5 meses.

Eje Temático	Prevención, tratamiento
Nivel de Cobertura	46 comunas a nivel nacional. Ver http://lazos.spd.gob.cl/cobertura/
Vía de Ingreso	A través de una evaluación realizada por los Equipos de Detección Temprana en cada comuna
Perfil beneficiarios	Niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de cometer actividades delictuales.
Requisitos	No hay criterios específicos para la atención del componente Detección Temprana.

ANEXO 4.
MESAS TÉCNICAS PARA EL LEVANTAMIENTO DE
BRECHAS Y GRUPO DE TRABAJO ASESOR

El objetivo de este proceso fue la conformación de Mesas técnicas, ya sean desde nivel intraministerial o bien de carácter intersectorial, en el marco de la actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Este proceso incluyó una etapa inicial de diagnóstico y propuestas, en donde se convocó a diversos actores relevantes en el tema, con el fin de recoger distintas perspectivas y propuestas.

La actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes se definió en función de cinco líneas estratégicas, en los tres niveles de atención del sistema de salud. En base a esto, se conformó el "Grupo de Trabajo Asesor" (en adelante GTA) científico-técnico y multidisciplinario, compuesto por los integrantes descritos en el siguiente Cuadro n° 1.

Luego, este equipo de profesionales podría recomendar acciones a realizar para avanzar en la construcción del Plan de Acción 2024-2034.

Tabla 11.
Planilla de integrantes de las Subcomisiones²³.

SUBCOMISIÓN 1: PROMOCIÓN, EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA.	
Coordinador:	Felipe Hasen / Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL.
Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Javiera Corbalán. Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile - Comité de niños, niñas y adolescentes de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar. • Alexandra Obach. Universidad del Desarrollo. • Paola Caba. Sociedad Científica Chilena de Enfermería del Niño y Adolescente / Pontificia Universidad Católica de Chile. • Ximena Barrea. SEREMI de Salud Araucanía. • Mauricio López. Carrera de Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. • Anette Díaz. SEREMI de Salud Coquimbo. • Ingrid Martínez. Servicio de Salud Antofagasta. • Yohana Beltrán. Universidad Austral de Chile. • Macarena Yusta. SEREMI de Salud Coquimbo. • Susana Otey. SEREMI de Salud Magallanes y Antártica Chilena. • Evelyn Cárdenas. SEREMI de Salud Los Lagos. • Constanza Fuentes. SEREMI de Salud Ñuble. • Alicia Carrasco Parra. Universidad de Chile.
SUBCOMISIÓN 2: PROVISIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES.	
Coordinadora:	Cettina D´Angelo / Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL

²³ Resolución exenta N°746, del 3 de junio de 2022, del Ministerio de Salud.

Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Susana Otey. SEREMI de Salud Magallanes. • Mauricio López. Matrn, Académico Universidad del Desarrollo. • Alejandra Cabellos. Ginecóloga Infantojuvenil, Hospital Base Osorno. Instituto de Ciencias Clínicas del Campo Osorno, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. • Tamara Zubarew. Pediatra, adolescentóloga. Unidad de Adolescencia, División de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. • María Isabel González. Enfermera-matrona. CEMERA, Universidad de Chile. • María José Rojas. Hospital Exequiel González Cortés. • Lorena Ramírez C. Matrona. Universidad de Santiago. • Carmen Gloria Vega. SEREMI de Salud Maule. • Gonzalo León. Servicio de Salud Maule. • Pamela Oyarzún. Ginecóloga Infantojuvenil. CEMERA, Universidad de Chile.
-----------------------	--

SUBCOMISIÓN 3. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN.

Coordinadora:	Francisca Salas / Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL
Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> • María José Rojas. Hospital Exequiel González Cortés. • María Eugenia Henríquez. Hospital Roberto del Río. Clínica Santa María. • Alexandra Obach. Universidad del Desarrollo. • Teresa Millán. Universidad de Chile. • María Belén Opazo. Servicio de Salud Metropolitano Sur. • Loreto Correa. Pediatra, adolescentóloga. Hospital de la Florida. Unidad de Adolescencia, División de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile. • Pamela Meneses. Socióloga. División de Atención Primaria, MINSAL. • Susana Otey. SEREMI de Salud Magallanes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elena Ulloa. Servicio de Salud Biobío. • Elizabeth Chandía. Servicio de Salud Talcahuano. • Henriette Larrere. Servicio de Salud Aysén. • Roxana Sepúlveda. Servicio de Salud Araucanía Sur. • Fabiola Hernández. Servicio de Salud Magallanes. • Gonzalo León. Servicio de Salud Maule. • Alejandro Gallegos. Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL. • María Luisa Alcázar. División de Gestión de Redes Asistenciales, MINSAL.
SUBCOMISIÓN 4. FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE REGISTRO, INFORMACIÓN Y VIGILANCIA.	
Coordinador:	Alejandro Gallegos / Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL.
Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Elena Ulloa. Servicio de Salud Biobío. • Carmen Gloria Riquelme. SEREMI de Salud Los Ríos. • Susana Otey. SEREMI de Salud Magallanes. • Víctor Avilés. Centro de Salud Juan Lózic Pérez, Puerto Natales. • David Mendoza. SEREMI de Salud Los Ríos.
SUBCOMISIÓN 5: RECTORÍA, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN.	
Coordinador/a:	Paula Maureira / Programa Nacional de Adolescentes y jóvenes, DIPRECE, MINSAL
Participantes:	<ul style="list-style-type: none"> • Fernando González. Pediatra. Oficial de Salud y desarrollo temprano, UNICEF. • Macarena Yusta. SEREMI de Salud Coquimbo. • Pamela Oyarzún. CEMERA, Universidad de Chile. Rama de adolescencia Sociedad Chilena de Pediatría. • María Isabel Velich. SEREMI de Salud Magallanes. • Carmen Gloria Paredes. SEREMI de Salud Tarapacá.

- María Claudia González. SEREMI de Salud Antofagasta.
- Angélica Farías. Sociedad Científica Chilena de Enfermería del Niño y Adolescente / Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Suyin Aguilar. SEREMI de Salud Arica y Parinacota.
- Evelyn Cárdenas. SEREMI de Salud Los Lagos.
- Catherina Pino. SEREMI de Salud Atacama.
- Anita Vásquez. Servicio de Salud Osorno.
- María Belén Opazo. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Cristián Jerez. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Gloria Torres. SEREMI de Salud Región Metropolitana.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel Primario de Atención [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
2. Ministerio de Salud (MINSAL). Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008 - 2015 [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%C3%adtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%C3%b3venes-2008-2015-Chile.pdf>
3. everywoman everychild. Salud adolescentes y jóvenes [Internet]. Salud adolescentes y jóvenes. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/areas-de-trabajo/salud-adolescentes-jovenes/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,la%20ni%C3%B1ez%20a%20la%20adultez>
4. ONU Sida. Seen but Not Heard: Very young adolescents aged 10 - 14 years. 2004.
5. United Nations Children's Fund (UNICEF). Adolescence: A Time That Matters. New York, NY; 2002. 43 p.
6. United Nations Children's Fund (UNICEF). Adolescent Development: Perspectives and frameworks – A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme approaches and general recommendations for adolescent programming. UNICEF, 2006. New York, NY; 2006. (Learning Series). Report No.: 1.
7. Rodríguez Naranjo M del C, Caño González A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2012;12(3):389-404.
8. Blos P. La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1981.
9. Benedict R. Patterns of Culture. 6ta ed. New York: The New American Library; 1950.
10. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Rev Chil Pediatría*. diciembre de 2015;86(6):436-43.
11. Breinbauer, C. Maddaleno, M. Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. 2005.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Jóvenes: opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, DC: OPS; 2008. 374 p.
13. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible. La agenda para el desarrollo sostenible. [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>
14. Naciones Unidas (UN). Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. 2015 [citado 11 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
15. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030. 56.º Consejo Directivo. 70.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas [Internet]. Washington, DC; 2018

REFERENCIAS

- sep. Report No.: 56. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49609/CD56-8-es.pdf?sequence=15&isAllowed=y>
16. 16. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
 17. 17. Consejo Nacional de la Infancia. Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>
 18. 18. Ministerio de Desarrollo Social de Chile, Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio Secretaria General de la Presidencia. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/cms/document/tehfggJPcanvH7ljSy8OIoU8SfuTqs1wglZzRGs.pdf>
 19. 19. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025. Estado de avance [Internet]. Disponible en: <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/estado-de-avance/actual>
 20. 20. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago; 2007.
 21. 21. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
 22. 22. Ministerio de Salud de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición. [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POLÍTICA-DE-ALIMENTACIÓN-Y-NUTRICIÓN.pdf
 23. 23. Ministerio de Salud de Chile. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf
 24. 24. Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. Ley°21.430 sobre Garantías y Protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia [Internet]. mar 15, 2022. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
 25. 25. Montero V A, González A E. Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(4):272-7.
 26. 26. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. marzo de 2010;(22):121-57.
 27. 27. T. Beauchamp J. Childress,. Principios de Ética Médica. Bioet Debat [Internet]. 1999; Disponible en: <file:///Users/juangallegos/Downloads/Dialnet-PrincipiosDeEticaBiomedicaDeTomLBeauchampYJamesFCh-6080122.pdf>

REFERENCIAS

28. 28. Bórquez E, G., Raineri B, G., Horwitz C, N., & Huepe O, G. La noción de capacidad de la persona para tomar decisiones, en la práctica médica y legal [The notion of decision making capacity in medical and legal practice]. *Rev Med Chil.* 2007;135(9):1153-9.
29. 29. Bórquez Estefo G, Horwitz Campos N, López Bravo I, Raineri Bernain G. CAPACIDAD DE LOS PACIENTES PARA TOMAR DECISIONES EN SALUD: ACTITUD Y SIGNIFICADO PARA MÉDICOS Y ABOGADOS. *Acta Bioethica.* 2008;14:166-75.
30. 30. D. Gracia, Y. Jarabo, M. Espíldora y J. Ríos,. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. *Med Clínica.* 2001;5(117):179-90.
31. 31. Olivari C, Méndez-Bustos P, Núñez R, Sepúlveda-Ramírez I. Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Acta Bioethica.* 2022;28:59-66.
32. 32. Robledo P. Aspectos bioéticos en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. En: Montero A, Niño R, editores. *Bioética en Salud Sexual y Reproductiva.* Mediterráneo; 2016. p. 188-203.
33. 33. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimaciones y proyecciones de población de Chile por edad y sexo para el período 1992-2050. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>
34. 34. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Encuesta Nacional de Juventudes 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf
35. 35. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo de Población y Vivienda 2017. 2017.
36. 36. Ministerio de Desarrollo Social - Observatorio Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2017 Gobierno de Chile [Internet]. Gobierno de Chile; Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
37. 37. Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 17 de febrero de 2020 [citado 24 de noviembre de 2022];54. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/SFwzsKcCYGc43yCgvcdJ9kd/abstract/?lang=es>
38. 38. Reyes Eguren A. Juventudes migrantes. Indocumentados, invisibilizados y mitificados. Marco conceptual para una agenda de investigación en el estudio de la migración juvenil. *Rev El Col San Luis.* 2013;(5):288-307.
39. 39. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020 Distribución regional y comuna [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020->

REFERENCIAS

40. 40. UNFPA. Estrategia Regional de UNFPA sobre Adolescencia y Juventud para América Latina y el Caribe [Internet]. 2013. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/estrategia-regional-de-unfpa-sobre-adolescencia-y-juventud-para-am%C3%A9rica-latina-y-el>
41. 41. Data Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Pobreza [Internet]. 2022. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/47>
42. 42. Ministerio de Desarrollo Social - Observatorio Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2017 Gobierno de Chile. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
43. 43. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Escolaridad promedio, según Edad [Internet]. 2021. Disponible en: : <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/614/2>
44. 44. Ministerio de Educación. Mineduc entrega detalles de cifras de deserción escolar 2021. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.mineduc.cl/mineduc-entrega-detalles-de-cifras-de-desercion-escolar-2021/>
45. 45. Centro de Estudios MINEDUC. Apuntes N°15 Caracterización de la asistencia escolar. Mayo, 2021. [Internet]. Disponible en: <https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2021/07/APUNTES-15.pdf>
46. 46. Ministerio de Educación. Ministerio de Educación. Presidente Gabriel Boric y ministro de Educación presentan plan de trabajo para la promoción de la asistencia y permanencia escolar. [Internet]. Noticias, Ministerio de Educación. Presidente Gabriel Boric y ministro de Educación presentan plan de trabajo para la promoción de la asistencia y permanencia escolar. Disponible en: <https://www.mineduc.cl/plan-de-trabajo-para-la-promocion-de-la-asistencia-y-permanencia-escolar/>
47. 47. Diario U. de Chile. Deserción escolar: 50 mil estudiantes abandonaron el sistema educativo en el 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2022/11/11/desercion-escolar-50-mil-estudiantes-abandonaron-el-sistema-educativo-en-el-2022/>
48. 48. Ministerio de Educación. Seamos Comunidad: Política de reactivación educativa integral. [Internet]. Disponible en: <https://seamoscomunidad.mineduc.cl/>
49. 49. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Niños, niñas y adolescentes [Internet]. 2022. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/50>
50. 50. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Índice de hacinamiento de la vivienda [Internet]. 2022. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/768/1/0/0/50>
51. 51. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21.271 que adecúa el Código del Trabajo en materia de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes en el mundo del trabajo. [Internet]. 21.271. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1150357>

REFERENCIAS

52. 52. Ministerio de Desarrollo Social y Familia,. Trabajo. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/41/0/0>
53. 53. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Tasa de Participación, según Edad. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/577/1>
54. 54. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Salud [Internet]. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/27/0/>
55. 55. Ministerio de Desarrollo Social y Familia <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichaIndicador/736/1>. Distribución de la población según sistema previsual de salud.
56. 56. FONASA. Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. C [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/Informe_caracterizacion_poblacion_asegurada
57. 57. Fundación Gente de la Calle. Personas en situación de calle y Derechos Humanos [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.gentedelacalle.cl/situacion-de-calle-y-derechos-humanos/>
58. 58. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Recomendaciones para una política integral orientada a niños, niñas y adolescentes en situación de calle. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/calle/Recomendaciones_NNASC-VF_12012021.pdf
59. 59. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Resultados Censo Nacional y caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle 2018. [Internet]. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/2._PPT_Resultados...SituacionCalle_06.05.2019_VF.pdf
60. 60. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Tablero Mortalidad. [Internet]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F4013de47-a3c2-47b8-8547-075525e4f819§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
61. 61. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
62. 62. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Visualización interactiva de Encuesta Nacional de Salud. [Internet]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/ens_tableau_ens/#/
63. 63. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Biblioteca Observatorio de Datos: Estadísticas Generales. [Internet]. Disponible en: <https://www.conaset.cl/programa/observatorio-datos-estadistica/biblioteca-observatorio/estadisticas-generales/>
64. 64. Ministerio de Salud (MINSAL). Informe Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017: Consumo de tabaco. [Internet]. 2018. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/Informe_tabaco_ENS_2016_17.pdf

REFERENCIAS

65. 65. Observatorio Nacional de Drogas. SENDA, Ministerio del Interior y Seguridad Pública,. Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2020 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-PG2020.pdf>
66. 66. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Tablero DEIS: Reportería de SaludMental. [Internet]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fad0c03ad-ee7a-4da4-bcc7-73d6e12920cf§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false
67. 67. INJUV. Sondeo Violencia en las Relaciones de Pareja: Visibilidad, denuncias y sanciones. 2018; Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_ndeg27_-_violencia_en_relaciones_de_pareja.pdf
68. 68. Subsecretaría de Prevención del Delito. Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en niños, niñas y adolescentes. [Internet]. Chile: Subsecretaría de Prevención del Delito.; 2017. Disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/wp-content/uploads/file-manager/Presentaci%C3%B3n-Encuesta-Polivictimizaci%C3%B3n.pdf>
69. 69. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Defunciones y Razón de Mortalidad Materna, según características sociodemográficas. [Internet]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F001a528a-9fa8-4853-97a7-dc00517e0de3§ionIndex=1&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
70. 70. F. De La Barra, B. Vicente, S. Saldivia y R. Melipilan,. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev Médica Clin Las Condes. 2012;23(5):521-9.
71. 71. Departamento de Epidemiología e Información en Salud. Informe epidemiológico N°209 Enfermedad por SARS-Cov-2 (COVID-19).
72. 72. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Informe epidemiológico COVID-19 en niños, niñas y adolescentes Chile 2021 - 2022. [Internet]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.17_Informe-epidem-COVID-19_NNA_SE-9_2022.docx.pdf
73. 73. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos [Internet]. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2006. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
74. 74. Franco Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. Rev Gerenc Políticas Salud. 2020;19.
75. 75. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations [Internet]. 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
76. 76. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. En: Evans

REFERENCIAS

- T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editores. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action [Internet]. Oxford University Press; 2001 [citado 21 de noviembre de 2022]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
77. 77. Graham H, Kelly M. Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy. 1 de enero de 2004;
 78. 78. Tarlov A, Blane D, Brunner E, Wilkinson R. Social determinants of health: the sociobiological translation.», en ., Blane D, Brunner E, Wilkinson R., Londres: Routledge, 1996. En: Health and social organization. Londres; 1996.
 79. 79. Marmot M. Economic and social determinants of disease. Bull World Health Organ. 2001;79(10):988-9.
 80. 80. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? [Internet]. S/F. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1
 81. 81. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009. 247 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
 82. 82. Sadler M, Obach A, Luengo X, Biggs MA. Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. 2011.
 83. 83. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación [Internet]. 2010. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
 84. 84. Cook C. Challenging the behavioural model: exploring individual, interpersonal, and structural predictors of adolescent dual protection use. 2009; Faculty of social work, University of Toronto.
 85. 85. Organización Panamericana de la Salud (OPS). OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283. 1996.
 86. 86. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2003;57(10):778-83.
 87. 87. Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. BMJ [Internet]. 1990 [citado 18 de febrero de 2020];301(6761). Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.301.6761.1111>
 88. 88. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Género y salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
 89. 89. Ministerio de Salud de Chile. Informe de Mortalidad por Suicidio en Chile: 2010-2019

REFERENCIAS

- [Internet]. 2022. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
90. 90. Obach A, Sadler M, Aguayo F, Bernales M. Sexual and reproductive health in young men in Chile: results of a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 2018;42:e124.
 91. 91. Buzi RS, Smith PB. Access to sexual and reproductive health care services: young men's perspectives. *J Sex Marital Ther*. 2014;40(2):149-57.
 92. 92. Knight R, Shoveller JA, Oliffe JL, Gilbert M, Frank B, Ogilvie G. Masculinities, «guy talk» and «manning up»: a discourse analysis of how young men talk about sexual health. *Sociol Health Illn*. noviembre de 2012;34(8):1246-61.
 93. 93. Consejo Económico y Social ONU. Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
 94. 94. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas: Hacia un enfoque intercultural [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>
 95. 95. Ministerio de Salud de Chile. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. 2017. Disponible en: <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>
 96. 96. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Rev Panam Salud Pública*. 30 de diciembre de 2020;44:e175.
 97. 97. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/1057>
 98. 98. Organización Panamericana de la Salud (OPS). IMAN servicios: normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes [Internet]. 2005. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49404>
 99. 99. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva [Internet]. 2000. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3479>
 100. 100. Ministerio de Educación (MINEDUC). DECRETO 597 EXENTO [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=270598&idVersion=2008-04-21>
 - 101.101. Ministerio de Salud de Chile. Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud [Internet]. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf

REFERENCIAS

102. 102. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas [Internet]. 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
103. 103. Ministerio de Salud de Chile. Matriz de Cuidados de Salud a lo largo del Curso De Vida 2022 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Matriz-de-cuidados-a-lo-largo-del-curso-de-vida-2022.pdf>
104. 104. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 2000.
105. 105. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Temas de Salud Mental en la Comunidad [Internet]. Levav I, editor. Washington, DC: OPS/OMS; 1992. (Paltex para Ejecutores de Programas de Salud). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3141/Temas%20de%20salud%20mental%20en%20la%20comunidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
106. 106. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 22 de noviembre de 2003;327(7425):1219-21.
107. 107. Ministerio de Salud de Chile. Marco operativo Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
108. 108. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica para el Manejo integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud [Internet]. 2022. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/OT-NANEAS-03032022.pdf>
109. 109. Findlay S, Pinzon J, Goldberg E, Frappier J, Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Issues of care for hospitalized youth. *Paediatr Child Health*. 1 de enero de 2008;13(1):61-4.
110. 110. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*. octubre de 2004;89(10):938-42.
111. 111. Michaud P, Suris J, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child*. octubre de 2004;89(10):943-9.
112. 112. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf
113. 113. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Datos abiertos. Listado de Establecimientos de Salud al 18/11/22. [Internet]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>
114. 114. FONASA. Datos abiertos FONASA, Población beneficiaria. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>
115. 115. MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. DECRETO 29

REFERENCIAS

DETERMINA APOORTE ESTATAL A MUNICIPALIDADES QUE INDICA, PARA SUS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD MUNICIPAL, POR EL PERÍODO QUE SEÑALA.

- 116.116. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes [Internet]. 3ra ed. Santiago; 2021 [citado 23 de mayo de 2022]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/OT-CSI-2022_Res_22_V2.pdf
- 117.117. Ministerio de Salud (MINSAL). Programa Nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada. [Internet]. 2018. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2018.12.13_PROGRAMA-ADOLESCENTES_web.pdf
- 118.118. Vargas N, Quezada A. Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. Rev Chil Pediatría. 2007;78(1):103-10.
- 119.119. World Health Organization. Adolescents friendly health services: an agenda for change [Internet]. 2003. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
120. 120. Ministerio de Salud (MINSAL). Norma Técnica 820. Estándares de Información en Salud [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2017/02/Decreto-Exento-643-Sustituye-Norma-T%C3%A9cnica-sobre-Est%C3%A1ndares-de-Informaci%C3%B3n-de-Salud-Actualizada-a-Dic-2016.pdf>
- 121.121. Ministerio de Salud de Chile. Ley°21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idnorma=1108237>
122. 122. Ministerio de Salud de Chile. Ley°21.372 modifica la Ley N°20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican [Internet]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idnorma=1166183>
123. 123. Sanders RA. Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. Pediatr Rev. agosto de 2013;34(8):354-8; quiz 358-9.
124. 124. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría. diciembre de 2015;86(6):436-43.
125. 125. Defensoría de la Niñez. ¿Qué se entiende por Autonomía Progresiva? [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.defensorianinez.cl/preguntas_frecuentes/que-se-entiende-por-autonomia-progresiva/
126. 126. M. Mead,. The Young adult. Values and Ideals of American Youth. Columbia University Pres; 1961.
- 127.127. R. Benedict. Patterns of Culture. 1950;
128. 128. Butler, Judith. El Género en Disputa. 1a ed México: Paidós. 2001;
129. 129. Lamas, Marta. Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. Debate Fem. 20(10):84-10.

REFERENCIAS

130. 130. Organización Mundial de la Salud (OMS). Género y salud. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- 131.131. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2013;
132. 132. Ministerio de Salud de Chile. Recomendaciones para la Implementación del Programa de Acompañamiento para Niños, Niñas y Adolescentes Trans y Género No Conforme [Internet]. 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RECOMENDACIONES-PARA-LA-IMPLEMENTACION-DEL-PROGRAMA-DE-ACOMPANAMIENTO-PARA-NINOS-NINAS-Y-ADOLESCENTES-TRANS-Y-GENERO-NO-CONFORME.pdf>
133. 133. PARTICIPACION CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria.
134. 134. Ministerio de Salud de Chile. Sistematización: En Salud los Jóvenes Eligen. Santiago-Valparaíso-Viña del Mar-Iquique-Concepción [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b554a9fa5044ef14e04001011e017f17.pdf>
135. 135. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica y Administrativa Ley N°21.372 para el Acompañamiento de Niños, Niñas, Adolescentes en Acciones Vinculadas a la Atención De Salud y a Mujeres o Personas Gestantes durante el Proceso de Parto 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/26052022-NT-Ley-21.372-Mila-Version-para-publicar-v2.pdf>
136. 136. World Health Organization (WHO). First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. Health Promotion. s/f. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- 137.137. Ministerio de Salud de Chile. Promoción de Salud [Internet]. División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales, editor. 2016. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN JURÍDICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

JMC/FRR/MS/EGE/CLC/YYB/BHB



APRUEBA ACTUALIZACIÓN "PROGRAMA
NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES
Y JÓVENES"

EXENTA N° 1918

SANTIAGO, 28 DIC 2023

VISTO: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763, de 1979; en la Resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N°466 de 20 de julio de 2012 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que Aprueba el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-3030. Nivel Primario de Atención"; Resolución Exenta N°406 del 9 de marzo de 2018 del Ministerio de Salud que "Aprueba el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada" y el Memorándum N°B26 258 de fecha 14 de marzo de 2023 de la División de Prevención y Control de Enfermedades, y

CONSIDERANDO:

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

2.- Que, a esta Secretaría de Estado le compete, asimismo, ejercer la rectoría del sector salud, la que comprende, entre otras materias, la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud, entre los cuales figura el **PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES**.

3.- Que, este Programa buscó inicialmente regular una provisión de servicios de atención integral, diferenciada e integrada, respetuosa de los derechos, que responda a las necesidades de adolescentes y jóvenes, cuyo objetivo general es desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente enfoques de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescente y jóvenes.

4.- Que, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, dispuso un plan de trabajo a desarrollarse entre los años 2012-2020, por lo que habiéndose cumplido una década de este programa, se hace necesario actualizarlo.

5.- Que, debido a lo anterior, el Departamento de Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública, elaboró la actualización del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, cuya aprobación fue solicitada por el jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades a través del Memorándum N°B26 258 de fecha 14 de marzo de 2023.

6.- Que, el objetivo de esta publicación es actualizar el programa de acuerdo con las necesidades que han surgido en cuanto a la situación epidemiológica del país, incorporando los tres niveles de atención en un solo documento programático, se requiere realizar una actualización en la canasta de prestaciones, actualizar los enfoques para la atención de adolescentes y jóvenes e incorporar la recomendación de extensión de la edad pediátrica, entre otros.

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

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUÉBASE** el "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes", cuyo texto se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución, que consta de 152 páginas, visadas por la jefatura de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

2.- **PUBLÍQUESE**, por el Departamento de Ciclo Vital el texto íntegro del documento "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes" y de la presente resolución, a contar de la total tramitación de esta última, dejándose constancia en el texto publicado de la individualización de la resolución aprobatoria y el carácter de vigente del documento".

3.- **REMÍTASE** un ejemplar del "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes", a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



411

ANDREA ALBAGLI IRURETAGOYENA
MINISTRA DE SALUD (S)

DISTRIBUCION

- Gabinete Ministra de Salud
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División Jurídica
- Depto. de Ciclo Vital
- Oficina de Partes

