

METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN PARA INSTALACIÓN DE ESPACIOS AMIGABLES DE ATENCIÓN ADOLESCENTES

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES
Y JÓVENES, 2017



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

<p>Lorena Ramírez Concha Matrona Encargada Nacional del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud</p>	<p>Cettina D'Angelo Quezada Matrona Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud</p>
<p>Pamela Meneses Cordero Socióloga Referente del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Departamento Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud</p>	<p>Marisol Salgado Kinesióloga - Magister © Salud Publica Colaboradora externa Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud</p>

ÍNDICE

ANTECEDENTES	4
METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN COMUNAS DEPENDIENTES DE SERVICIOS DE SALUD, PARA INSTALACIÓN DE NUEVOS ESPACIOS AMIGABLES DE ATENCIÓN ADOLESCENTES	5
ANTECEDENTES	5
METODOLOGÍA MATRIZ	7
INDICADORES COMUNALES UTILIZADOS	8
PROCESO DE DEFINICIÓN DE PRIORIZACIÓN	10
DETALLE MODELO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN	10
BIBLIOGRAFÍA	12

ANTECEDENTES

En el año 2008 se desarrolla un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población adolescente, el Programa de Espacios Amigables (EA), los que se instalan, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años(1).

En el año 2014, con el fin, de avanzar en el cierre de brechas en la atención de adolescentes, se modificó el indicador de la Estrategia Nacional de Salud para la década (2011-2020), estableciéndose que el 100% de los establecimientos de APS cuenten con un Espacio Amigable para Adolescentes (567 establecimientos de salud, correspondiendo a 417 Cesfam; 84 CGU y 66 CGR) (2). Los Espacios Amigables constituyen una estrategia única para mejorar el acceso a la atención de salud integral, para intervenir oportunamente factores y conductas de riesgo, fortalecer conductas protectoras para su salud, incluida salud sexual y reproductiva, contribuir a disminuir embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS-VIH/SIDA), suicidio y otros problemas de salud, además de potenciar un desarrollo y crecimiento saludable.

El énfasis de la atención está puesto en la Salud Sexual y Reproductiva, desarrollando acciones promocionales y preventivas, con enfoques integradores tales como: de derechos, género, interculturalidad, participación, familiar y comunitario, entre otros, en los centros de salud y en establecimientos educacionales, en horarios de atención diferidos, sala de espera exclusivas, donde se resguarda la privacidad y confidencialidad, respeto por la diversidad y personal con competencias en la atención de este grupo.

En 2015 se fusionaron los Programas Espacios Amigables para Adolescentes (EA) y Control Joven Sano, constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de salud y en una oportunidad para evaluar y promover un desarrollo y crecimiento saludable para la población adolescente del país. Se fortalecen estos espacios, aumentando el número de horas profesional matrona y reforzando acciones preventivas en los establecimientos educacionales.

En ese mismo periodo se aprueba una expansión presupuestaria que posibilita la implementación de nuevos Espacios Amigables. En este contexto, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, de la Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, con el apoyo técnico del Departamento de Epidemiología Minsal, elabora una metodología para priorizar las comunas donde se instalaran los nuevos Espacios Amigables de Atención Adolescentes, con el fin de asegurar una instalación que cumpla con el principio de equidad, que considere comunas del país con altas tasas de fecundidad, suicidio y vulnerabilidad social en adolescentes.

METODOLOGÍA DE PRIORIZACIÓN PARA INSTALACIÓN DE NUEVOS ESPACIOS AMIGABLES DE ATENCIÓN ADOLESCENTES

ANTECEDENTES

La Estrategia Nacional de Salud, 2011-2020, actualizada en el año 2014, propone para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 9 ejes estratégicos:



El eje estratégico ciclo vital, considera 2 metas para el logro de los objetivos sanitarios que están vinculadas al Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes (2):

META

Disminuir 10% la tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 29 años al año 2020.

META

Disminuir 15% la tasa de suicidio en personas de 10 a 19 años al año 2020.

En este contexto, el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, asume nuevos desafíos para corregir las inequidades, mejorar la pertinencia, acceso y modelo de calidad de los servicios de salud para adolescentes y avanzar hacia el logro de coberturas universales para esta población. Orientando acciones de salud pública focalizadas y basadas en evidencia para el cuidado de su salud integral con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, desde una perspectiva de curso de vida, de derechos, determinantes sociales, género y de participación.

El embarazo en adolescentes es considerado una problemática social, que tiene múltiples consecuencias en la vida de adolescentes, sus hijos o hijas y su familia. Se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, así como a conductas de riesgo como inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva. Se vincula también con ausencia de oportunidades para desarrollar un proyecto de vida distinto a la maternidad temprana que se relaciona con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (3).

De acuerdo a estimaciones de Naciones Unidas sobre la fecundidad adolescente, América Latina y El Caribe se encuentra entre las más altas del mundo y la subregión andina presenta un promedio de 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años (3).

En el caso de Chile ha presentado una disminución importante, posicionándolo con una tasa de fecundidad adolescente menor al promedio regional y de América del Sur y ligeramente superior al promedio mundial.

Durante el periodo 2000–2008, la tasa de fecundidad adolescente en Chile fue irregular presentando bajas y alzas. A partir del año 2008 se observa una disminución sostenida en el grupo de 15 a 19 años, de 15,59 puntos en el periodo 2008–2015. En el grupo de menores de 15 años, no se observa esta tendencia.

La Tasa de fecundidad en el grupo de 15–19 años alcanzó en el año 2015 un valor de 39,31 (1.000 mujeres en ese grupo etario). En la menores de 15 años la razón de fecundidad fue de 1,21 (717 nacidos vivos). Cabe destacar que la tasa de fecundidad 10–19 años, alcanzada fue 21,1, la que es más baja a lo comprometido para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011–2020.

Si bien las cifras alcanzadas son auspiciosas y dan cuenta que las tasas de fecundidad en adolescente han disminuido de manera importante en los últimos 20 años, sabemos que aún persisten inequidades entre regiones y nivel socioeconómico y dado el impacto que tiene la maternidad y paternidad en la adolescencia, sigue siendo una prioridad para el país.

Respecto a la mortalidad por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años, a nivel mundial es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 29 años. La tasa promedio mundial de suicidio es de 11,4 por 100 mil habitantes, siendo el doble en hombres que en mujeres (4).

Chile presentó un incremento progresivo en la tasa de suicidios entre el año 2000 y 2008, llegando el 2008 a 12,36 por 100.000 y 12,92 en el grupo de 15 a 19 años.

Panorama actual (2015): baja gradual hasta tasas similares a las del año 2000, 10,2 por 100.000 habitantes a nivel global y de 8,17 en el grupo de 15 a 19 años. También es importante destacar, que el valor alcanzado es menor a lo comprometido en la los Objetivos Sanitarios para la década 2011–2020.

En base a estos antecedentes, se propone la elaboración de una matriz, que considere estas problemáticas de salud de adolescentes.

METODOLOGÍA MATRIZ

Para la elaboración de la matriz se tomaron en consideración los siguientes indicadores:

- Razón de fecundidad 10 - 14 años
- Tasa de fecundidad 15 - 19 años
- Tasa de suicidio adolescente (Promedio años 2008 a 2013)
- Tamaño población adolescente de 10-19 años (Según Proyecciones DEIS)
- 1º y 2º Prioridad del IVE - SINAIE (Índice de vulnerabilidad escolar, Sistema Nacional de Asignación con Equidad) JUNAEB.

Figura nº 1: Muestra los indicadores a considerar para la creación de la Matriz de priorización de Espacios Amigables

RIESGO:	DEMOGRÁFICA:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Razón de fecundidad 10 - 14 años. ▪ Tasa de fecundidad 15 - 19 años. ▪ Promedio de Tasa y suicidio adolescente años 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013. ▪ Índice de Vulnerabilidad escolar y asignación con equidad de JUNAEB (1º y 2º prioridad). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población adolescente de 10 - 19 años, percentil mayor o igual a 25.

Para la priorización de comunas a futuro, se deben usar las tasas más actualizadas y validadas por DEIS MINSAL, tanto para fecundidad como para el promedio de suicidio.

INDICADORES COMUNALES UTILIZADOS

- **Razón de fecundidad:**

El número de nacimientos que ocurren durante año X por cada 1,000 mujeres menores de 15 años. En el grupo, la expresión de fecundidad se denomina "Razón", dado que el denominador para el cálculo en este grupo reviste imprecisiones, pues se incluye un universo poblacional donde no todas las mujeres han ingresado a la edad fértil.

- **Tasa de fecundidad:**

El número de nacimientos que ocurren durante año X por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

- **Promedio de Tasa suicidio:**

Corresponde al promedio de defunciones por lesiones autoinflingidas en adolescentes 10 a 19 años, durante un promedio de al menos 6 años, dada la baja incidencia en las comunas.

- **Índice de vulnerabilidad y equidad escolar JUNAEB(5):**

Este índice se calcula en base a información obtenida de diferentes instituciones (MINEDUC, MDS, FONASA, SEMANE, MINSAL Y servicio de Registro Civil) que permiten evaluar las características de los estudiantes. Este índice se construye a partir de dos grupos de variables que determinan perfiles de riesgo/ prioridad:

1. Primera Prioridad:

Considera los siguientes aspectos: Área geográfica del establecimiento educacional, Comuna de residencia del estudiante, Años de escolaridad de la madre del estudiante, Puntaje de Ficha de Protección Social del estudiante y Grupo de salud del estudiante.

Estudiantes en alto nivel de vulnerabilidad socioeconómica:

Población considerada bajo el corte de Indigencia o nivel de mayor vulnerabilidad socioeconómica, es decir, igual o menor a 4.213 puntos en la Ficha de Protección Social (corte actualmente utilizado por Ministerio de Desarrollo Social para ingreso al Sistema Chile Solidario). En caso de no poseer información de la Ficha de Protección Social, los estudiantes son evaluados por la escolaridad de la madre y sistema de salud, de acuerdo a la región y condición de ruralidad del estudiante, según la siguiente tabla. Los valores de la tabla son el resultado de un modelo estadístico que indica que las variables "sistema de salud" en conjunto con "años de escolaridad de la madre" son muy buenas variables predictoras de la condición de vulnerabilidad socioeconómica de un estudiante, esto medido a través de la Ficha de Protección Social y su homologación con la encuesta CASEN. De manera automática ingresan a primera prioridad los estudiantes informados como parte del Programa Chile Solidario, Ingreso Ético Familiar y que han pasado por la red SENAME.

2. Segunda Prioridad:

- Presencia de caries según encuesta JUNAEB primero básico
- Peso del estudiante según encuesta JUNAEB primero básico
- Talla del estudiante según encuesta JUNAEB primero básico
- Edad del estudiante
- Curso al que asiste el estudiante
- Puntaje SIMCE2 4º y 8º básico, estudiante y establecimiento
- Años de escolaridad de la Madre del estudiante
- Promedio de notas x año.
- Porcentaje asistencia año x año.
- Condición de Maternidad, Paternidad o Embarazo.
- Sistema de salud del estudiante.

Estudiantes en condición de pobreza o nivel medio-bajo de vulnerabilidad socioeconómica:

Población que tienen puntaje de la FPS entre 4.213 y 8500 puntos, que cursan entre 1º y 8º básico, que no fueron clasificados en 1ª prioridad y están en riesgo de fracaso escolar. Población en riesgo de obtener bajos logros académicos, medidos a través de un conjunto de variables como, años de escolaridad de la madre, características físicas, sobre edad en el nivel correspondiente, ruralidad y género.

Estudiantes en condición de pobreza o nivel medio-bajo de vulnerabilidad socioeconómica (puntaje de la FPS entre 4.213 y 8500 puntos), que cursan entre 6º básico y 4º medio, que no fueron clasificados en 1ª prioridad y que están en riesgo de obtener bajo rendimiento o asistencia escolar (medido a través de notas y asistencia del estudiante).

Estudiantes que cursan entre 7º básico y 3º medio, que no fueron clasificados en 1ª prioridad y que presentan una alta probabilidad de desertar del sistema educacional formal, medido a través del modelo de deserción con variables como; escolaridad de la madre, grupo de salud, condición de maternidad, paternidad y embarazo, bajo rendimiento y asistencia.

- **Población adolescente ambos sexos, de 10 a 19 años:**

Se definió la población adolescente de 10 a 19 años, de ambos sexos, En base a las proyecciones poblacionales publicadas por el INE periodo 1990–2020, calculadas con los datos del censo 2002, proyección para x año, corte percentil mayor o igual 25, para tamaño poblacional.

PROCESO DE DEFINICIÓN DE PRIORIZACIÓN

Una vez definidas, se determinó el valor de cada indicador a nivel comunal, para ello se utilizó un rango, mínimo de 0 y máximo 1. La suma de los valores obtenidos de cada indicador por comuna da un valor global para la priorización de las comunas donde se implementarán los espacios amigables. Por lo tanto, a mayor valor arrojado según la tabla de priorización, mayor la prioridad de instaurar el espacio amigable en la comuna.

DETALLE MODELO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

A continuación se muestran ejemplos del proceso, en la Tabla N°1 se detalla la priorización creada en una planilla de datos Excel, en donde se define la región, luego la comuna a estudiar, y a continuación se detallan los valores obtenidos para las variables razón de fecundidad de 10 a 14 años (año 2013), tasa de fecundidad de 15 a 19 años (año 2013), el Promedio de tasa de suicidio (para la primera priorización se utilizó el periodo 2008-2013), el índice de vulnerabilidad del sistema nacional de equidad (2da prioridad por comuna año 2013), la proyección de población según DEIS, para el grupo de 10 a 19 años (año 2013).

Tabla N°1: Ejemplo de Matriz de Priorización, según Región y comuna e indicadores

Nombre Región	Nombre Comuna	Razón de fecundidad de 10 a 14 años	VALOR MODELO	Tasa de fecundidad de 15 a 19 años	VALOR MODELO	Promedio Tasa de suicidio 2008-2013	VALOR MODELO	IVE-SINAE 2 Prioridades COMUNA 2013	VALOR MODELO	Población 10-19 años	VALOR MODELO	Total valor Modelo
Valparaíso	Los Andes	1,34	0,16	53,78	0,59	12,4	0,34	48,46	0,51	12706	0,73	2,33
Valparaíso	Llaillay	0,00	0,00	50,78	0,56	4,1	0,11	64,61	0,68	3548	0,20	1,56
Valparaíso	Casablanca	1,04	0,12	53,84	0,60	16,5	0,45	50,42	0,53	5045	0,29	1,99
Del Maule	Curepto	0,00	0,00	37,15	0,41	20,5	0,56	70,75	0,74	1138	0,07	1,78
Del Maule	Chanco	5,97	0,71	69,49	0,77	11,5	0,31	72,51	0,76	1440	0,08	2,63
Del Maule	Hualañé	8,45	1,00	39,51	0,44	0	0,00	69,96	0,74	1467	0,08	2,26
Del Maule	Licantén	0,00	0,00	7,97	0,09	29,5	0,80	60,24	0,63	1112	0,06	1,59
Del Maule	Molina	0,73	0,09	52,08	0,58	5,4	0,15	61,17	0,64	6564	0,38	1,83
Del Maule	Teno	0,97	0,12	42,55	0,47	0	0,00	62,05	0,65	4415	0,25	1,49
Del Biobío	Cañete	0,74	0,09	60,12	0,67	8,4	0,23	72,07	0,76	5615	0,32	2,06
Del Biobío	Contulmo	0,00	0,00	49,50	0,55	18	0,49	77,23	0,81	721	0,04	1,89
Del Biobío	Curanilahue	3,65	0,43	73,06	0,81	8,1	0,22	55,41	0,55	4877	0,28	2,29
Del Biobío	Lebu	1,86	0,22	53,04	0,59	17,4	0,47	65,76	0,69	4384	0,25	2,22
Del Biobío	Laja	0,00	0,00	47,07	0,52	9	0,25	61,93	0,65	3216	0,18	1,60
Del Biobío	MulchénMulc	1,69	0,20	56,60	0,63	6,1	0,17	66,76	0,70	4511	0,26	1,95
Del Biobío	Nacimiento	0,00	0,00	47,27	0,52	18,7	0,51	54,09	0,57	4165	0,24	1,84
Del Biobío	Santa Bárbara	0,00	0,00	41,50	0,46	7,9	0,22	73,15	0,77	2383	0,14	1,58
Del Biobío	Tucapel	0,00	0,00	58,23	0,64	23,7	0,65	68,64	0,72	1988	0,11	2,13

La tabla muestra un ejemplo de la Matriz de Priorización, según región y comuna, en donde se detallan los indicadores considerados y el valor de predicción de priorización, por indicador en un rango de 0 a 1 (siendo 1 máxima prioridad) y el valor total de modelo donde a mayor valor, se considera más significativa su priorización.

Una vez obtenidos los valores totales del modelo para cada región y sus respectivas comunas, se procede a ordenar de mayor a menor y se decide la priorización de instalación y puesta en marcha de los Espacios Amigables.

A continuación se muestra un ejemplo según el modelo utilizado en el primer proceso de instalación de Espacios Amigables.

Tabla N°2: Muestra el detalle de priorización de instalación de Espacios Amigables, según valor total del modelo

NOMBRE REGIÓN	NOMBRE COMUNA	RESULTADO FINAL
Aysén	Aysén	2,93
Araucanía	Curacautín	2,88
Araucanía	Galvarino	2,87
Los Lagos	Puerto Octay	2,75
Del Maule	Chanco	2,63
Araucanía	Saavedra	2,37
Los Ríos	Lanco	2,36
Valparaíso	Los Andes	2,33
Araucanía	Pucón	2,31
Del Biobío	Curanilahue	2,29
Del Maule	Hualañé	2,26

BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL. Aprueba Programa espacios amigables para la salud de adolescentes en centros de salud. EXENTO N° 597 ago 28, 2008.
2. 37273_Plan Nacional de Salud_3003.pdf [Internet]. Google Docs. [citado 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0B1ggoEHGj9gaSWRweHIOandPMnM/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
3. Estudio-CEPAL-elaborado-en-el-marco-del-Acuerdo-que-tiene-con-UNFPA.pdf [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/04/Estudio-CEPAL-elaborado-en-el-marco-del-Acuerdo-que-tiene-con-UNFPA.pdf
4. exe_summary_spanish.pdf [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
5. SINAEB. Sistema Nacional de Asignación con Equidad para Becas JUNAEB [Internet]. Scribd. [citado 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/167831750/SINAEB-Sistema-Nacional-de-Asignacion-con-Equidad-para-Becas-JUNAEB>