



SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, AMIGABLES Y DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, 2017.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

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	Pamela Meneses Cordero Socióloga Referente del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Depto. Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
Paz Robledo Hoecker Médico Pediatra Especialista en Adolescencia Asesora Gabinete Ministra Ministerio de Salud	Cettina D'Angelo Quezada Matrona 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
Nicolás Vega Fuentes Kinesiólogo/Bioestadístico 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	

COLABORADORES MINISTERIO DE SALUD

Clodovet Millalen Sandoval Antropóloga Encargada Programa de Salud Indígena Departamento de Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	Juan Baeza Correa Matrón Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud
Luis Panguinao Pichuncho Antropólogo Asesor Salud y Pueblos Indígenas Departamento de Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	Barbara Bustos Barrera PhD. Antropóloga médica Departamento Salud Intercultural y Migrantes División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud
Jeanette Henríquez Barahona Antropóloga Departamento Salud Intercultural y Migrantes División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud	Sebastián Maldonado Vívar Trabajador Social Asesor Programa Trata de personas y Migración Departamento de Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
María Soledad Bunger Terapeuta Ocupacional Unidad de Rehabilitación Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados / DIGERA Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud	Claudia Padilla Rubio Profesora Departamento de Modelo APS División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud

COLABORADORES MINISTERIO DE SALUD

Alejandro Ramírez Jaramillo Psicólogo Programa Salud y Pueblos Indígenas Departamento de Atención Primaria Servicio de Salud Arauco	Alvaro Basualto Bustamante Psicólogo Programa Salud Mental Departamento de Atención Primaria Servicio de Salud Biobío
Susana Otey Barrientos Trabajadora Social Encargada Programa Salud Adolescente/Joven- SEREMI de Salud Magallanes y Antártica Chilena	Vivian Garay Vukasovic Educadora de Párvulos Programa Promoción de la Salud SEREMI de Salud Magallanes y Antártica Chilena
Fabiola García Toro Periodista Referente de Participación Ciudadana SEREMI de Salud Magallanes y Antártica Chilena	Rodrigo Santana Alvarado. Periodista Referente de Participación Ciudadana SEREMI de Salud Magallanes y Antártica Chilena

COLABORADORES EXTERNOS

Adela Montero Vega Médico, Especialista en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Directora Centro de Medicina Reproductiva y Salud Integral del Adolescente (CEMERA). Profesora Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.	Maria Isabel Gonzalez Trivelli Enfermera Matrona. Centro de Medicina Reproductiva y Salud Integral del Adolescente (CEMERA). Profesora Asistente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
---	--

COLABORADORES EXTERNOS

Tamara Zubarew Gurtchin Médico Pediatra Especialista en Adolescencia División de Pediatría, Facultad de Medicina P. Universidad Católica de Chile	Carlos Güida Leskevicius Médico Profesor Adjunto Facultad de Medicina Universidad de Chile
Sergio Rodríguez Tramolao Consultor Independiente en Participación de Adolescentes y Jóvenes	José Iribarra Olave Arquitecto Universidad de Santiago de Chile
Adolescentes y Jóvenes Consejo Consultivo “Salud Joven” Punta Arenas.	

Carolina Asela Araya

Médico Pediatra

Jefe Departamento Ciclo Vital. Vital División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. MARCO GLOBAL	12
1. 1 OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA ORIENTACIÓN.....	12
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
1.1.3 TIPO DE USUARIOS A LOS QUE ESTA DIRIGIDA LA ORIENTACIÓN	13
1.2 ANTECEDENTES	13
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	17
1.3.1 ADOLESCENCIA	17
1.3.2 ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES EN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES	21
1.3.2.1 Aspectos bioéticos.....	21
1.3.2.2 Aspectos legales a considerar.....	24
1.3.2.3 Tratados y Convenciones Internacionales	25
1.3.2.4 Leyes específicas en Chile para adolescentes.....	26
CAPÍTULO II. SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	29
2.1 MODALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES EN EL MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	29
2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	39
2.3 MODELOS Y ENFOQUES INTEGRADORES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES	41
2.3.1 MODELO SALUD INTEGRAL.....	42
2.3.2 MODELO ECOLÓGICO BRONFENBRENNER	42

2.3.3 ENFOQUES INTEGRADORES	43
2.4 RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.....	53
CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES PARA SER INCLUSIVOS	61
3.1 ORIENTACIONES PARA UNA ATENCIÓN INCLUSIVA Y RESPETUOSA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS, LESBIANAS, BISEXUALES O TRANS (GLBT) EN SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES.....	61
3.1.1 PRINCIPALES BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD.....	64
3.1.1.1 Barreras en los establecimientos de Salud	64
3.1.1.2 Barreras prácticas profesionales.....	65
3.1.1.3 Barreras personales	66
3.1.1.4 Barreras información y educación	67
3.1.2 RECOMENDACIONES ORIENTADAS A LOS EQUIPOS DE SALUD, PARA UNA LA ATENCIÓN INCLUSIVA Y RESPETUOSA DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES LGBT	68
3.1.2.1 En los servicios de salud para adolescentes.	68
3.1.2.2 Para el equipo de salud durante la atención.	69
3.2 PUEBLOS ORIGINARIOS	71
3.2.1 ADOLESCENCIA EN CONTEXTO INDÍGENAS	71
3.2.2 RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD Y SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES PARA TRABAJAR CON PUEBLOS ORIGINARIOS.....	75
3.3 ADOLESCENTES INMIGRANTES	76
3.3.1 ADOLESCENTES MIGRANTES Y FACTORES DE RIESGO	76
3.3.2 POSIBLES EFECTOS DE LA MIGRACIÓN.....	79
3.3.3 RECOMENDACIONES PARA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES MIGRANTES.....	81
3.4 SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.....	86
CAPÍTULO IV-. PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EN LOS SEVICIOS DE SALUD AMIGABLES	91
4.1.2 PARTICIPACIÓN CON ADOLESCENTES EN SALUD	92

4.1.3 INFLUENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	93
4.1.4. ESPACIOS AMIGABLES, UN APOORTE PARA LA PARTICIPACIÓN LOCAL ADOLESCENTE.....	102
CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS Y COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE ATIENDE ADOLESCENTES.....	108
5.1 COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN INDIVIDUAL INTEGRAL DE SALUD, EMPÁTICA Y DE ALTA CALIDAD.	108
5.2 COMPETENCIAS RELACIONADAS A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD INTEGRAL, DIRIGIDAS A ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS.....	110
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES	111
6.1 CRITERIOS A CONSIDERAR PARA LA INSTALACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES	111
6.2 INFRAESTRUCTURA Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES	112
6.3 CARTERA DE PRESTACIONES PARA ADOLESCENTES	116
6.4 PROGRAMAS CON LOS CUALES SE VINCULA.....	121
CAPÍTULO VII. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y COBERTURA SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES PARA ADOLESCENTES, CON ENFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	122
7.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD Y COBERTURA Y OBJETIVOS.....	122
7.2 OBJETIVO GENERAL.....	123
7.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	123
7.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	126
7.4.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES.....	126
7.4.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN EVALUACIÓN DE COBERTURA.....	128
7.5 PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN	128
7.5.1 NIVELES DE MEDICIÓN.....	129
7.6 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD Y COBERTURA.....	131

7.6.1 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES POR ADOLESCENTES ATENDIDOS.....	131
7.6.2 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN ENCUESTA A DIRECTORES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUE PERTENECE EL SERVICIO DE SALUD AMIGABLE.	132
7.6.3 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN ENCUESTA A PROFESIONALES QUE ATIENDEN EN LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES.....	133
7.6.4 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN A TRAVÉS APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN.....	133
7.6.5 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.	133
7.6.6 EVALUACIÓN DE COBERTURA	135
7.6.7 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	137
7.6.8 PLAN DE ANÁLISIS	137
ANEXOS	139
REFERENCIAS	144
BIBLIOGRÁFICAS	144

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida donde se producen importantes cambios y desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementen la salud y el bienestar de los y las adolescentes.

Durante décadas fue considerada como mera transición entre la niñez y la adultez. Actualmente se reconoce que la Adolescencia es una etapa que se extiende por diez años, y que muestra la profunda interacción entre los factores sociales, psicológicos, biológicos y vinculares, en la cual la influencia del medio familiar, social y cultural es crucial en la salud integral durante esa etapa y en la cual se condiciona la vida adulta. Por tanto, no existe una sola modalidad de transcurrir la adolescencia, siendo que existen distintas dimensiones que pueden generar vulnerabilidad en una sociedad: la pertenencia a pueblo originario, el sexo, el género, la condición de migrante, la situación de discapacidad.

La importancia de la población adolescente, para el desarrollo del país y para el sistema de salud, dados los nuevos desafíos epidemiológicos, genera la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la oferta de servicios, de manera que den respuesta a las necesidades de salud integral de esta población.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Panamericana de Salud (OPS), plantean que estos servicios deben ser Amigables y de calidad, que cumplan con las siguientes características: accesibles, equitativos, aceptados, apropiados, comprehensivos, efectivos, eficientes y respetuosos, a fin de garantizar el derecho que tienen todos los y las adolescentes a una atención digna, oportuna, integral, con carácter promocional y preventivo, confidencial, entre otros aspectos.

En este contexto, bajo recomendaciones de la OMS/OPS, desde el año 2008, el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, desarrolla un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población adolescente, denominado “Programa de Espacios Amigables (EA)”, instalándose en el primer semestre del 2009 54 dispositivos amigables, especialmente en las comunas con altas tasas de embarazo adolescente.

Esta iniciativa, recoge la importancia de tener servicios de salud integrales amigables, con énfasis en la Salud Sexual Reproductiva (SSR), para aumentar el uso de estos servicios en materia de la SSR y avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios comprometidos.

Al 2017 se cuenta con 263 Espacios Amigables de atención para adolescentes financiados por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. También es importante destacar que en el país se han desarrollado variadas iniciativas de servicios en los territorios que van de menos a más diferenciados, las que se suman y contribuyen a mejorar la salud y bienestar de los y las adolescentes.

Recomendaciones internacionales y nacionales refieren que los servicios de salud amigables deben responder a las necesidades de los y las adolescentes, otorgar principalmente atención preventiva con enfoque bio-psico-social, entre otros enfoques integradores, oportuna y pertinente, acciones promocionales y de educación en salud, basadas en la evidencia disponible, centrados en el o la adolescentes en un marco de derechos y principios bioéticos, y vinculados con las escuelas y promover la participación juvenil y empoderamiento.

También es clave que los servicios para adolescentes, enfaticen y fortalezcan las acciones en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como una estrategia que permita estimular el desarrollo integral e integrado de este ámbito del desarrollo de los seres humanos, libre de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, prevenir el embarazo adolescente, eliminando las barreras de acceso a los centros de salud, sean estas geográficas, culturales entre otras.

En este contexto el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, desarrolla la siguiente propuesta que recoge recomendaciones de agencias internacionales, experiencias nacionales exitosas, con aportes de expertos y profesionales del Ministerio de Salud de Chile, quienes contribuyeron para el desarrollo y enriquecimiento de este documento. También se incluyen los aportes realizados por un grupo de 30 expertos en el año 2007, que fueron convocados por el Programa Nacional de Salud de Adolescentes de ese periodo, para el desarrollo de un documento para la implementación de servicios de salud amigables para adolescentes.

La presente Orientación Técnica tiene como fin orientar a los tomadores de decisión local y equipos de salud, en la implementación y desarrollo de Servicios de Salud Integrales Amigables, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y estándares de Calidad, en un marco de derechos para adolescentes en la Atención Primaria de Salud.

CAPÍTULO I. MARCO GLOBAL

1.1 OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA ORIENTACIÓN

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Orientar a Directivos, gestores de redes y equipos de salud para la implementación y desarrollo de Servicios de Salud Integrales Amigables de calidad, para adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, en un marco de derechos para adolescentes en la Atención Primaria de Salud.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir las características de los servicios de salud para adolescentes y las distintas modalidades de organización de servicios de salud para adolescentes.
- Analizar aspectos bioéticos y legales de la atención de adolescentes.
- Definir el modelo de atención y enfoques integradores.
- Establecer orientaciones para una atención inclusiva y respetuosa de adolescentes gays, lesbianas y bisexuales (GLB) en los servicios de salud para adolescentes.
- Establecer orientaciones para una atención inclusiva y respetuosa de adolescentes pertenecientes a pueblos originarios.
- Establecer orientaciones para una atención inclusiva y respetuosa de adolescentes migrantes.
- Establecer orientaciones para una atención inclusiva y respetuosa de adolescentes con discapacidad.
- Describir las competencias deseables de los profesionales de salud que atienden en los servicios de salud para adolescentes.
- Entregar herramientas para el desarrollo y fortalecimiento de la participación juvenil.
- Establecer orientaciones para la organización y funcionamiento de los servicios de salud amigables.
- Establecer orientaciones para evaluación de la calidad y cobertura de los servicios de salud integrales con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva.

1.1.3 TIPO DE USUARIOS A LOS QUE ESTA DIRIGIDA LA ORIENTACIÓN

Estas orientaciones se dirigen a tomadores de decisión, profesionales de SEREMI, profesionales de los Servicios de Salud y a equipos de atención primaria que atienden adolescentes en los Establecimientos de Salud, Espacios Amigables y Servicios diferenciados para adolescentes, sean públicos o privados del país.

1.2 ANTECEDENTES

En el año 2008, en base a recomendaciones técnicas propuestas por agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la salud (OMS) [1] [2] y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, desarrolla un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población adolescente iniciándose la estrategia Espacios amigables para adolescentes, instalándose en el año 2009 54 Espacios Amigables en comunas con las mayores tasas de fecundidad adolescente, con el fin de abordar las dificultades de acceso de los y las adolescentes, dentro de un modelo de atención familiar y comunitario [3].

El año 2012 el ministerio define el Plan de acción de Salud Adolescente 2012-2020, y señala la necesidad de mejorar los servicios de salud en el nivel primario de atención, para atender las necesidades de esta población, definiendo los Espacios Amigables, como modelo de servicios que por sus características y modalidad de atención, aseguren la accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respeto cultura, la diversidad y participación juvenil [4].

En el año 2014, con el fin de avanzar en el cierre de brechas y mejorar el acceso a la atención de adolescentes, en la Estrategia Nacional de Salud para la década (2011-2020), se modificó la meta para la década pasando desde contar con el 50% de las comunas del país con al menos un Espacio Amigable (EA), a plantear la implementación de un espacio amigable en el 100% de los establecimientos de salud del nivel primario de salud: Centro de salud familiar (CESFAM), Consultorio General Urbano (CGU) y Consultorio General Rural (CGR).

En el 2015, se rediseña y fortalece el Programa Espacios Amigables, fusionándose con el Programa de Control de Salud Integral, (denominado también Control Joven Sano), 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 (SRR).

En el año 2017 la instalación de los Espacios Amigables se incrementa en un 387% (año 2008 54 EA; 2009-2014 64 EA; 2015 90 EA; 2016 192 EA; 2017 263 EA).). Para la implementación de los nuevos EA, se elaboró una matriz de priorización que consideró las comunas con altas tasas de fecundidad y suicidio, mayores índices de vulnerabilidad escolar (IVE SINAIE) y tamaño de la población adolescente que fueran superiores o iguales al percentil 25 [5].

El énfasis se coloca en la calidad de la atención y las acciones de Salud Sexual y Reproductiva, a fin de mejorar el acceso a consejería y uso de métodos anticonceptivos, e impactar en bajar las tasas de fecundidad. Por ello en el año 2016, se implementó una Guía de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, que entrega recomendaciones prácticas a los equipo de salud, en temáticas de prevención del embarazo, las ITS/VIH/SIDA, uso del condón, abordaje de distintas orientaciones e identidad sexual y transversalmente promover la identidad de género. Se fortalecen estos espacios, aumentando el número de horas profesional matrona y se refuerzan las acciones preventivas en los establecimientos educacionales.

Las estrategias desarrolladas por el Programa Nacional de salud de adolescentes y Jóvenes están vinculadas con la Estrategia Nacional de Salud, 2011-2020, actualizada en el año 2014, que considera 2 metas para el logro de los objetivos sanitarios en su eje estratégico ciclo vital:

META

Disminuir 10% la tasa de fecundidad de mujeres de 10 a 19 años al año 2020.

META

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

El embarazo en adolescentes es considerado una problemática social, que tiene múltiples consecuencias como la falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo o hija y su familia. Se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, menos información y educación sobre sexualidad y reproducción. Creencias erróneas sobre métodos anticonceptivos y una mayor dificultad para acceder a ellos, entre otras posibles causas. Los aspectos de género son elementos claves. 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 [6] [7].

Chile ha presentado una disminución importante de su tasa de fecundidad, posicionándolo con la menor del promedio regional y de América del Sur y ligeramente superior al promedio mundial [6]. De acuerdo a datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) MINSAL, 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, alcanzando una tasa en el año 2015 un valor de 39,31 (1.000 mujeres en ese grupo etario). En el grupo menores de 15 años, no se observa esta tendencia. 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, siendo menor a lo comprometido para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Si bien las tasas de fecundidad en adolescente han disminuido de manera importante en los últimos 20 años, aún persisten inequidades entre regiones y nivel socioeconómico.

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 [8].

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. Datos reportados por DEIS 2015, señalan una 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. El valor alcanzado es menor a lo comprometido en la los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, revela un sedentarismo de un 73,5%, en la población de 15 a 19 años, definido como “no practica deporte o realiza actividad física en los últimos 30 días, durante 30 minutos o más cada vez, 3 o más veces por semana”. Esta encuesta también reportó baja prevalencia del consumo al menos 5 porciones de frutas y verduras al día (14,4%) [9].

El Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (2015), reportó la prevalencia de consumo último mes de alcohol 35,6%, tabaco, 26,7%, marihuana 18,8%, observándose esta última droga un aumento de un 5% de la prevalencia del último mes en relación a lo reportado en el año 2013 [10].

En este escenario, 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.

También los nuevos Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Mundial, que centran su interés en el grupo de adolescentes, junto con los niños y mujeres, señalando que son fundamentales para el logro y éxito de la Agenda 2030, visualizando a los y las adolescentes como impulsores claves para el cambio en eras posteriores. Particularmente los y las adolescentes enfrentan retos sanitarios vinculados con el acceso a la información y asesoramiento, a servicios integrados orientados a ellos, en especial a Servicios de Salud Sexual Reproductiva, a barreras políticas, sociales y jurídicas que afectan la salud, bienestar físico, mental y emocional de esta población [11], [12].

Para apoyar la implementación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, Niño y Adolescente (2016-2030) en los países, la Organización de la Salud (OMS), ha desarrollado lineamientos que apoyan la programación de acciones en lo que respecta a salud de adolescentes: Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA) [13]. Así, la OMS, plantea como desafío, fundamentado en los derechos humanos, el desarrollo de Servicios de Salud de calidad, de manera que estos puedan

responder a las necesidades e intereses de los y las adolescentes, y cumplan con el derecho a una atención de salud accesible, aceptable y eficaz.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

1.3.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia según la OMS, es el periodo de crecimiento y desarrollo humano, entre los 10 y 19 años. Representa en la trayectoria de vida de una persona un periodo de evolución, cambios rápidos y procesos de maduración biológica, psíquica y social, que les permite alcanzar madurez o la edad adulta, incorporándose en forma plena a la sociedad [3]. Los cambios que se producen en la adolescencia, sumado a la influencia del entorno donde se desarrolla la vida de los y las adolescentes, puede determinar un conjunto de fortalezas y oportunidades, mientras que en otros casos puede aumentar las probabilidades riesgo para su salud o condiciones de vulnerabilidad social [3].

Si bien se pueden describir características generales de la adolescencia, cada adolescente es único, las diferencias individuales están determinadas por el sexo, género, lugar de residencia (urbano-rural), de nivel socio- económico, cultura y pertenencia a pueblo originario, entre otros aspectos. Por ello, el concepto de “adolescencias”, reconoce la diversidad existente en esta etapa y sus necesidades específicas [3]. También es importante considerar que la edad de la adolescencia se ha ido extendiendo en número de años en el tiempo, debido a que la madurez biológica se adelantado y la madurez psicosocial ocurre más tardíamente, por ello, la adolescencia se considera como una serie de etapas, más que una sola uniforme.

A fin de contar con criterios operativos, programáticos, de investigación y epidemiología, Chile asume la definición de adolescencia de la Organización Mundial y Regional de Salud (OMS) al periodo de crecimiento y desarrollo humano, entre la edad de 10 a 19 años [3].

Considerando lo antes mencionado, es posible clasificar la adolescencia en tres sub-etapas de desarrollo psico-social, que es necesario tener presentes en el proceso de la atención de salud y el desarrollo de programas promocionales y preventivos. Estas tres sub-etapas son:

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

Es importante enfatizar que cada adolescente tiene características y ritmos propios de desarrollo y madurez, que el equipo de salud de los servicios de salud amigable y establecimientos de salud deben comprender, conocer y respetar. A continuación a modo referencial se describe estas sub etapas [3].

Tabla N° I. Características del desarrollo bio-psico-social durante la adolescencia temprana, media y tardía

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
DESARROLLO FÍSICO E IMAGENCORPORAL		
Aumenta velocidad de crecimiento desarmónía física y descoordinación motora. Aparecen caracteres sexuales secundarios. Menarquia Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física. Pudor, buscan mayor privacidad.	Aceptación del cuerpo. Restablece armonía corporal y coordinación motora. Preocupación por ser físicamente más atractivo/a. En hombres: espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular.	Desarrollo puberal completo. Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
DESARROLLO INTELECTUAL		
Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo. Desarrollo moral pre convencional. Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones. Metas vocacionales idealizadas.	Pensamiento hipotético deductivo en evolución. Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo. Desarrollo moral convencional.	Pensamiento hipotético deductivo del adulto. Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional. Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas. Metas vocacionales realizables.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
DESARROLLO AFECTIVO Y EMOCIONAL		
Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante labilidad emocional. Puede haber deterioro del rendimiento escolar Inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual Puede haber masturbación.	Aislamiento, reflexión. Puede haber dudas respecto a la orientación sexual Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión.	Extroversión, altruismo. Logro de la Independencia de los padres y vuelve la armonía familiar. Capacidad de intimar. Auto imagen realista. Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. Elaboración de propia escala de valores. Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.

Adolescencia Temprana (10 a 13años)	Adolescencia Media (14 a 16años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
RELACIÓNCONSPARESYCONSUPADRES		
Relación es cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo. Menor interés en actividades familiares y con los padres. Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres.	Importancia del grupo de pares, amistades íntimas, pares heterosociales. Conformidad con los valores grupales. Primeras relaciones de pareja Aumento de la exploración sexual. Conflictos con los padres, distanciamiento afectivo de la familia. Se inicia proceso de separación-individuación.	Disminuye la influencia del grupo de pares. Mayor dedicación a las relaciones íntimas de pareja. Re aceptación de consejos y valores parentales. Relaciones de pareja estables.

1.3.2 ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES EN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES

1.3.2.1 ASPECTOS BIOÉTICOS

La atención de la salud integral de adolescentes, particularmente en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, es un desafío para los servicios de salud amigables y equipos de salud, en el campo de la ética-clínica.

Existen 4 principios bioéticos que se deben proteger y considerar en la atención de salud de adolescentes, estos son: **No Maleficencia, Justicia, Beneficencia, y Autonomía**. También tienen gran relevancia el derecho a la confidencialidad y privacidad en la atención que incide directamente con el estado de salud y en el uso de servicios de salud [14], [15].

El principio de **Beneficencia** es la obligación moral de hacer el bien, actuando en beneficio de los otros, previniendo y/o suprimiendo posibles daños, evaluando las consecuencias de una acción determinada.

Por ejemplo cuando el profesional decide lo que es bueno para el adolescente, sin consultarle. En este caso la actuación profesional se basa en una visión paternalista de la relación profesional-usuario, en donde el profesional determina lo que es bueno para el usuario, desde su propia manera de hacer el bien, imponiendo su criterio profesional, sin contar con el consentimiento del adolescente. Esta actuación se fundamenta en que el adolescente no tendría la capacidad de decidir sobre cierta materia, por tanto, se decide por el o la adolescente.

Sin embargo, la noción del “bien”, es subjetiva y está influida por los valores de cada persona, por lo cual, no sería correcto imponer a otro la idea personal del “bien”, sin considerar la opinión y voluntad, vulnerando los derechos personalísimos del o la adolescente.

Por ejemplo, en temas de SSR, tradicionalmente los padres tienden a no reconocer el desarrollo de la sexualidad en sus hijos y de las capacidades para la tomar sus propias decisiones, por tanto esta actuación

profesional, mantendría la visión paternalista y no reconocería a los y las adolescentes como sujetos de derechos, que pueden tomar sus propias decisiones informadas y responsables en relación a su sexualidad. En este sentido la atención de salud de adolescentes, bajo la visión paternalista, que busca transmitir los propios valores y aconsejar, no es una buena práctica, que se traduce en un deterioro de la relación profesional - usuario con pérdida de la confianza y riesgo de perder la continuidad en la atención. En este sentido, debemos ser cuidadosos, cuando aplicamos este principio, ya que no podemos buscar hacer un bien, acosta de originar daños. Por ello, este principio está limitado por el respeto a la Autonomía del usuario y a la Confidencialidad de la atención [14] [15].

La **No Maleficencia**, se refiere a evitar hacer daño intencionadamente, respetar la integridad física y psicológica de la persona. Es el deber u obligación de los profesionales de no infligir daño a otros, así como incluye realizar acciones de salud para prevenir y evitar el daño, por consiguiente prima sobre el deber de hacer o promover el bien. Por ejemplo, no entregar métodos anticonceptivos a menores de 14 años si no vienen con un adulto o manejo inadecuado de la confidencialidad [14] [15].

El principio de **Justicia**, se refiere a la distribución equitativa de las cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos de salud. Por tanto, se debe evitar condiciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud y prestaciones, así mismo se debe mejorar la calidad de los servicios de salud amigable para adolescentes, con énfasis en la SSR, y avanzar en la eliminación de barreras, ya sean geográficas, socioculturales, de género, de organización que impiden que los y las adolescentes utilicen los servicios integrales de salud. También avanzar en alcanzar coberturas universales, para cubrir a toda la población de adolescentes, particularmente aquella con mayor vulnerabilidad social o que han sido quebrantados sus derechos básicos [11] [14] [15].

La **Autonomía** es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada persona en aquellas decisiones que le afectan su vida, incluye el derecho a equivocarse en el momento de tomar decisiones y elegir sus opciones, existiendo dos condiciones esenciales: poseer la libertad para actuar en forma independiente de influencias externas, que pudieran influir en la decisión y poseer la capacidad para actuar intencionadamente o planear una acción. Este principio se basa en la calidad y comprensión de la

información que entrega el o la profesional de salud, por tanto, es un desafío mejorar las competencias de las competencias de los equipos para entregar información completa, veraz, en un lenguaje comprensible, neutral [14] [15]

Se plantea una jerarquización de estos principios en 2 niveles [14] [15]:

- Los principios de No Maleficencia y de Justicia están en el primer nivel y conformarían la “ética de mínimos”, que son aquellos principios que deben ser exigibles y respetados por todas las personas.
- Los principios de Autonomía y Beneficencia están en el segundo nivel, representan la “ética de máximos”, que considera la búsqueda personal de la felicidad, por tanto no pueden ser impuestos, sino, ofrecidos como un modelo a seguir.

La **Confidencialidad**, en la atención clínica se puede entender como la relación entre el derecho que tienen el o la usuaria y el deber que tiene el o la profesional de resguardar la información obtenida en la atención clínica en una relación de consentimiento, y cuyo objetivo es el beneficio de éste. Incluye “el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos personales, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes” [14] [15].

En la atención de salud, es importante reconocer cuales son los límites de la confidencialidad o sus excepciones: Riesgo vital para el adolescente o terceras personas o cualquier otra situación grave para la salud (ideación o intento suicidio, abuso sexual, maltrato, patología contenida en las Garantías Explícitas en Salud –GES) [16].

También es importante explicitar, que la confidencialidad concierne solamente al equipo de salud, no a los y las usuarias adolescentes, quienes no tienen impedimento para compartir dicha información con aquellos que deseen, por el contrario desde un enfoque familiar y sistémico, se

estimula que así lo hagan con padres y adultos significativos de manera que puedan apóyalos y acompañarlos en el cuidado de su salud [3].

Por tanto, para los equipos de salud y servicios de salud amigables, el desafío ético, consiste en saber cuándo y cómo abrir la confidencialidad [3]:

- Evaluar en conjunto con él o la adolescente las situaciones en que es posible mantener la confidencialidad y en cuáles no hacerlo. Tanto, adolescentes, familia y comunidad, deben conocer las normas de confidencialidad y sus límites, por tanto, deben ser difundidas.
- Empoderar, apoyar, acompañar al o la adolescente en la divulgación de la información confidencial.

1.3.2.2 Aspectos legales a considerar

La actuación profesional en la atención de adolescentes, se encuentra respaldado a través de dos circulares emitidas por el Ministerio de Salud: Circular N°A15/10, 07 octubre de 2016 y Circular N°A15/11 de la misma fecha, “Sobre la atención de adolescentes en materia de anticoncepción” y “Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable” (ver anexos 1-2). Como documentos oficiales tienen el carácter de obligatorio cumplimiento por los equipos prestadores de atención. Ambas circulares, enfatizan la prioridad que requiere el otorgar atención a las o los adolescentes que lo demanden, aun concurriendo sin compañía de una adulto a la consulta, lo que está establecido en la Ley N°20.418, del 28 enero del 2010, que “Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad”. Los reglamentos a los que hace mención el artículo 1° fueron publicados bajo la forma de Decretos Número 49 (2011) y 62 (2015) en lo relacionado con la anticoncepción. Para mayor información ver circulares en anexos 1 y 2.

Es importante destacar la existencia de disposiciones legales y normativas que respaldan la confidencialidad, de las que destacamos convenciones y tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile, además del fallo del Tribunal Constitucional del año 2008, entre estos destacan:

- Convención sobre los Derechos del Niño (1990) y la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra la Mujer, CEDAW.
- Fallo Tribunal Constitucional, Santiago 18 abril de 2008, Rol 740-07-CDS.

En merito a lo expuesto, la principal obligación de los equipos de atención a adolescentes es otorgar la atención que estos soliciten y resguardar la confidencialidad (considerando sus límites), de esta manera se asegura la cercanía a los servicios y el que las prestaciones se entreguen en forma oportuna, factor determinante en el éxito de las intervenciones.

Las y los adolescentes, por las características propias de su desarrollo, presentan demandas de atención de salud, pero a la vez experimentan temores para acercarse a los servicios que puedan dar solución a sus requerimientos, siendo la confidencialidad y la privacidad factores relevantes en conseguir el ingreso y la adhesión a cuidados sanitarios.

La vulneración de dicha confidencialidad sólo puede darse en circunstancias muy especiales, cuando exista riesgo vital para el o la adolescente; su ruptura debe considerar la información previa al adolescente de la situación que se deberá divulgar, a quienes se hará y las razones por las que se hace necesaria tal acción.

1.3.2.3 Tratados y Convenciones Internacionales

Nuestro país ha suscrito varios acuerdos, convenciones y tratados internacionales vinculados con la salud integral de adolescentes y jóvenes. Entre ellos se destacan:

- Declaración Universal de los Derechos del Niño (10 de julio de 1990), aprobada unánimemente por ambas ramas del Congreso y ratificada ante Naciones Unidas el 13 de agosto del mismo año.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1966.

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada en 1979 por Naciones Unidas y ratificada en Chile en 1989.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, Belem do Pará – Brasil, 1994) ratificada por Chile en 1996 y publicada en el Diario Oficial en 1998.

1.3.2.4 Leyes específicas en Chile para adolescentes.

- **Constitución Política de la República artículo 19 N°4** que asegura a todas las personas: “El respeto y protección a la vida privada y pública y a la honra de la persona y de su familia”.
- **Ley 18.834 que establece el Estatuto Administrativo. Artículo 55 letra h)** que establece como obligación de cada funcionario: “Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales”.
- **Código Penal art. 247 i. II, Secreto Profesional:** deber que tienen todos los profesionales de salud de guardar reserva en torno a la información y los hechos privados que lleguen a su conocimiento en el ejercicio de su actividad, sancionando su incumplimiento con penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio y/o multa de seis a diez UTM.
- **Observación General N°4 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, párrafo 11 (2003):** los trabajadores de salud tienen la obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica. Esta información sólo puede divulgarse con consentimiento de la adolescente, con las mismas excepciones que la ley establece para los mayores de edad.
- **Ley N° 19.628 Sobre protección de la vida privada** o protección de datos de carácter personal, que en su art 2 letra g) considera datos sensibles aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas, tales como sus estados de salud físicos o psíquico.
- **Código Sanitario, art. 134.** Los registros, libros, fichas clínicas y documentos de los establecimientos mencionados en el artículo 130 tendrán el carácter de reservado, salvo para las autoridades judiciales, del Ministerio Público y para el Servicio Nacional de Salud.

- **Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud**, que en su art 12 refiere que toda información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible.
- **Ley N°19.779 que establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana, que en su art. 5, inciso 3**, establece que los resultados del examen para detectar el virus de VIH se entregarán en forma personal y reservada, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico.
- **Ley 19.927 (2004)** busca proteger contra los abusos y la explotación sexual específicamente, la modificación de la ley de delitos sexuales); aumentó la edad de consentimiento para inicio voluntario de la actividad sexual (desde 12 a 14 años, para ambos sexos), lo que obliga a los prestadores de salud denunciar cuando se presume que en esta actividad sexual hay delito de abuso sexual.
- **Ley 20.418**, promulgada en el año 2010, que consagra el derecho a la atención sin discriminación de todas las personas en lo referente a regulación de fertilidad. Esta ley explicita el derecho a la confidencialidad en la atención de todas las personas en su (Art. 3°) **“Toda persona tiene derecho a la confidencialidad y privacidad sobre sus opciones y conductas sexuales, así como sobre los métodos y terapias que elija para la regulación o planificación de su vida sexual”**. La excepción a la confidencialidad surge en el caso de menores de 14 años (Art 2°): **“Sin embargo, en aquellos casos en que el método anticonceptivo de emergencia sea solicitado por una persona menor de 14 años**, el funcionario o facultativo que corresponda, sea del sistema público o privado de salud, procederá a la entrega de dicho medicamento, debiendo informar, **posteriormente**, al padre o madre de la menor o al **adulto responsable que la menor señale”**.
- **Ley 20.084 (2005) de Responsabilidad Juvenil**, amplía el rango de edad de los adolescentes (14 a 18 años) sujetos a esta ley que son inculpadados de cometer un delito. Sin embargo, los protege en su particular condición de personas en desarrollo y contempla una serie de garantías, sanciones y procedimientos que promueven su integración constructiva en la sociedad [17].

Es obligación de los/as prestadores/as de servicios de salud asegurar y satisfacer las necesidades de salud a todo/a usuario/a independiente de la edad, no existiendo impedimento legal para la prestación de servicios a adolescentes que lo soliciten, ni para condicionar la atención de salud a la aprobación de los padres de estos/as.

Es necesario destacar que para los y las adolescentes la preocupación por la confidencialidad constituye una importante barrera en el acceso a la atención en salud, particularmente de aquellos que tienen una mayor necesidad de consultar.

Por ello, “lo que a juicio de un adulto es el interés superior del adolescente no puede primar sobre la obligación de respetar todos los derechos del adolescente enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño”.

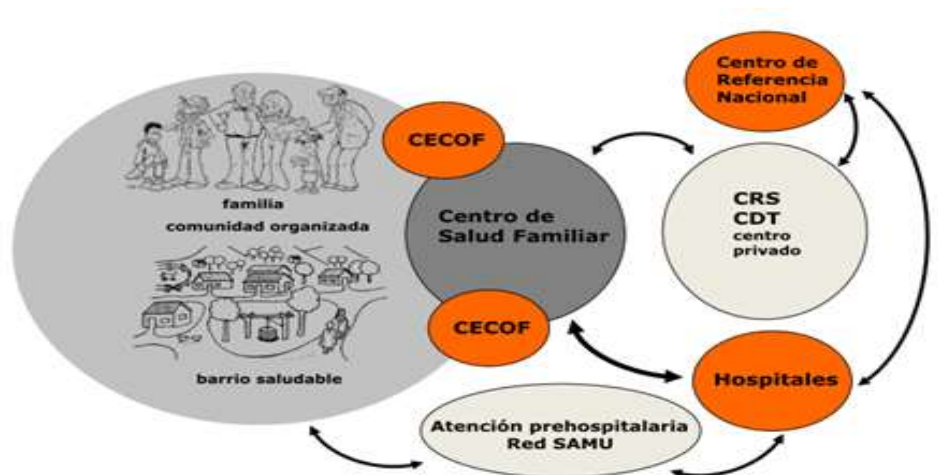
Finalmente es importante destacar que el deber de los servicios y equipos de salud para adolescentes, es mantener un adecuado equilibrio entre los principios bioéticos de Maleficencia, justicia, beneficencia, respetando el derecho a la autonomía y a la confidencialidad en la atención, enmarcado dentro de límites que sean razonables y que en ningún caso contribuyan a limitar el acceso a una atención de calidad, sin olvidar un marco de referencia que dice relación con el respeto por los derechos y dignidad de las personas.

CAPÍTULO II. SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1 MODALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES EN EL MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Chile cuenta con una Red integrada de salud, donde la Atención primaria cuenta con 2.357 dispositivos (Centro de Salud Familiar, Consultorio General Rural, Consultorio General Urbano, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Hospitales Comunitarios, entre otros), que beneficia al 74% de la población adolescente.

Figura N° 1. Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario



Estos dispositivos que están instalados en la atención primaria de salud, atienden a la población general incluido adolescentes. Cuentan con un Plan de Salud familiar y una cartera de prestaciones orientadas específicamente a la población adolescente beneficiaria y Programas de Reforzamiento entre ellos los Espacios Amigables. También tiene un Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), que cuenta con marco regulatorio y Guías Clínicas para su manejo, que cubre 40 patologías para adolescentes.

Figura N° 2. Plan de salud familiar población adolescente



La atención de salud se enmarca en el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria de atención Primaria de Salud, el que se ha definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la

atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al usuario o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio” [18].

Este modelo plantea “una relación 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 y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, 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” [18]. También busca que social y culturalmente sea aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector [18].

El modelo de salud familiar y comunitario desarrollado en la atención primaria, permite satisfacer las necesidades y expectativas de la toda la población beneficiaria del sistema de salud público, incluido los y las adolescentes, para que se mantengan sanos o saludables y mejoren su estado de salud actual, en caso de enfermedad.

Como se mencionó anteriormente, en el año 2008, el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes implementó como respuesta de Estado, Servicios de Salud Integrales Amigables para Adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, denominados “Espacios Amigables (EA).

Los Espacios Amigables tienen como fin disminuir las barreras de acceso, brindar una atención más adecuada, pertinente y de calidad para los y las adolescentes. Estos servicios de salud constituyen en un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población en la atención Primaria de salud [3], en los Centros de Salud del país, a través de la Resolución Exenta N° 597 del 28 agosto 2008, como un Programa de Atención Primaria.

También en la atención primaria existen otras iniciativas de atención de adolescentes, auto gestionado en los territorios del país. Estas iniciativas son apoyadas por Corporaciones Municipales de Salud y Educación y/o Universidades que desarrollan acciones de vinculación con el medio.

Lo anterior, da cuenta de la necesidad de invertir en servicios de salud amigable para adolescentes, de manera de disminuir brechas de acceso a los servicios de salud y superar las barreras que enfrentan los y las adolescentes.

Por otra lado, existe evidencia robusta nacional e internacional que da cuenta que la mayoría de los y las adolescentes no utilizan o utilizan poco los dispositivos tradicionales de salud. La mayoría señala que los servicios de atención primaria existentes, a menudo son inadecuados, “perciben una carencia de respeto, de privacidad y de confidencialidad, el temor al estigma y la discriminación y la imposición de los valores morales de los proveedores de atención de salud” [19].

El modelo de Servicio de Salud integrales amigables de calidad, ha probado que disminuye las barreras de acceso y mejora la adherencia a los programas, especialmente para adolescentes en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial, y que en los servicios tradicionales de salud, no siempre encuentran oportunidades de atención [20], [21], [22] [23], [24].

Como se mencionó anteriormente, en nuestro país se han desarrollado distintos tipos de dispositivos de atención de adolescentes, estos son diversos tanto en la organización, recursos humanos, financiamiento y grado de complejidad de la respuesta de salud que brindan, por tanto pueden presentar diferencias en la calidad de la atención.

Por tanto, resulta relevante definir los tipos de modalidades básicas de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, y las características que debe tener, con el fin optimizar y garantizar el acceso, mejorar la calidad de atención y favorecer el uso racional y eficiente de los recursos disponibles en los territorios.

Los servicios de salud integrales, amigables para adolescentes se pueden definir, como aquellos donde los y las adolescentes encuentran oportunidades de atención de salud, cualquiera sea la demanda y son agradables para los y las adolescentes y sus familias por el vínculo que se establece entre usuarios adolescentes y equipo de salud, donde se resguarda la integralidad, interdisciplina y la calidad del servicio que entrega [1], [2].

En base recomendaciones internacionales, experiencias nacionales e internacionales, se proponen tres modalidades básicas de organización amigable de servicios de salud de calidad para la atención de adolescentes **en el nivel primario de salud**.

Figura N° 3 Modalidad de organización de servicios de salud de calidad según grado de diferenciación de la atención de salud integral de adolescentes



Tabla N° II.- Características básicas requeridas en los servicios de salud según modalidad de atención para adolescentes.

Modalidad	Establecimiento de Salud de Atención Primaria	Espacio Amigable (EA) de atención integral de salud, con énfasis en SSR	Servicio diferenciado para la atención integral de adolescentes
Población que atiende	Población general, incluida adolescente (10 a 19 años), en los mismos días y horario.	Atención exclusiva para adolescentes (10 a 19 años) en horarios parciales definidos, según cartera de prestación.	Atención exclusiva de adolescentes (10 a 19 años).
Meta de implementación en el país.	100% de los establecimientos de salud del país: CESFAM, Centros de salud, Consultorios urbano y rurales.	Contar con 1 Espacio Amigable, en cada CESFAM, Consultorio urbano y Consultorio rural. Meta comprometida en resultado esperado de Objetivos Sanitarios de la Década (ENS).	Se espera contar al menos con un servicio por región al año 2020. Considerar su implementación en los territorios de acuerdo a diagnóstico sanitario, epidemiológico y disponibilidad financiera.
Días y horarios de atención	Atención de lunes a viernes, en los horarios del Establecimiento.	Atención al menos 3 veces a la semana, en horarios diferidos adaptados a la disponibilidad de accesibilidad de adolescentes, considerando horarios de las escuelas. Al menos el 50% de las horas profesionales se destinan para desarrollar acciones promocionales y preventivas en los establecimientos de educación del sector de cobertura del EA.	Atención de lunes a viernes, con horarios permanentes, flexibles que se adaptan a las necesidades y riesgos detectados en adolescentes. Desarrolla acciones preventivas en los establecimientos de educación del sector de cobertura del Servicio Diferenciado.
Infraestructura	Dependencias del Establecimiento de salud.	Comparte la infraestructura con otros servicios del Establecimiento de salud y está ubicado en espacios neutros que permitan incorporar a los hombres y mujeres. Tiene habilitada una sala de espera de atención y cuentan con al menos 2 boxes cercanos para la atención de adolescentes, en los horarios que funciona el EA.	Ubicado en el territorio de responsabilidad de la Atención Primaria, con infraestructura física independiente del establecimiento de salud (CESFAM, Centro de Salud o consultorio) o puede estar en el establecimiento de salud, pero en una infraestructura independiente. En sí mismo es una unidad con dependencias propias.

Ambientación	Ambientación para población general, colores de sector.	La sala de espera habilitada de gusto juvenil, cuenta con dispensadores de material informativo, buzón para sugerencias y reclamos y/o OIRS, diario mural, mesa de centro, sillas o bancas movibles. Color de paredes de gusto juvenil.	Infraestructura agradable y adaptada, a la edad, género, desarrollo y gusto juvenil. Sala de espera exclusiva para adolescentes, con material informativo elaborado para adolescentes según etapa evolutiva y para padres. Buzón para sugerencias y reclamos y/o OIRS. Boxes de atención con mesas redondas que favorecen relación horizontal, no directiva.
Recurso humano asignado a la atención adolescente	Equipo de salud multiprofesional que trabajan desde interdisciplina, organizados por sectores o territorios a cargo de individuos, familias y comunidad. En el Establecimiento de Salud debe existir a lo menos uno o dos profesionales por territorio, formado y sensibilizado para ofrecer una atención de salud integral a adolescentes, incluido temas de SSR, dentro de su atención de consultas diarias.	Cuenta con mínimo 11 horas semanales de profesional matrona y 8 horas profesional psicólogo(a) o trabajador(a) social, capacitados para la atención modelo salud integral amigable de calidad. También se incorporan horas profesionales para realizar el control de salud integral (médicos, matronas o enfermeras). Se coordina con el establecimiento de salud de pertenencia para brindar atención integral.	Cuenta con un equipo de salud multiprofesional, conformado por: médico, matrona, enfermera, nutricionista, trabajador(a) social, psicólogo(a), técnico en drogas, entre otros, que trabajan interdisciplinariamente y transdisciplinariamente, capacitados en adolescencia para la atención integral de problemas con enfoques integradores. Pueden disponer de horas de atención de especialistas (pediatra, ginecólogo y/o psiquiatra).
Nivel de atención	Resolución de nivel primario de atención en base planes de salud previamente establecidos que dan respuesta a los requerimientos generales de salud de la población, que incluyen acciones promocionales, preventivas y curativas. Se coordina con dispositivo de Espacio Amigable y/o	Resolución en base al alcance que establece el Programa de Reforzamiento Atención Primaria. El equipo de salud, se coordina estrechamente para la atención de adolescentes con el establecimiento de salud del que es parte, a fin de dar respuesta a las necesidades y/o problemas de salud pesquizados. También, se coordina con otros PRAPS	Resolución de nivel primario de atención de mediana complejidad, que incluye intervenciones preventivas, diagnóstico, tratamiento y reinserción-integración social. Considera manejo integral de problemas de salud, no fragmentados, que comprende la multicausalidad y realiza intervenciones en más de un problema (preventivo-anticipatorio).

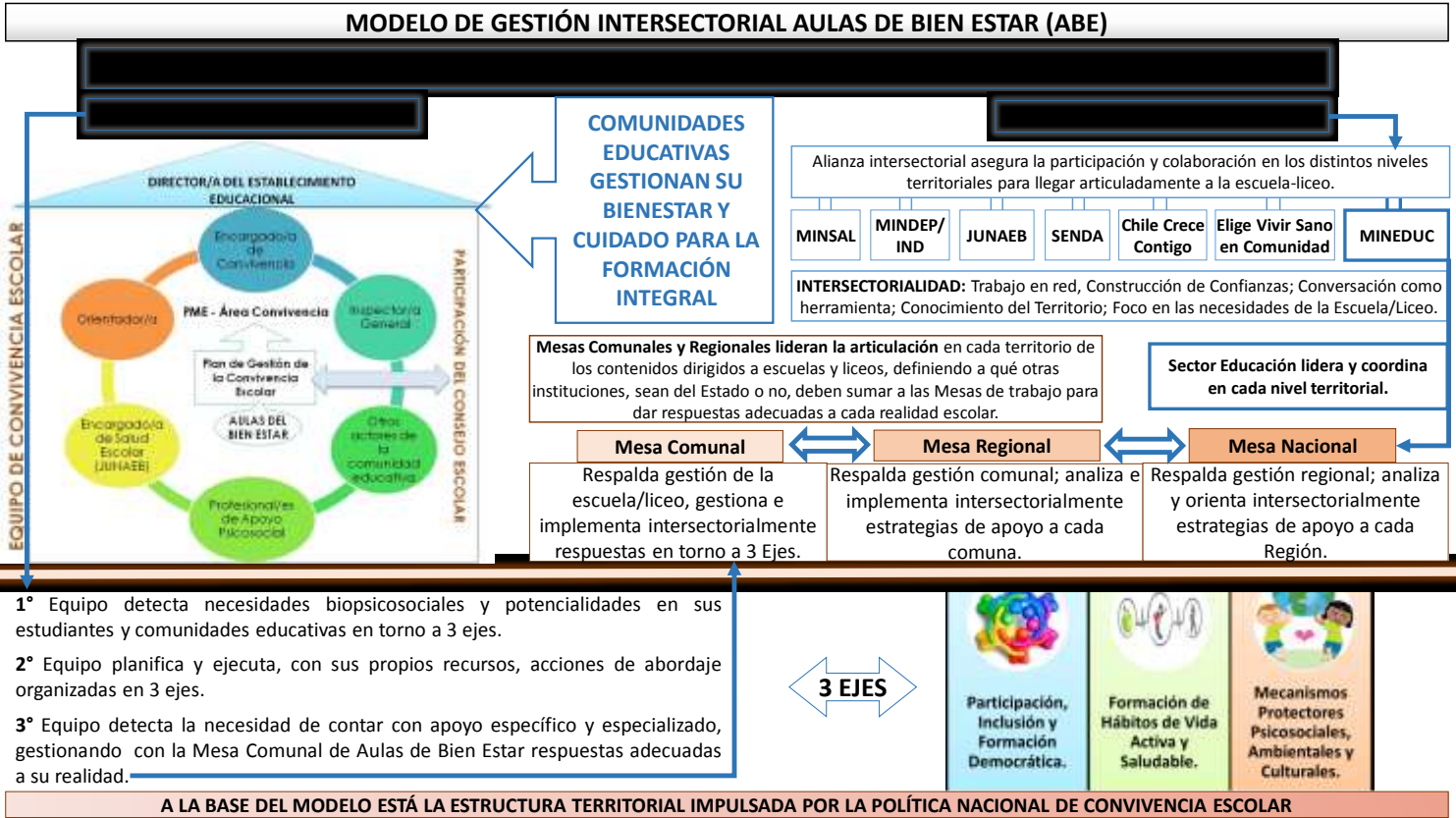
	Servicio Diferenciado, según corresponda de acuerdo flujograma local y recursos disponibles y con niveles de mayor complejidad de especialidad [18], [25].	(ver anexo 3) o programas de salud para ampliar oferta de atención. Deriva a niveles de mayor complejidad o integralidad que existe en la red, ya sea servicio diferenciado para adolescentes y con niveles de especialidad abierta y cerrada.	El equipo de salud, se coordina estrechamente con el establecimiento de salud de APS por ejemplo para la toma exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico, para atenciones del grupo familiar en una mirada sistémica, entre otros. Deriva a niveles de mayor complejidad de especialidad abierta y cerrada, según necesidades y requerimientos.
Cartera de prestaciones	Se entregan las prestaciones del Plan de Salud Familiar para población adolescente [18]: -Control de Salud integral anual -Consulta Morbilidad -Control Crónico -Control Prenatal -Control de Puerperio -Control de Regulación de fecundidad -Consejería en Salud Sexual y Reproductiva -Control Ginecológico preventivo -Consulta morbilidad ginecológica. -Consulta morbilidad Obstétrica. -Educación grupal -Intervención Psicosocial -Consulta/ y/o consejería en salud mental -Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) También incluye según requerimiento atenciones	Se entregan las prestaciones de acuerdo al Programa de Reforzamiento Atención Primaria, “Espacios Amigables para Adolescentes (EA)” [26] 1.- Promoción de la Salud, que incluyen participación y conformación de Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, en mesas intersectoriales, Consejo de Desarrollo Local (CDL), Centro de alumnos, entre otros. 2.- Atención de salud ambulatoria: - Control de Salud Integral a adolescentes de 10 a 19 años. -Consejería en el ámbito de la Salud Sexual Reproductiva SSR (prevención del embarazo, prevención ITS/VIH/SIDA, uso del condón, consejería en Regulación de la Fertilidad, consejería prevención VIH e ITS, Consejería LGBTI) -Consulta por anticoncepción de emergencia. -Ingreso Regulación de la Fertilidad.	La cartera de prestación debe cubrir un abanico de necesidades de salud y desarrollo de los adolescentes, cubriendo ámbitos de la salud: SSR, Salud Mental, Salud Nutricional, Salud Física y coordinaciones redes de salud e intersectoriales. Se entregan las prestaciones del Plan de Salud Familiar para población adolescentes y actividades de garantías explícitas en salud, de acuerdo a nivel primario [18]. De acuerdo a los recursos existentes y en coordinación con la red de salud del territorio, puede brindar algunas de las siguientes actividades [18]: -Consulta por Psiquiatra -Consulta de Salud Mental -Psicoterapia individual -Psicoterapia Grupal -Psicodiagnóstico -Consultoría de Salud Mental en la Atención Primaria -Visita Domiciliaria Integral -Actividades Comunitarias e intersectoriales:

	asociadas a todo el ciclo vital y de Garantías Explícitas en Salud y exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico a los programas de atención.	-Intervenciones motivacionales preventivas de uso de sustancias en adolescentes. -Consulta Salud Mental. En establecimientos educativos, se desarrollan actividades promocionales y preventivas, preferentemente en aquellos establecimientos que cuentan con el Programa de Aulas del Bien Estar o en programas	Actividades con organizaciones comunitarias de base, organizaciones de usuarios y Familiares. En establecimientos educativos, se desarrollan actividades preventivas, preferentemente en aquellos establecimientos que cuentan con el Programa de Aulas del Bien Estar.
Financiamiento	Per cápita y financiamiento por vía Programas Reforzamiento.	Per cápita y Programas Reforzamiento. También pueden contar con financiamiento municipal.	Per cápita y financiamiento por vía Programas Reforzamiento. También pueden contar con financiamiento municipal y/o de Universidades.

Se propone que las tres modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios, con el fin de satisfacer las necesidades, demandas y expectativas de salud que tienen los y las adolescentes. Los servicios de salud amigables, modalidad Espacios Amigables deben realizar acciones preventivas y promocionales, en los establecimientos de educativos en el contexto del Programa de Aulas del Bien Estar (ABE).

Las Aulas del Bien Estar, es un componente de la Política Nacional de Convivencia Escolar del Ministerio de Educación que utiliza un Modelo de Gestión Intersectorial construido en alianza con el Ministerio de Salud (MINSAL), la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Ministerio del Deporte (MINDEP) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) para asegurar el buen logro de trayectorias educativas en todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las Escuelas y Liceos públicos.

Figura N°4 Modelo de Gestión intersectorial Aulas de Bien Estar.



En aquellos lugares donde no se cuente con el Programa ABE, los Espacios Amigables pueden desarrollar programas de Salud Escolar para adolescentes en los establecimientos educacionales, recogiendo la experiencia de la comuna lo Prado, iniciativa “TRES A”, que considera un trabajo intersectorial entre municipio, educación y salud. Esta iniciativa instala equipos de salud en los establecimientos educacionales, asumiendo las instituciones una responsabilidad compartida para el logro del bienestar y mejorar la salud de esta población. Es importante que se mantenga habilitado el Espacio Amigable en el

establecimiento de salud, para asegurar la atención de adolescentes que no están insertos en el sistema educacional y/o por temas de confidencialidad solicitan atención en los establecimientos de salud.

La interacción entre la oferta y la demanda de salud resulta crítica para la provisión efectiva de los servicios de salud, para adolescentes. Estos servicios deben utilizar enfoques de derechos y género, entre otros enfoques integradores, orientarse a los y las adolescentes, sus familias y la comunidad, y deben involucrar adolescentes en todos los procesos de implementación, planificación y evaluación de la provisión de servicios.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Según OMS, los Servicios de Salud Amigables para adolescentes son aquellos que basan en modelos de atención centrados en los y las adolescentes en un marco de derechos. Están habilitados, con espacios agradables y adaptados a la edad, desarrollo y gusto juvenil. Por sus características de amigable las y los adolescentes encuentran oportunidades de atención de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables para adolescentes, sus familias y comunidad, ya sea por los vínculos que se establecen entre adolescentes-equipo de salud, donde se resguarda la integralidad, la privacidad y confidencialidad, la calidad y la interdisciplinariedad de la atención.

Cuadro N°1. Características servicios de salud amigables para adolescentes

Políticas de salud amigables: Debe existir políticas basadas en las necesidades y los derechos de los y las adolescentes, incluidos los más grupos más vulnerables, que no discrimine por género, nacionalidad, religión, pertenencia a pueblos originarios, que respeten la privacidad y confidencialidad, favorezcan el acceso y tengan un enfoque de género.

Procedimientos de la atención y organización amigable: Tiempo de espera corto; resolución efectiva y eficiente de la atención de salud prestada; registros completos, confidenciales, referencia y contra-referencia expeditas. Oportunidad en la atención, flexibilidad en horarios de atención.

Los equipos de salud con competencias para la atención de adolescentes: Deben contar con competencias para la promoción, prevención y atención de salud. Tener habilidades de comunicación efectiva, no emitir juicios de valor, no discriminar, tratar con respecto e igualdad, apoyar a los y las adolescentes a tomar sus propias decisiones para satisfacer sus necesidades de desarrollo y salud integral. Tener competencias específicas para la atención integral.

El personal de salud debe ser amigable: El personal debe ser comprensivo, tratar a los adolescentes con respecto y afecto y debe además, ser competente y estar motivado.

Debe existir un entorno amigable: Los servicios deben ser seguros, confortables y acogedores, de gusto juvenil, con horarios convenientes para adolescentes, deben mantener la privacidad y evitar la estigmatización, debe haber material educativo disponible y debe diferenciarse de un entorno francamente infantil o adulto.

Debe haber participación de adolescentes: adolescentes informados de sus derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos y sus deberes en salud. Conocen los servicios de salud y están involucrados en la planeación, implementación y evaluación.

Debe haber canales de participación comunitaria, que incluya a las familias y a toda la comunidad, particularmente los establecimientos educacionales.

Los servicios deben ser apropiados y comprehensivos: Deben contemplar aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y ofrecer paquetes de prestación y atención integral e integrada.

Los servicios de salud deben ser efectivos: Implementados con orientaciones técnicas, protocolos y guías basadas en evidencias, con una infraestructura adecuada para entregar los servicios integrales y deben existir procesos de monitoreo, evaluación y mejoría de la calidad de atención.

Los servicios deben ser eficientes: Deben contar con un sistema de manejo y control de costos, evaluación impacto.

Este modelo de servicio, ha probado que disminuye las barreras de acceso y mejora la adherencia a los programas, especialmente para aquellas/os en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo psicosocial, que en los modelos tradicionales de atención de salud.

2.3 MODELOS Y ENFOQUES INTEGRADORES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES

Los servicios de salud para adolescentes deben considerar modelos y/o enfoques integradores, estos orientan la manera de enfrentar la aproximación diagnóstica al problema y la forma de construir en conjunto con él o la adolescente y/o su familia, la búsqueda de la solución a éste.

En esta sección se incluirán aspectos de los modelos y enfoques que se deben considerar en el desarrollo de la atención de salud en los servicios para adolescentes y no se abordarán en detalle aspectos conceptuales, que fueron tratados en el documento Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Plan de acción 2012-2020, para mayor información remitirse al documento mencionado.

Estos modelos y/o enfoques no son excluyentes, son transversales y deben tenerse presente de manera permanente como herramienta de ayuda poderosa y al mismo tiempo, condición fundamental para una atención de salud adecuada y pertinente a este grupo etario.

De acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales se desarrollan a continuación [3] [23].

2.3.1 MODELO SALUD INTEGRAL

Este concepto tiene varios significados, mencionaremos los más relevantes a considerar en el desarrollo de servicios para adolescentes:

El concepto de enfoque de salud integral o biopsicosocial, se refiere a la importancia de abordar al adolescente, sin olvidar sus múltiples dimensiones que están permanentemente interactuando: biológico, psicológico, social y espiritual. Considera el contexto donde se desarrolla la vida de los y las adolescentes, en la familia, escuela, con el grupo de pares y la comunidad y comprende la relación e influencia de ellos en la salud. Por ello, se promueve la participación de equipos de salud multidisciplinarios, que trabajen desde el enfoque interdisciplinario y transdisciplinario.

El concepto de integralidad del sistema de atención, considera a la salud como un proceso continuo, organizado y articulado en niveles de complejidad “redes integradas”, para cubrir las necesidades y/o dar respuesta problemas dentro del curso de vida.

El concepto salud integral, considera que la adolescencia, es una etapa crucial de desarrollo y oportunidades, donde se consolidan los estilos de vida que serán determinantes de la calidad de vida y salud en períodos siguientes, siendo necesario un trabajo colaborativo y de la articulación de varios sectores, para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo integral [3], [4].

2.3.2 MODELO ECOLÓGICO BRONFENBRENNER

Es el modelo más utilizado para comprender la complejidad de las conductas en adolescentes. Desde este modelo ecológico, la conducta influye en el entorno social y también recibe influencia del mismo. Esta perspectiva de interacción en varios niveles o planos, apoya a la comprensión y la necesidad de la implementación y evaluación de las estrategias de abordaje integral. El modelo ecológico es un modelo sistémico, donde los niveles de influencia que se identifican para los patrones de conducta y las condiciones saludables son los siguientes [26] [27]:

1. **FACTORES INDIVIDUALES:** Características individuales que influyen en el comportamiento, como conocimientos, actitudes y creencias. Ej. Es menos probable que los y las adolescentes comiencen a fumar, si los adolescentes en la etapa inicial, tienen una fuerte creencia que el tabaco es dañino para la salud y creen que fumar es mal visto.
2. **FACTORES INTERPERSONALES:** Grupos Primarios como familia, grupo de pares, personas significativas que proporcionen identidad social, apoyo y contribuyen a la definición de roles Ej. Si los mejores amigos o amigas tampoco aprueban el hábito tabáquico, sus modelos ejemplares tampoco fuman y ellos/as han aprendido habilidades sociales para resistir la influencia del entorno, estarán menos dispuestos/as a fumar.
3. **FACTORES COMUNITARIOS:** Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones. Ej. Si los y las adolescentes viven y estudian en ambientes libre de humo de tabaco y escuchan mensajes publicitarios que promueven los estilos de vida saludable libre de tabaco, también será menos probable que adopten la conducta tabáquica.
4. **FACTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS:** Políticas locales, estatales y leyes que reglamenten o respalden acciones saludables y prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamiento de enfermedades. Ej. Los y las adolescentes se abstienen del consumo de tabaco, si los precios de este son altos, existe prohibición de fumar en lugares cerrados y se prohíbe

2.3.3 ENFOQUES INTEGRADORES

2.3.3.1 RESILIENCIA

Aun cuando se trata de un concepto en constante revisión y existen numerosas definiciones al respecto, la resiliencia puede definirse como el proceso que permite a un individuo superar los efectos negativos de una exposición al riesgo y ejercer lo mejor de sus capacidades independientemente de la presencia de experiencias traumáticas [4].

Dado que se trata de un constructo dinámico, la resiliencia de un individuo depende de diversos aspectos tales como características personales, factores ambientales y la interacción de éstos, y puede variar dependiendo de la etapa de desarrollo en que se encuentra la persona. Por esta razón, el desarrollo de acciones que permitan promover la resiliencia en adolescentes ha sido objeto de intenso interés durante los últimos años, ya que ellas se orientan a una población que se encuentra en una etapa crítica de su desarrollo tanto físico como psicológico, y que además suele asociarse con el comienzo de comportamientos que pueden conllevar riesgo para la salud de la persona (inicio de actividad sexual, uso de drogas, entre otras) [28]. En este contexto, la promoción de la resiliencia en adolescentes constituye una estrategia innovadora y atractiva para los y las profesionales de la salud pública en su tarea de promoción de la salud y el bienestar, ya que más que centrarse en la disminución de factores de riesgo y patologías, enfatiza el trabajo sobre las potencialidades y los factores resilientes de las personas y su entorno social.

Un estudio en EEUU del Instituto Search, ha identificado la presencia de una serie de poderosos elementos fundamentales del desarrollo, con efectos positivos en la conducta de adolescentes al protegerlos de patrones de conducta perjudiciales y poco saludables, por un lado, y promover actitudes y patrones de conducta positivos, por el otro.

Los y las adolescentes con un mayor número de elementos fundamentales, reportaron una menor tendencia a involucrarse en patrones diferentes de conducta de alto riesgo, tales como: consumo problemático de alcohol, uso de drogas ilegales y actividad sexual y violencia [27].

Los elementos fundamentales se clasifican en externos, que son aquellos que se centran en las experiencias positivas que reciben adolescentes de las personas y las instituciones durante su vida, y los internos, que se relacionan con el desarrollo del individuo.

Tabla N° III. ELEMENTOS FUNDAMENTALES EXTERNOS

APOYO	EMPODERAMIENTO	LIMITES Y EXPECTATIVAS	USO CONSTRUCTIVO DEL TIEMPO
• Apoyo familiar y amor • Comunicación familiar positiva • 3 o más relaciones con adultos, aparte de los padres • Un vecindario que se preocupa • Un ambiente escolar que se preocupa • Padres que participan en las actividades escolares.	• Percepción de que los adultos en la comunidad los valoran • Les dan la oportunidad de desempeñar funciones útiles en su comunidad • Velan por su seguridad en su casa, la escuela y el vecindario • Los animan a participar en iniciativas de servicio a la comunidad durante una hora o más a la semana	• Reglas, supervisión y consecuencias bien claras por parte de la familia, la escuela y el vecindario. • Modelos de patrones de conducta positivos y responsables por parte de los padres y adultos • Influencia positiva de los mejores amigos • Grandes expectativas por parte de los padres y maestros.	• Destinar 3 o más horas semanales a las actividades creativas (música, pintura, teatro, etc.) • Destinar 3 o más horas semanales a prácticas deportivas o actividades comunitarias. • Destinar 1 o más horas semanales a actividades dentro de instituciones religiosas. • Destinar 2 noches por semana o menos a salir con amigos sin planes.

Fuente, elaboración propia a partir documento Breinbauer, D., y Maddaleno, M. (2008). Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington, DC: OPS.

Tabla N° IV. ELEMENTOS FUNDAMENTALES INTERNOS

COMPROMISO CON EL APRENDIZAJE	VALORES POSITIVOS	COMPETENCIAS SOCIALES	IDENTIDAD POSITIVA
• Motivación para aprender • Compromiso activo con la escuela • Compromiso mínimo de 1 hora de estudio cada día hábil • Preocupación por las cosas de la escuela • 3 o más horas semanales de lectura placentera	• Asignar gran valor a la preocupación por lo demás y ayudarlos • Promover la igualdad • Decir la verdad aún en situaciones difícil • Actuar conforme a las propias convicciones y defender las propias creencias • Aceptar y asumir responsabilidades personales • Abstenerse de consumir drogas	• Habilidades para planear y tomar decisiones • Empatía • Resolución pacífica de conflictos • Resistencias a la presión negativa de los pares y situaciones peligrosas • Pertenencia cultural	• Sentido de control de las cosas que suceden • Sentido de gran autoestima • Sentido de propósito en la vida • Optimismo en relación con el futuro personal

Fuente, elaboración propia a partir documento Breinbauer, D., y Maddaleno, M. (2008). Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington, DC: OPS.

2.3.3.2 ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El curso de vida, provee un marco conceptual que permite entender como múltiples determinantes de salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud(4) . Es así como, intervenciones durante la adolescencia tendrán efecto en el adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación [4].

Este enfoque ayuda a comprender que:

- Los beneficios máximos en un grupo de edad pueden derivarse de intervenciones realizadas en una edad más temprana.
- Son necesarias intervenciones en varios momentos a lo largo de la vida para lograr mejores resultados y efectos acumulativos.
- Existen riesgos y beneficios intergeneracionales que son esenciales en el abordaje de riesgos en todos los grupos de edad.
- El curso de vida, los determinantes sociales y modelos de justicia social son complementarios y sinérgicos.
- El curso de vida permite comprender la salud como un solo continuo integrado, no son etapas de vida desconectadas. Promueve el desarrollo y derechos a lo largo de la vida, valorando la vida en cada edad.

Por tanto, brinda una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que estimula al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de adolescentes, fortaleciendo y relevando la importancia de necesidad de invertir en esta etapa del desarrollo.

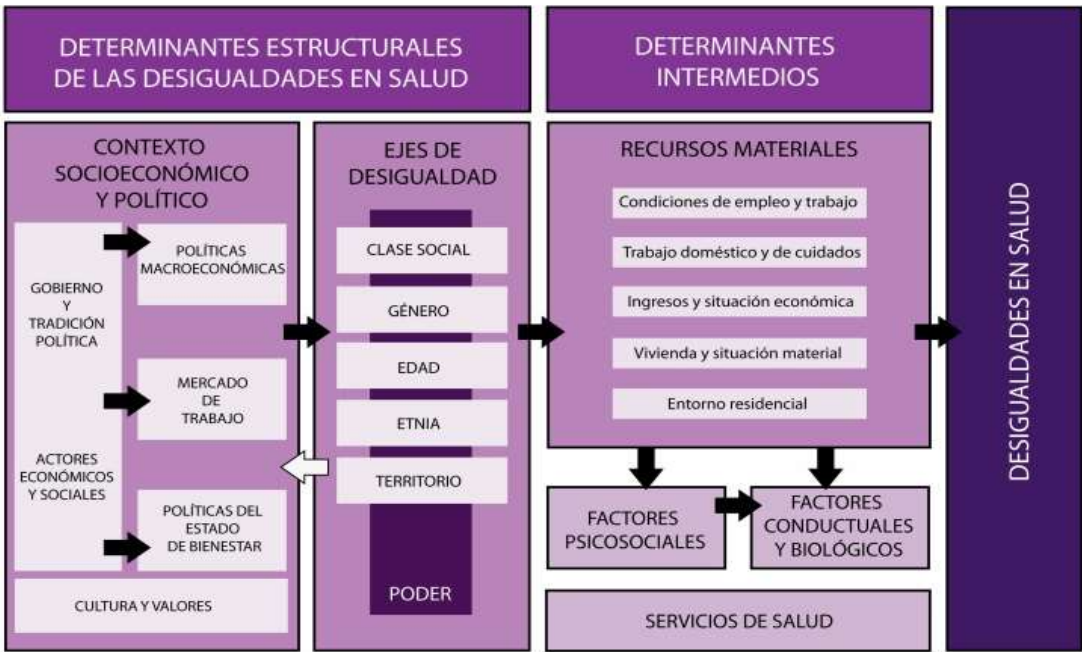
2.3.3.3 ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS).

A partir de la reunión de Ottawa (1986), se deja de pensar la salud en relación exclusiva con los estilos de vida individuales, para incluir en una mirada más macro, las condiciones del ambiente que determinan el desarrollo humano [29]. Por tanto, las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en que vivimos. Las condiciones sociales que generan estas inequidades en la salud de la población han sido conceptualizadas bajo el nombre de Determinantes Sociales (DSS).

Los DSS son las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias resultan de la distribución de recursos y poder a distintos niveles, la que a su vez depende del contexto socioeconómico y político. Muchos de los problemas de salud adolescentes

por ejemplo el consumo de drogas, la violencia y el inicio precoz de la actividad sexual no protegida, están relacionados con la educación y el acceso de los servicios de salud.

Figura N° 5. Determinantes de la salud



De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial y los servicios de salud deben orientar sus acciones hacia los adolescentes más vulnerables.

2.3.3.4 ENFOQUE DE DERECHOS

Este enfoque, postula el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de las y los adolescentes y capacidad progresiva para ejercerlos, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada

en aspectos que les atañen directamente. Concibe al adolescente como sujeto activo, participativo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y solución de sus necesidades. Los servicios y equipos de salud, deben considerar el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales de las personas y deben garantizar que los adolescentes ejerzan sus derechos al mejor nivel posible de salud.

El enfoque de derechos, se expresa en los servicios de salud en lo siguiente [19]:

- La atención debe ser considerada, respetuosa y sin prejuicios frente a los valores y las creencias propios del adolescente.
- Una atención debe considerar las necesidades de privacidad del adolescente durante los controles, los exámenes y los tratamientos, por tanto, siempre brindar dentro de la atención un espacio a solas, para tratar temas de la intimidad y agenda del adolescente. Durante la exploración física y los procedimientos médicos, se debe respetar la privacidad respecto a otros miembros del personal, otros usuarios y aun a miembros de la familia, si él o la adolescente lo solicita.
- La protección frente a la agresión física y verbal, esto es esencial en toda atención y cobra especial importancia para el equipo de salud en adolescentes en esta inicial, adolescentes vulnerables, que no pueden protegerse o pedir ayuda.
- El equipo de salud respeta la confidencialidad (y sus límites) del adolescente, al no revelar la información a terceros, de acuerdo a normas establecidas y difundidas.
- La no discriminación de ningún tipo, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política u otras opiniones, el origen nacional, étnico o social, el patrimonio, los impedimentos físicos, el lugar de nacimiento o cualquier otra condición del adolescente, de sus padres o de sus tutores.
- Dar oportunidades para que adolescentes participen en el proceso asistencial y en todos los aspectos de la atención de salud, mediante la formulación y aplicación de políticas y procedimientos que guardan relación con este derecho.

2.3.3.5 ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

Este enfoque, implica promover cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. En este sentido, las acciones de salud deben estar orientadas a reducir las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos y más vulnerables. En la actualidad se reconoce que las condiciones que generan inequidad en salud son el género, la educación y la cultura [3], [4].

2.3.3.6 EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

La incorporación del enfoque de género en la salud, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Esta forma de construir relaciones sociales entre hombres y mujeres tiene impacto en múltiples niveles, tanto a nivel colectivo como individual, y se refleja en exposiciones diferenciadas a riesgos en salud que determinan resultados diferenciados en salud.

El proceso de aprendizaje de los roles de género se inician desde la primera infancia, transmitida por sus cuidadores primarios, madres, padres y el entorno social, y suelen **consolidarse** durante la adolescencia, etapa en la cual se termina de construir y se define la identidad de las personas. Importante trabajo con familias, educadores, comunicadores.

Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género [4].

2.3.3.7 INTERCULTURALIDAD

El concepto de interculturalidad comprende las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas y de género.

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud, debe incluir un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población adolescente (diversidad de adolescencias), de la población indígena del país y de construcción de espacios de participación con las comunidades indígenas.

En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo que se relaciona, por una parte con la “etiología” o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas.

La interculturalidad, se basa en el reconocimiento de que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica que el modelo científico *occidental* no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo” [4], [23]. Por otro lado, la inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. Las condiciones precarias e informales someten a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes, incluido los adolescentes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen las precarias condiciones de vida, las desiguales oportunidades educativas, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.

Por lo tanto, un modelo de atención con enfoque intercultural debe adecuar los servicios de salud a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de todas las personas, particularmente de los más excluidos y vulnerables.



2.3.3.8 ENFOQUE ANTICIPATORIO

Este enfoque permite la posibilidad de anticipar los eventos predecibles en el proceso secuencial del crecimiento y desarrollo. Por tanto, permite realizar acciones anticipadamente, de manera preventiva, antes que se produzcan situaciones o conductas de riesgo [3].

2.3.3.9 ENFOQUE PARTICIPACIÓN

Los y las adolescentes deben estar informados de sus derechos y sus deberes en salud y deben conocer y promover la participación progresiva en el funcionamiento de los servicios, su monitoreo y evaluación. Lo anterior, permitirá asegurar que la oferta de servicios responde a las necesidades reales de este grupo y a la forma en que desean les sea entregada, y no solamente a lo que los adultos proveedores estiman que necesitan. Las necesidades son dinámicas y el monitoreo permite realizar las modificaciones requeridas de manera oportuna y pertinente [3].

Finalmente, según lo antes mencionado se requiere de una nueva aproximación a las intervenciones, que respondan a las necesidades, intereses, etapa de desarrollo, género y cultura de cada adolescente. Por ello, es importante considerar en el desarrollo de servicios, programas y en la atención de adolescentes, modelos teóricos más comprensivos y enfoques integradores. Se requiere formar equipos multidisciplinarios, que trabajen desde un enfoque interdisciplinario, para que puedan responder a las necesidades actuales de salud y aprendizaje para el autocuidado de la salud de adolescentes, desde una atención no segmentada por daño, donde se enfatiza la atención desde un modelo que estimule las fortalezas, y no sus conductas problema. Por tanto, se presenta como desafío, contar con recursos humanos motivados y capacitados.

2.4 RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES.

Por primera vez la Estrategia Mundial de Salud, pone en sus prioridades a los y las adolescentes, junto con las mujeres y niños, niñas, con el fin de aquí al 2030, se logre que estos grupos poblacionales *“en todos sus entornos, ejerzan sus derechos a la salud y al bienestar físicos y mentales, tengan oportunidades sociales y económicas y puedan participar plenamente en la configuración de unas sociedades prosperas y sostenibles”* [11].

De esta manera se reconoce el rol de los y las adolescentes como impulsores claves del cambio para el logro de los ODS y se promueve la necesidad de invertir en políticas de salud y programas que potencien el desarrollo de adolescentes y sus derechos a la salud, la educación y participación ciudadana.

Desde una perspectiva de salud pública se reconoce que es importante invertir y realizar intervenciones eficaces de salud en la adolescencia, de manera de proteger las inversiones realizadas en la infancia y por otro evitar problemas de la salud en la adultez y en las siguientes generaciones [30].

Por ello, se releva como desafío - **Fortalecer los sistemas de salud**-, a fin de avanzar en el logro de coberturas universales de salud y garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud integral [11].

El acceso universal significa -**acceso equitativo**- , es decir el mismo acceso a todas las personas. Esta definición implica mejorar los servicios de salud para aumentar su utilización y el uso por adolescentes que los necesitan, y está asociado a la reducción de conductas de riesgo y aumento de estilos de vida saludables, mejoramiento de su salud, desarrollo y bienestar [20].

La definición de acceso también involucra la relevancia, oportunidad y adecuación de los servicios a las necesidades de los y las adolescentes. En este sentido, a pesar de los esfuerzos de Estado los y las adolescentes, aún enfrentan barreras importantes para acceder a Servicios de Salud, especialmente en

temáticas de Salud Sexual y Reproductiva, relacionadas con barreras socioculturales, institucionales y políticas [11], [22], [31].

Se releva la importancia de fortalecer **Servicios de Salud Integrales Amigables de Calidad para la atención de adolescentes, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva** que permitan reducir la discriminación y las desigualdades y que incluya a los grupos más vulnerables, excluidos y marginados [11].

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de *Salud para adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*, reconoce como fundamental el rol que tiene el sector salud en la promoción y protección de las y los adolescentes, y señala su preocupación por lo fragmentados, débilmente coordinados y muy desiguales en calidad que están los servicios de salud para adolescentes [30].

Por ello, propone que los Ministerios de salud y los equipos sanitarios deben asumir nuevos desafíos que permitan transformar la manera en que los sistemas de salud se organizan y prestan los servicios de salud a fin de responder a las necesidades de salud de los y las adolescentes para mejorar su salud y bienestar [19], [30].

La promoción y protección de la salud de los y las adolescentes es crítica para lograr la agenda de desarrollo. Por ello, resulta urgente al momento de planificar las distintas modalidades de Servicios de Salud para adolescentes, considerar como lo más importante la **calidad del servicio que ofrecen**. La evidencia señala que mejorando la calidad de servicios, aumenta su utilización y uso por adolescentes [3], [30].

Los Servicios para ser considerados como amigables de calidad para los y las adolescentes, deben tener las siguientes dimensiones:

- **APROPIADOS:** Se prestan los servicios de salud que necesitan los y las adolescentes.
- **INTEGRALES:** Los servicios de salud otorgan principalmente atención preventiva primaria, pero también secundaria y terciaria, con enfoque biopsicosocial y están centrados en los adolescentes, sus familias y la comunidad. Se articulan en red de servicios por niveles de complejidad y están vinculados con escuelas y otras organizaciones/instituciones con programas de promoción y prevención.
- **EFFECTIVOS:** Se prestan los servicios de salud apropiados de una manera correcta y contribuyen positivamente a la salud de los y las adolescentes.
- **ACCESIBLES:** Los y las adolescentes pueden acceder a los servicios de salud que se prestan, sin barreras económicas, organizacionales, culturales o de género.
- **ACEPTABLES:** Los servicios de salud se prestan de una manera que satisface las expectativas de los usuarios adolescentes.
- **EQUITATIVOS:** Todos los y las adolescentes, no solo los pertenecientes a ciertos grupos, pueden acceder a los servicios de salud que necesitan.
- **EFICIENTE:** Todos los y las adolescentes reciben la atención que necesitan, en el momento que lo requieran, al menor costo posible y utilizando eficazmente los recursos disponibles.

La OMS, propuso normas o estándares globales de calidad para la atención de salud integral de adolescentes. Estos estándares definen el grado de calidad necesario que debe tener los servicios de salud y describen las características de éstos para satisfacer las necesidades de los y las adolescentes,

para aminorar las barreras que presentan los servicios de salud, en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

En el año 2014 el Fondo de Población de Naciones Unidas, tomó el liderazgo en el desarrollo de Estándares de calidad de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe, de manera de mejorar los servicios de salud integrales y garantizar el acceso equitativo de esta población prestaciones de SSR en la región.

Para ello, en colaboración con OMS, junto con representantes de salud de los países de la región, entre ellos Chile, y otras agencias internacionales, se revisaron y adaptaron las normas o estándares globales al contexto regional, con enfoque de Salud Sexual y Reproductiva.

A continuación se describen las características que deben tener los servicios de salud integrales de calidad para adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla N° V. Estándares o normas de calidad que deben tener los servicios de salud integrales de adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva:

DIMENSIONES DE CALIDAD	DESCRIPCIÓN ESTÁNDAR	¿CÓMO LOGRARLO?
Conocimiento de los y las adolescentes sobre salud	Los y las adolescentes conocen de los cuidados en salud y sus derechos, y saben dónde y cuándo obtener servicios de salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.	Los establecimientos de salud difunden los servicios de salud para adolescentes, a través de carteles que están visibles y que mencionan horarios de atención. Existe material informativo, educativo y de difusión sobre salud, sus derechos y servicios disponibles actualizado y específico para adolescente, en sala de espera y dependencias del Servicio de Salud para adolescente. El equipo de salud entrega información y/o consejería de salud en base a modelos teóricos del comportamiento y un lenguaje y contenido de acuerdo a la edad, capacidad cognitiva, nivel de desarrollo, género, orientación sexual, situación cultural del o la

		adolescente y con enfoque de derechos, género, anticipatorio, entre otros. El equipo de salud entrega información sobre servicios disponibles de salud y otros servicios ofertados en el territorio, incluida cartera la prestación de salud para adolescentes. El equipo de salud tiene competencias para necesarias para informar, brindar consejería y difundir comunicación sobre salud, salud sexual reproductiva y servicios disponibles. El Servicio de Salud adolescente, desarrolla actividades de comunicación y difusión en la comunidad, instituciones/organizaciones comunitarias para promover los servicios de salud y la utilización por los y las adolescentes.
Apoyo de la comunidad	Padres y madres, tutores, otros miembros de la comunidad y organizaciones juveniles y comunitarias reconocen la importancia del Servicio de Salud para adolescentes y apoyan la prestación y su utilización, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.	El personal de salud tiene competencias y cuenta con materiales de apoyo para comunicarse con padres, madres, tutores, profesores, otros miembros de la comunidad, organizaciones juveniles y comunitarias acerca de la importancia de la utilidad de prestar servicios de atención para adolescentes. Los servicios de salud para adolescentes cuentan con un listado actualizado de actores e instituciones/ organizaciones juveniles y comunitarias (incluido los establecimientos educativos) con los cuales se vincula para promover el apoyo de la comunidad y familia a la utilización de los servicios por y para adolescentes, incluido los de SSR. El Servicio de Salud para adolescentes tiene un plan de actividades de difusión y participación comunitaria para promover la utilización de servicios de salud de adolescentes, incluidos los de SSR. El Servicio de Salud para adolescentes establece alianzas con adolescentes, familias, profesores, representantes juveniles y agentes comunitarios para elaborar estrategias de difusión y material para promover la salud y aumentar la utilidad de los servicios de salud para adolescentes, incluida la SSR.

El paquete de servicios	El Servicio de Salud para adolescentes ofrece un paquete de orientación, información, atención integral, referencia y contrarreferencia que responda a las necesidades de todos los y las adolescentes.	Se dispone de políticas que garantizan un paquete de servicios indispensables para la atención de calidad adolescentes, que responda a las necesidades de los y las adolescentes: de información sobre salud, consejería y atención integral de salud, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Se dispone de normas, orientaciones técnicas, guías, protocolos y procedimientos para prestar una atención integral de calidad, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, en los servicios de salud y en los establecimientos educativos u otros espacios comunitarios, de acuerdo a políticas establecidas. Se cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia que garantiza la atención de todos los y las adolescentes en los distintos niveles de atención.
Competencias del personal de salud	El personal de salud demuestra las competencias requeridas para prestar servicios de salud integrales para adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, conforme al paquete de servicios establecido, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada y cuidado integral individual. Así mismo respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos de los y las adolescentes a la información, privacidad, confidencialidad y no	El personal de salud tiene un perfil de cargo adecuado para la atención integral de salud de adolescentes. El personal de salud posee las competencias técnicas necesarias (conocimientos, destrezas y actitudes) para prestar servicios de salud integrales. El personal de salud está capacitado o sensibilizado sobre respetar los derechos, incluido los derechos sexuales reproductivos a la información, privacidad y confidencialidad y una atención respetuosa libre de prejuicios y sin discriminación. El establecimiento de salud tiene a la vista de los usuarios/as, las obligaciones del personal de salud y las políticas sobre los derechos de los y las adolescentes, incluido los derechos sexuales y reproductivos. El establecimiento dispone de herramientas actualizadas para la toma de decisión (normas, orientaciones técnicas, guías, protocolos, procedimientos), que cubren los aspectos de la atención clínica de salud, de acuerdo al paquete de atención establecido.

	discriminación, sin prejuicios y respeto.	Se dispone de un sistema de supervisión y programa de capacitación continua del personal de salud para la atención de salud y desarrollo de adolescentes.
Ambiente físico y equipamiento de los servicios de salud para adolescentes	El Servicio de Salud para adolescentes dispone de un horario adecuado, un entorno acogedor y limpio, y mantiene la intimidad y la privacidad. Cuenta con el equipamiento, los medicamentos, los suministros y la tecnología que se necesitan para garantizar la prestación de servicios de salud y Salud Sexual y Reproductiva intramurales o extramurales, conforme al paquete básico establecido	Se dispone de normativa y procedimientos locales que organizan el Servicio de Salud en base a orientaciones ministeriales y necesidades de los y las adolescentes, que garantizan: salas de espera y boxes y dependencias con ambiente de gusto juvenil, acogedor y limpio; cuente con horarios convenientes, que reducen el tiempo de espera y contemplan los horarios escolares; sistema de agendas profesionales flexibles de horas de atención, con disponibilidad de atender adolescentes sin cita previa. El establecimiento de salud cuenta con instalaciones básicas: electricidad, agua potable, ventilación, saneamiento y eliminación de desechos. También dispone de instalaciones para uso de personas con discapacidad (baño, rampas, puertas). Las instalaciones, normativas y procedimientos protegen la privacidad y confidencialidad de los y las adolescentes. Existen normas claras y explícitas de la confidencialidad de la atención, y sus límites. Estas son respetadas por el personal de salud y difundidas entre las y los adolescentes y su familia. Se dispone de un sistema de gestión de adquisición y existencia de medicamentos, insumos anticonceptivos (incluida anticoncepción de emergencia), materiales y equipamiento necesario para entregar de oferta de programas y prestaciones de salud.

Equidad	El servicio de la Salud Integral Amigable, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, provee prestaciones y atención de calidad a todos los adolescentes, independiente de su capacidad para pagar, edad, sexo, nivel educacional, origen étnico, orientación sexual entre otras características.	Se disponen de reglamentos, normas o circulares, y procedimientos que establecen la obligación del personal de salud de brindar servicios de salud integral, incluida los de Salud Sexual y Reproductiva a todos los y las adolescentes, independiente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, escolaridad, pertenencia a pueblo originario, orientación o identidad sexual, discapacidad u otra característica. Estas políticas, en especial lo relacionado con la atención de Salud Sexual y Reproductiva son conocidas y respetadas por el equipo de salud, sin discriminación y saben cómo aplicarlas, y están visibles en el establecimiento de salud. Existe en el establecimiento políticas de focalización para la prestación de atención a grupos vulnerables. El personal de salud sabe cuáles son los grupos vulnerables de adolescentes en sus comunidades y favorece la participación de ellos y ellas en la planificación, evaluación de los servicios de salud.
Información y mejora de la calidad	El Servicio de Salud para adolescentes cuenta con un sistema de información, que recopila datos de uso y calidad de la atención entregada, desglosados por edad, sexo y otras variables sociodemográficas, y los utiliza para mejorar la calidad del Servicio de Salud. El personal de salud recibe apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.	Se dispone de un sistema de información que recoge datos y permite realizar análisis sobre la utilización de las prestaciones de salud, perfil de riesgo de la población, incluida la Salud Sexual y Reproductiva y de la calidad de atención brindada, desglosados por edad, sexo, tipo de atención y otras variables según se requiera. Se dispone de plan de evaluación de la calidad y cobertura de atención y supervisión, que incluye herramientas (encuestas a directores, profesionales, adolescentes atendidos y pauta de observación) y un manual genérico y de operación del proceso de evaluación y autoevaluación. El personal de salud está capacitado para recolectar y analizar datos, que sirvan de insumo para el desarrollo de planes mejora de la calidad del servicio prestado. Se dispone de mecanismos de reconocimiento del desempeño de alta calidad para el personal de salud.

Participación de los y las adolescentes	Los y las adolescentes participan activamente en la planificación, monitoreo, evaluación y mejora del Servicio de Salud Integral Amigable, con énfasis en sexual y reproductiva, y en las decisiones relacionadas con la atención de su salud.	La estructura de gobernanza del establecimiento de salud o Servicio de Salud adolescente incluye a los y las adolescentes. Existe una política respecto a la participación de los y las adolescentes en la planificación, monitoreo y evaluación del Servicio de Salud para adolescente. El personal de salud, conoce y sabe aplicar las leyes, reglamentos y circulares que rigen el consentimiento informado de adolescentes. Está definido el proceso de obtención del consentimiento informado conforme a recomendaciones MINSAL.
--	--	--

CAPÍTULO III.CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES PARA SER INCLUSIVOS DE ADOLESCENTES GLBT,DE PUEBLOS ORIGINARIOS, MIGRANTES Y DISPACITADOS.

3.1 ORIENTACIONES PARA UNA ATENCIÓN INCLUSIVA Y RESPETUOSA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES GAYS, LESBIANAS, BISEXUALES O TRANS (GLBT) EN SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES

En el año 2016, el Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, en el documento “Guía Práctica: Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Orientaciones para los equipos de Atención Primaria” , en su capítulo “Consejería para adolescentes con dudas en la orientación sexual, en la identidad de género o adolescentes gay, lesbianas, bisexuales o trans” [15]visualiza la temática de la diversidad sexual durante la adolescencia, entregando algunas herramientas basadas principalmente en las necesidades de este grupo que favorecieran prácticas más inclusivas y disminuyeran las barreras de acceso a los servicios de salud.

La guía referida se encuentra actualmente vigente y el capítulo en cuestión aborda aspectos relacionados con las competencias necesarias para una adecuada atención de salud, como son el reconocimiento y trabajo reflexivo (individual y del equipo de salud) en torno a las creencias y actitudes frente a la temática de la diversidad sexual, la adquisición del conocimiento y de las habilidades para acompañar el desarrollo de una sexualidad integral que considere a los y las adolescentes y jóvenes GLBT(gays, lesbianas, bisexuales y transexuales). El documento también se refiere a aspectos relacionados con el proceso de reconocerse y asumirse como una persona GLBT que pueden hacer que algunos de estos adolescentes sean más vulnerables en ciertos aspectos de su salud cuando se los compara con sus pares heterosexuales (inequidades en salud). La guía también propone un modelo de consejería para este grupo de adolescentes que los y las acompañe en el proceso de definir, asumir e integrar su orientación sexual y algunas recomendaciones para los equipos de salud por tanto, en estas orientaciones, no se repetirán los contenidos que ya aparecen en la referida guía, por lo que se considera necesaria la revisión del capítulo mencionado [15].

Se presentarán algunas orientaciones propuestas por Montero V. y González T. (2017), que son parte de la *“Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud”* [32], producto del proyecto de investigación, FONIS 2014 (SA14ID0007).

El concepto “necesidades en salud” ha sido definido por algunos autores como el grado de salud-enfermedad que los potenciales usuarios de los sistemas de salud experimentan, vinculado estrechamente con las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica, trabajo, cuidado de la salud y educación), que a su vez se encuentran determinadas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población [33]. Estas necesidades pueden ser satisfechas mediante una adecuada atención en salud, a través de educación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos [34]. Las barreras son factores que dificultan total o parcialmente el acceso a los sistemas de salud e involucran a las instituciones, prestadores y usuarios, pudiendo clasificarse en económicas, geográficas y culturales [31].

El modelo de Knight intenta explicar las barreras que presentan las personas pertenecientes a una minoría sexual para acceder a los cuidados de la salud, dividiéndolos en 3 categorías: del usuario/a (vergüenza, temor a la reacción del profesional, no divulgación de la orientación sexual, desconocimiento de riesgos y herramientas de prevención, temor al no respeto de la confidencialidad), de los proveedores de salud (incomodidad, falta de entrenamiento, homofobia, minimización y desconocimiento de las conductas de riesgo, desinformación de herramientas preventivas, falta de tiempo, manejo inapropiado de la confidencialidad) y del sistema de salud (entorno poco amigable, carencia de guías de cuidados preventivos, posible discriminación hacia las personas de “alto riesgo”) [35].

Organizaciones internacionales como la Sociedad de Medicina del Adolescente [36] y la Academia Americana de Pediatría de Estados Unidos [37] reconocen y describen los principales problemas que enfrentan las personas adolescentes y jóvenes LGBT, reconociendo disparidades en salud y recomendando promover la salud, el desarrollo y bienestar en esta población. La guía de consejería para adolescentes con dudas en la orientación sexual, en la identidad de género o GLBT constituyó un avance para que desde un marco de derechos, hacer las prácticas más inclusivas de la diversidad sexual y disminuir así las barreras de acceso a la salud.

Sin embargo, se reconoce que cuando las instituciones de salud operan bajo la premisa heteronormativa, visibilizan y pueden generar instancias de discriminación y vulneración de derechos al propiciar la aparición de barreras, que pueden presentarse en diferentes niveles y que en definitiva se traducen en una menor probabilidad para acceder a los servicios de salud, dificultades para revelar su orientación sexual y reacciones negativas por parte de los proveedores de salud como rechazo, hostilidad, etc.

Wright y cols. plantean que las necesidades en salud de los y las potenciales usuarios/as pudieran ser diferentes a las consideradas por los proveedores de salud, por lo que es fundamental incluir la propia perspectiva de las personas, en este caso adolescentes LGBT, para facilitar la consulta y contribuir a disminuir las brechas de atención [34].

3.1.1 PRINCIPALES BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD

Un estudio Chileno (FONIS SA14ID0007), [32], señala las principales barreras identificadas como un obstáculo para acceder a la atención en salud en el nivel primario, se vinculan con: el establecimiento de salud tradicional, en las prácticas profesionales, a nivel personal y en relación con la educación e información, particularmente en salud sexual.

3.1.1.1 Barreras en los establecimientos de Salud

Establecimientos de Salud	
Barreras jóvenes gays	• Invisibilización del abordaje de la diversidad sexual, la temática es un tema tabú. • Falta información y difusión de oferta de atención, escasas acciones preventivas, en especial en salud sexual para hombres que tienen sexo con hombres. • Atención no inclusiva, heteronormada, burocrática, latencia en la resolución de problemas y trato no igualitario, estigmatización respecto a la vinculación del VIH e infecciones de transmisión sexual con la homosexualidad. • Atención poco empática, actitudes discriminatorias. • Resguardo inapropiado de la confidencialidad durante la toma del examen VIH
Barreras jóvenes lesbianas	• La diversidad sexual es invisibilizada, el foco está centrado en VIH. • Mensajes heteronormativos en el espacio físico, con imágenes informativas heterosexuales. • Atención con información heteronormada y centrada en el aspecto reproductivo, sin indagar orientación sexual o conductas sexuales. • Temor a un a un manejo inadecuado de la confidencialidad.
Barreras jóvenes bisexuales	• Temor a la reacción negativa del profesional, que conducen a ocultar la orientación sexual, generando inseguridad, y sensación de sobre exposición. • No poder escoger al profesional y desconocer su lugar de formación en esta temática.

3.1.1.2Barreras prácticas profesionales

PRÁCTICAS PROFESIONALES	
Barreras jóvenes gays	• Se asume heterosexualidad del consultante y se entrega información preventiva desde esa perspectiva. • Heteronormatividad, prejuicios, discriminación y homofobia. • Falta de empatía, indiferencia e indolencia. • Abordaje inadecuado de la orientación sexual con patologización e incluso recomendaciones para revertir la homosexualidad.
Barreras jóvenes lesbianas	• Falta de empatía y escasa vinculación. • Falta de preparación y desconocimiento de las prácticas sexuales lésbicas. • Se adjudican roles heteronormados en la atención de una pareja lésbica, en donde una de ellas necesariamente es vista asumiendo un rol masculino. • Profesionales con estereotipos que no validan el deseo de maternidad en una mujer lesbiana. • Abordaje inadecuado de la diversidad sexual con patologización, buscando asociar un evento traumático como causal de la orientación sexual lésbica o la explicación de esta a través del “contagio social”.
Barreras jóvenes bisexuales	• Abordaje inadecuado de la bisexualidad con invisibilización y/o tendencia a considerar la bisexualidad como una etapa de experimentación y confusión, y no como una orientación sexual en sí misma, lo que produce sensación de patologización que cansa y expone al o a la consultante. • Los profesionales asumen heterosexualidad, lo que sitúa al/la consultante en una posición incómoda de tener que explicar su bisexualidad. • Prejuicios de profesionales por desconocimiento y asociando la bisexualidad con perversión, enfermedad, prejuicios, promiscuidad y SIDA.

3.1.1.3 Barreras personales

PERSONALES	
Barreras jóvenes gays	• Actitud preconicionada que se traduce en temor anticipado a la consulta principalmente en salud sexual. • Dificulta al acceso a la atención de salud, por vergüenza y miedo. El estigma y temor es mayor cuando el adolescente no ha asumido o divulgado aún su orientación sexual. • Ser adolescente es otra barrera, no se tiene información donde buscar apoyo o acompañamiento en el proceso de asumir una orientación sexual diversa, además algunos consultorios exigen venir acompañados por un adulto. • Ignorancia de sus derechos como para poder exigir una atención de calidad
Barreras jóvenes lesbianas	• Mayor prejuicio y descalificación hacia la sexualidad lésbica, cuando el profesional es médico y hombre. • La edad del profesional puede ser una barrera, por mayor probabilidad de conservadurismo. Aun cuando se espera una mayor apertura por parte de un profesional joven, se reconoce que también pueden ser discriminadores. Por otra parte, asocian una atención más ruda por parte de las profesionales mujeres. • Temor al rechazo, al juicio del profesional y al estigma del profesional, que se traduce en no consultar o postergar la consulta. • Miedo a abrir la privacidad por sentirse expuesta e invadida. • Incertidumbre sobre la respuesta del consultorio frente a una mujer lesbiana embarazada y en la atención del parto. • Ser adolescente las sitúa en un estado de mayor vulnerabilidad, especialmente si se encuentran en el proceso de asumir su orientación sexual
Barreras jóvenes bisexuales	• Creencia que profesionales de menor edad estarían más preparados porque tendrían una mejor formación y una mayor posibilidad de comprender. • Creencia que la institución formadora de los profesionales puede según su ideario institucional invisibilizar y/o prohibir el abordaje de estos temas en la formación del profesional. Asimismo, se critica a los profesionales que no son proactivos en la búsqueda de la información, como una manera de revertir ese sesgo en su formación. • Temor a la reacción y al juicio del profesional, a la atención invasiva, sensación de estar muy expuestos/as y vulnerables.

3.1.1.4 Barreras información y educación

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN	
Barreras jóvenes gays	• Educación sexual heteronormada, centrada en lo reproductivo y no en el autocuidado, no orientada a las necesidades de los adolescentes GLB. • Información limitada y poco explícita, no personalizada sobre promoción y prevención en salud. Esta falta de información es percibida como una barrera para que se instale la “cultura del autocuidado” reaccionando solo cuando se “está asustado”.
Barreras jóvenes lesbianas	• Educación sexual heteronormada y excluyente, focalizada en prevención de embarazo, uso de condón y píldoras anticonceptivas desde una perspectiva heterosexual. • Falta de información confiable, amigable y disponible, con riesgo de encontrarse con información errónea. La consecuencia es un aprendizaje sin orientación adecuada, utilizando la pornografía como fuente, pudiendo exponerse a situaciones de riesgo para la salud.

Si bien el estudio estuvo orientado a la población LGB, estas barreras se pueden extrapolar a personas adolescentes trans.

3.1.2 RECOMENDACIONES ORIENTADAS A LOS EQUIPOS DE SALUD, PARA UNA LA ATENCIÓN INCLUSIVA Y RESPETUOSA DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES LGBT

3.1.2.1 En los servicios de salud para adolescentes.

- Desarrollar políticas a nivel local para la atención inclusiva que consideren la sensibilización y capacitación de los equipos de salud y que refuercen la no discriminación.
- Asegurarse que las políticas y programas se desarrollen en base a la evidencia científica y no en creencias doctrinarias y/o ideológicas.
- Eliminar toda práctica con enfoque reparativo o que apunte a patologizar la diversidad sexual.
- Sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud y personal de apoyo en diversidad sexual:
 - Conocimiento y competencias en la temática propiamente tal.
 - Competencias para atención empática, inclusiva, integral, no estigmatizante, que genere seguridad y confianza a la persona consultante.
 - Capacidad de contención en crisis.
- Propiciar en los equipos instancias de reflexión y discusión en torno a creencias, prejuicios y actitudes hacia la diversidad sexual. Debe ser parte de la capacitación, como componente esencial para el desarrollo de las competencias requeridas.
- Cautelar que los instrumentos de recolección de datos consideren la diversidad sexual.
- Visualizar la temática en el espacio de salud (salas de espera, boxes de atención u otras).
 - Imágenes y mensajes que no sean heteronormados, que visualice a las personas, parejas y familias diversas.
 - Ambiente inclusivo, respetuoso y seguro.
 - Ambiente que visualice y no estigmatice la diversidad sexual, que considere a hombres y mujeres, no centrado sólo en VIH como suele ocurrir.

- Información y rutas claras para la realización de exámenes, especialmente sobre pesquisa de VIH. Evaluar objetivamente ruta, protocolo y procedimientos existentes.
- Material educativo en salud sexual, disponible en espacio del Servicio de Salud para todas las personas, que incluya toda la gama de conductas sexuales, ITS, formas de protección, exámenes, controles, entre otras.
- Revisar protocolos de manejo de la confidencialidad y evaluar su implementación.
- Facilitar la atención de adolescentes sin la compañía de un adulto, promoviendo la autonomía y el derecho a la atención confidencial.
- Evaluación periódica sobre calidad de la atención por las personas consultantes.
- Desarrollar y/o fortalecer redes salud-educación:
 - Que la información llegue a los adolescentes.
 - Pesquisar adolescentes que requieran apoyo/acompañamiento, promoviendo la derivación y trabajo conjunto.
- Abogar y realizar educación sexual con enfoque inclusivo de la diversidad sexual, desde la infancia.
- Tener presencia activa en la comunidad, con actividades que apunten a sensibilizar y educar en temáticas sobre diversidad sexual para prevenir y/o detener la discriminación, la victimización y violencia.
- Abogar en la comunidad por los derechos de las personas gays, lesbianas, bisexuales, transgénero/transexuales, intersex.

3.1.2.2 Para el equipo de salud durante la atención.

- Reconocer y fomentar las fortalezas individuales de la persona consultante, como un pilar para la promoción del desarrollo positivo, autocuidado y fortalecimiento del bienestar y calidad de vida.
- Reconocer, fomentar y respetar la toma de decisiones según autonomía progresiva de adolescentes.
- Asegurar la privacidad y confidencialidad, respetando los aspectos éticos de la relación clínica.

- No asumir heterosexualidad, utilizar lenguaje respetuoso, inclusivo y neutro.
- Profesionales de la salud capacitados para brindar atención competente y sin prejuicios:
 - Manejar adecuadamente aspectos del desarrollo adolescente, físico, psicológico y sexual, identificando el proceso de desarrollo de una identidad sexual diversa.
 - Identificar los problemas de salud relacionados con el proceso de asumirse y aquellos derivados de la victimización y discriminación, implementando estrategias de pesquisa y derivación a profesionales competentes, según corresponda.
 - No minimizar riesgo de embarazo, ITS/VIH para hombres y mujeres.
 - Realizar Consejería sobre sexo seguro para hombres y mujeres.
- La atención en Salud Sexual y Reproductiva debe incorporar, considerar y satisfacer las necesidades y demandas específicas para hombres y mujeres:
 - Controles periódicos, que incluya educación, fomentando la prevención y pesquisa de ITS/VIH.
 - Cautelar que las medidas preventivas sean universales y estén disponibles para hombres y mujeres (Ej. vacunas, acceso a métodos de barrera).
 - No vincular orientación sexual con VIH.
 - Proporcionar información sobre el autocuidado, considerando las prácticas sexuales.
 - Atención ginecológica siguiendo directrices para la población femenina en general, pero reconociendo y considerando aspectos de la sexualidad y prácticas sexuales de las mujeres lesbianas y bisexuales. Papanicolaou debe seguir normativa vigente.
 - Reconocer y satisfacer las necesidades y demandas específicas de fertilidad para mujeres lesbianas y bisexuales.
 - Reconocer y acompañar familia homoparental/lesboparental.
- Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento individual a adolescentes durante el proceso de confusión/asumirse y divulgación.

- El acompañamiento por el/la profesional incluye el análisis conjunto con la persona sobre las ventajas y desventajas de la decisión y momento para divulgar su orientación sexual a otros, sin presionar y manteniendo la confidencialidad.
- Desarrollar habilidades para apoyo y acompañamiento familiar en el proceso de asumir e integrar un hijo/hija GLBT.
- Explorar situaciones de discriminación y victimización por pares, adultos y familiares, estableciendo medidas de abordaje.
- Interiorizar que la "terapia reparativa", que trata de cambiar la orientación sexual o identidad de género de una persona, es intrínsecamente coercitiva e incompatible con la atención de salud.
- Entregar información y referencias de redes de apoyo sociales y comunitarias para acompañamiento individual y familiar.

3.2 PUEBLOS ORIGINARIOS

3.2.1 ADOLESCENCIA EN CONTEXTO INDÍGENAS

Desde el punto de vista occidental, la adolescencia comprende el proceso de desarrollo humano donde la persona experimenta cambios de cuerpo y mente, se adecua o no a un ordenamiento preestablecido, se media entre la maduración física y madurez social, la adolescencia es una categoría socioculturalmente definida y caracterizada por cambios fisiológicos, por su independencia de la familia de origen, por la auto-subsistencia, la inserción socio-laboral y la construcción de una familia propia [38]. Ahora bien ¿que implica esta etapa en contexto de diversidad cultural?

Para los pueblos indígenas, "... la juventud, como tal, es débilmente reconocida, con lo que se facilita un rápido pasaje y mayor ambigüedad en la representación joven-adulto. Los ciclos vitales individuales indígenas son algo diferentes, pues su adiestramiento para la participación plena en la comunidad de los

adultos se inicia tempranamente, incluso desde el nacimiento, mediante los ritos que marcan la entrada a la comunidad de los vivos” [38].

Ser *joven e indígena* implica profundizar sobre la cosmovisión de los pueblos indígenas; comprender que hay patrones y secuencias o etapas que varían de una cultura a otra; y que su desarrollo es el resultado de procesos socio-histórico de violencia, discriminación y exclusión. Para los pueblos indígenas la adolescencia “es más corto y a veces imperceptible, pues la población experimenta una incorporación más precoz a la vida productiva y reproductiva”. Por lo tanto, los cambios biológicos en hombres y mujeres, tales como la menarquía, el tamaño físico o la habilidad adquirida son señales e hitos de significado social. La menarquía en la mujer constituye un *rito de transición* que se celebra culturalmente se trata de un hito social, cultural y político que se consolida en el matrimonio y la maternidad (pueblos Tikuna, Yanomani o los Yekwana en Colombia, Venezuela y Ecuador respectivamente). Son diferencias respecto al proceso de transición occidental, que está dado por las capacidades técnicas y/o logros que asignan las instituciones educativas, religiosas y de salud [38].

Chile reconoce como principales pueblos indígenas a los Mapuche, Aimara, Rapa-Nui, la de comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país, las comunidades Kawésqar y Yamana o Yagan de los canales australes. Según Encuesta CASEN - 2015 los pueblos originarios alcanzan una población de 1.585.680 de personas, representando el 9.0% del total país [39]. La adolescencia de estos pueblos indígena experimenta un vacío generacional respecto al conocimiento de sus orígenes. La aculturación y pérdida de tradiciones son un fenómeno indiscutible, por ejemplo, el idioma lo hablan y entienden sólo el 10.7% de su población; entre las edades de 0 y 14 llega a un 5,0% y entre los 15 y 29 años alcanza al 7,1%. Lo anterior, limita la continuidad del idioma, la transmisión de saberes y desarrollo de prácticas culturales para su vigencia.

“Los niños, niñas y adolescentes miembros de pueblos indígenas representan el 12% de la población menor de 18 años en Chile. En Chile habitan 4.369.035 niños y niñas menores de 18 años. Del total aproximadamente 525.269 son indígenas” [40].

Con respecto a la distribución territorial “los niños, niñas y adolescentes que presentan una mayor proporción en las regiones son aquellos que viven en La Araucanía (39%), Aysén (33%), Los Lagos (32%) y Arica y Parinacota (31%)” [41].

La *identidad cultural fue negada por décadas*, recientemente, tras diversos procesos de cambio social, cultural y políticos han surgido generaciones de jóvenes que reafirman su identidad con su pueblo y otorgan sentido a la pertenencia a algún pueblo originario. El núcleo familiar y social es el primer acercamiento para acortan las brechas histórico-culturales. El joven está valorando pertenecer a un origen común; comparte creencias, tradiciones y sueñan con el control cultural. Por iniciativa propia articulan vínculos con sus respectivos pueblos y territorio de origen, acudiendo a estas zonas especialmente en periodo de vacaciones para participar de las ceremonias tradicionales o eventos de protesta social [38]. Otros elementos significan la valoración de nombres y apellidos en lengua tradicional; validación pública a quienes se comunican a través de esta. No obstante, frente a la afirmación cultural se interponen episodios de estigmas y discriminación, expresados con mayor frecuencia en el ámbito educativo en el nivel primario y secundario, situación que es recurrente también en los espacios de salud en la relación profesional-usuario/a, son estereotipos constituyentes de amenazas al despertar del *ser indígena*, la identidad se vuelve contradictoria, tensionándose la auto-identificación [38]. Este es un aspecto fundamental para entender los procesos de salud y enfermedad de los jóvenes indígenas, dado el estigma y discriminación en hombres y mujeres que construyen su identidad, afecta significativa en su salud.

Ser adolescente indígena en Chile constituye un elemento diferenciador de identidades juveniles e identidades originarias, la “toma de conciencia” deriva en la preocupación por la invisibilización de las culturas originarias y en determinar procesos reflexivos, especialmente sobre las formas particulares del ser y estar en el mundo; la comunidad, los valores colectivos, las tradiciones y las identidades. La discriminación, es transformada en herramienta de articulación y son enfáticos en relevar la exclusión que vivieron sus antepasados.

Por ello, es deber del Estado orientar sus acciones a satisfacer las demandas de los pueblos indígenas, considerando los derechos individuales y colectivos que los asisten. Esto es de especial importancia a la hora de abordar a población adolescente que adscribe a culturas originarias, ya que su construcción de las categorías de salud, enfermedad y atención puede variar con respecto a la población general. Por lo cual implican desafíos al construir un modelo de salud atinente a las necesidades de los jóvenes indígenas.

En el campo de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, se reconocen ciertas barreras que enfrenta la población adolescentes, en relación al acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva, relacionadas con el acceso a los servicios de planificación familiar y en la utilización de anticonceptivos, siendo estas barreras: económicas, geográficas, la relación con sus padres y su pareja, y la preocupación sobre la confidencialidad. Particularmente, si se trata de la población joven indígena, hay barreras adicionales que considerar, como problemas en la comunicación con el equipo de salud, que muchas veces desconoce los códigos culturales que orientan sus comportamientos, decisiones y percepciones en relación a los procesos de salud, enfermedad y atención. También, pueden enfrentar discriminación social e institucional y, por ende, pueden rehusarse a utilizarlos servicios de Salud Sexual y Reproductiva disponibles.

Los que viven en zonas rurales alejadas, pueden tener un acceso limitado a los servicios; aquellos que habitan en zonas urbanas pueden enfrentar problemas de aculturación y de discriminación. Por ello, los jóvenes pueden sentirse más cómodos con sus propios sistemas de salud, que con la medicina occidental.

Es importante señalar que las barreras pueden ser vividas en mayor o menor medida por algunas personas indígenas, o no presentarlas, dependiendo “del nivel de aculturación que presenten los y las jóvenes, de la cercanía que tengan con las tradiciones de sus respectivos pueblos, de su posición socioeconómica, entre otros factores”. Por ello, es importante no estereotipar a los jóvenes indígenas por su condición de pueblo originario, pues su posición con respecto a su identidad puede variar considerablemente.

3.2.2 RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD Y SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

En el campo de la salud es importante en los servicios de salud para adolescentes [42]:

(Adaptado de Orientaciones para una Propuesta de Política de Niñez y Adolescencia Indígena en Chile. Consejo Nacional de la Infancia, 2011).

- Valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo el proceso de salud, enfermedad y atención.
- A los equipo de salud, les corresponde conocer la situación de salud que enfrenta la población adolescente indígena y estar abiertos al diálogo y a Reconocer la importancia de valor su cultura, para poder entender la cultura del paciente (Competencias Interculturales).
- El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus sistemas de salud, sus conceptos de salud y enfermedad deben incorporarse en el diseño de las políticas públicas. La incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que co-existen en un territorio determinado (Política de Salud y Pueblos Indígenas).
- Establecer planes de mejoras para lograr un sistema de información y registro en pertenencia de pueblos indígena, de esa manera contar con datos estadísticos de salud confiables, así como desarrollar competencias epidemiológicas e interculturales en los equipos de salud.
- Habilitación de espacios y adecuaciones de infraestructura para una atención de salud con pertinencia cultural.
- Elaborar material educativo considerando la cultura del pueblo originario y cosmovisión.
- Planificar acciones de promoción de la salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida.
- Fortalecer trabajo comunitario, en el territorio para establecer vínculos con organizaciones indígenas.
- Fortalecer y propiciar la partición de adolescentes y jóvenes con los espacios naturales, sitios rituales, ceremoniales, simbólicos y materiales, reconocidos en sus territorios, a través de

estrategias que involucre la participación de familias, referentes socioculturales y autoridades indígenas

- Favorecer espacios de trabajo en torno a los saberes que permitan la transmisión de prácticas en torno al sistema de conocimientos, valores y principios propios de los pueblos indígenas para la formación de adolescentes en sus respectivos territorios y contextos.
- Apoyar y potenciar las redes familiares y parentales propias de los pueblos indígenas, a fin de mantener su cohesión social y cultural, relevando y validando el rol de los ancianos y ancianas como agentes culturales sabios en la lengua y cultura de su pueblo.
- Generar indicadores interculturales que permitan vislumbrar en que ámbitos se sitúan las brechas de inequidad que afectan a los adolescentes indígenas.
- Contar con un sistema de registro de datos oficiales y actualizados que dé cuenta de las condiciones de vida de los adolescentes indígenas, como así mismo desagregado por género, urbanos y rurales.

3.3 ADOLESCENTES INMIGRANTES

3.3.1 ADOLESCENTES MIGRANTES Y FACTORES DE RIESGO

Actualmente, la migración es uno de los grandes retos del sistema de salud pública en el país. Cada vez es más frecuente la atención de salud de adolescentes nacidos en el extranjero o hijos de padres inmigrantes con condiciones de salud y costumbres diferentes al perfil nacional. Por otra parte, las determinantes sociales de salud que impactan en la población migrante (empleos precarios, condiciones de vivienda, saneamiento básico, cuidado infantil) se ven agudizados en adolescentes.

Si bien, es importante comprender que el o la adolescente migrante vive una serie de cambios que pueden afectar algunas áreas de su desarrollo: habilidades sociales, adaptación a la realidad del país de acogida, relación con el tiempo, identidad-pertenencia al grupo, la adaptación a circunstancias externas extremas

y separación familiar, entre otras, también es relevante que los equipos de salud, tengan una aproximación desde un marco de derechos, donde se los reconozca como sujetos de derecho y actores sociales protagónicos, en la construcción de su propia realidad y la de su entorno .

Por ello, es necesario que los equipos exploren el contexto migratorio individual y aborden la atención con una mirada de derechos, que releve la dimensión resiliente y el aporte intercultural y no sólo se centre en el riesgo.

Existen implicaciones de los planteamientos transculturales para la teoría del desarrollo humano, en teorías tales como: estadios del desarrollo de Piaget, teoría del desarrollo moral de Kohlberg y la teoría del vínculo de Bowlby. Sin embrago, estas teorías no han sido validadas a nivel transcultural, y es importante tenerlo presente en la aplicación de los estadios, las clasificaciones y los procesos que plantean, en la atención de adolescentes migrantes [43].

Un adolescente extranjero podría encontrarse en el país, en alguna de las siguientes situaciones:

- No acompañado/a
- Acompañado/a de adultos relacionados
- Acompañado/a de adultos no relacionados
- Acompañado/a indocumentado/a
- Solicitante de refugio, no acompañado
- Solicitante de refugio, acompañado de adultos no relacionados
- Solicitante de refugio, acompañado indocumentado/a

FACTORES DE RIESGO

- **Familias transnacionales:** La separación familiar en familias migrantes puede conducir a la desintegración familiar; tiene costos emocionales, psicológicos y sociales en adolescentes, los cónyuges y los mayores; perturba los regímenes de cuidado familiar y causa una serie de

problemas sociales, que van desde el abandono de la escuela y los embarazos de adolescentes hasta la decadencia social y la ruptura de las normas sociales [44].

- **Duelo migratorio:** El duelo migratorio es un proceso complejo que implica una reorganización de la personalidad al que debe hacer frente la persona con el fin de adaptarse al cambio que produce la migración. Pero para este fenómeno existiría un hecho clave que diferenciaría al duelo migratorio del duelo por la pérdida de un ser querido, y es que en el caso de la migración, el objeto de duelo (el país de origen) no desaparece, no se pierde propiamente para el individuo, pues permanece y cabe la posibilidad de contactarse nuevamente con él. Incluso existe la posibilidad de regresar al lugar de origen (a excepción de los refugiados). Es decir, el duelo migratorio se caracteriza por la separación más que por la pérdida, y estaría delimitado por dos elementos: el tiempo y el espacio. Tiempo entendido como el período en que el inmigrante está fuera y en el que acontecen innumerables cambios, tanto en el país de origen como en el propio inmigrante, y espacio asociado a la distancia, la separación física respecto de la familia, los amigos, la escuela, el barrio, el paisaje, el clima, entre otros.
- **Decisión migratoria:** Sin duda la decisión de migración es un decreto netamente del mundo adulto. Los adolescentes que partirán siguen el camino, muchas veces realizado por sus padres o cuidadores; por tanto podría pensarse que la migración de adolescentes generalmente es una de tipo forzada. En algunos casos, los y las adolescentes migran por su propia cuenta y se relacionan con la familia, siendo difícil examinar adecuadamente con criterios vinculados al tráfico de personas o delito, en lugar de criterios relacionados a las migraciones y el desarrollo. Es necesario entonces preguntarse el cómo viven la migración los adolescentes. Existe una importancia relativa de la edad en que se emigra y ésta es diferente en cada uno de los cursos de vida.

Por otro lado, si se consideran los factores que motivan la migración de la familia de adolescentes, esta puede dividirse en:

- **Migración económica**, definida como la migración impulsada por una motivación exclusivamente de orden económico y cuyo fin es la aspiración a mejorar las condiciones de vida [45].
- **Migración laboral**, definida como el movimiento de personas del Estado de origen a otro con un fin laboral. La migración laboral está por lo general regulada en la legislación sobre migraciones de los Estados. Algunos países asumen un papel activo al regular la migración laboral externa y buscar oportunidades de trabajo para sus nacionales en el exterior [45].
- **Reunificación familiar**, definida como el proceso por el cual los miembros de un grupo familiar, separados forzosamente o por migración voluntaria, se reagrupan en un país distinto al del origen. La admisión es discrecional del Estado receptor [45].
- **Migración forzada**, definida como un término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas [45].

3.3.2 POSIBLES EFECTOS DE LA MIGRACIÓN

Es importante considerar elementos de interculturalismo, prejuicio y discriminación en situaciones de movilidad humana y migración:

- EFECTOS PSICOSOCIALES

El prejuicio anti migratorio, puede basarse en creencias biológicas, religiosas, sociales o nacionales, las cuales a su vez dan lugar a diferentes prejuicios racistas, fundamentalistas o clasistas, la que se expresan en actitudes y opiniones hacia las personas migrantes. En los últimos años en muchos países, se ha incrementado el prejuicio anti migratorio, a raíz del aumento de la inseguridad social y la pérdida de certezas y de deterioro de la calidad de vida.

A ello, se suma la discriminación, que impone a adolescentes y sus familias un trato diferenciado en diversos ámbitos de la vida social en la que el participa como la escuela, el barrio donde vive, de una manera desventajosa y que puede llegar a humillarlo.

- EFECTOS EN LA SALUD

Los y las adolescentes pueden ser más vulnerables a presentar sintomatología ansiosa o depresiva, que sus pares que no están viviendo este proceso de migración. También tienen necesidades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva (Embarazo, VIH). También pueden presentar patologías como TBC, entre otros cuadros.

- EFECTOS SOCIOCULTURALES

El proceso de inserción migratoria, está dado por la relación entre las culturas que se encuentran, la de los migrantes y la sociedad de recepción:

- **Asimilación:** Consiste en la progresiva mezcla del grupo inmigrante en la sociedad de recepción, volviéndose estos invisibles, se busca borrar sus características propias y que se funda con las de la sociedad de llegada.
- **Integración:** Se busca la participación activa de los inmigrantes, a quienes se facilita establecer contactos sociales, laborales y económicos, alcanzan a tener una participación en la relación social, pero además su aporte es reconocido por los grupos residentes o nativos.
- **Multiculturalismo:** Propone un modelo de pluralismo cultural, su adopción implica, en principio la adopción de la “tolerancia” como objetivo de acción. Se promueve la tolerancia hacia los grupos minoritarios, pero no llega a resolver el problema de una integración y participación plena de la sociedad global.
- **Interculturalismo:** La tolerancia es cambiada por “respeto” entre las culturas y su integración mutua, incorporando en los mismos términos sus diferentes rasgos, en función de la construcción de una cultura global compartida.

Por tanto, el proceso de inserción migratoria de adolescentes y sus familias, se presentan como un desafío para los servicios de salud amigables y equipos de salud, con el fin de avanzar en un marco de derechos con enfoque intercultural.

“El concepto de interculturalidad se caracteriza por desarrollarse idealmente de manera respetuosa y en diálogo permanente. Bajo este modelo, ningún grupo cultural tiene mayor valor que otro, sino que se favorece la integración y la convivencia, y se potencian el respeto a la diversidad y el enriquecimiento entre culturas y países” [46].

En este contexto, es importante que los equipos de salud, desarrollen capacidades para establecer relaciones empáticas con los y las adolescentes y sus familias migrantes pertenecientes a países con culturas diferentes, esto se conoce como “competencias culturales en salud”. Esta competencia requiere de un cambio de paradigma de la relación adolescente/profesional, cambiando desde un marco de asimetría donde el personal de salud ejerce poder sobre el usuario, a uno participativo, intercultural [47], [48].

Para lograr el encuentro intercultural, se requiere [46]:

- Reconocer y aceptar al “otro” diferente de uno, de mi país, de mi cultura. Implica aceptar la alteridad y la diferencia cultural.
- Flexibilidad ideológica, es decir no se impone a priori el propio sistema de pensamiento.
- Construir un diálogo respetuoso y comprensivo.
- Conocimiento mínimo del país, cultura del otro.

La comunicación intercultural disminuyen las barreras culturales entre equipos de salud, adolescentes y sus familias, y mejora el nivel de satisfacción de los usuarios/as con el sistema de salud.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, identifica los migrantes como grupos vulnerables y se exige el pleno respeto de sus derechos humanos. Además señala la positiva contribución de los migrantes al crecimiento inclusivo y al desarrollo sostenible, de los países, enfatizando la importancia de la salud para el logro de las contribuciones. En este sentido se releva la importancia de lograr cobertura sanitaria universal, que contribuirá a impactar en los factores económicos, sociales y ambientales que determinan el bienestar de los y las migrantes.

Se reconoce que los y las adolescentes migrantes, pueden tener necesidades sanitarias diferentes a las que presentan los países que son receptores.

Los migrantes muchas veces deben enfrentar barreras en el acceso a la atención de salud, altos costos vinculados a la atención, diferencias idiomáticas y culturales, discriminación, burocracia administrativa, falta de información de sus derechos en salud, entre otros.

Las barreras pueden afectar que las personas no reciban una atención oportuna y de calidad y puede ocurrir que se propaguen algunas enfermedades y aumentar los costos de salud y ser una violación de los derechos humanos.

En este contexto, para la disminuir las barreras de los y las adolescentes a la salud, nuestro país, implemento un convenio entre el Ministerio de Salud y Ministerio del Interior que *“facilita el acceso de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años extranjeros, en igualdad de condiciones de sus pares chilenos, independientemente de sus situación migratoria o la de sus padres”* y para asegurar el acceso a la red de protección de la infancia, estableció un convenio entre el SENAME y el Departamento de Extranjería y Migración que *facilita “el ingreso de niños, niñas inmigrantes a la red de protección, cuyos derechos hayan sido violados o sean infractores de ley, independientemente de su situación migratoria. Facilita también el otorgamiento de residencia a menores de 18 años”* [49].

En el periodo 2014-2017, el Estado de Chile, realiza una serie de acciones tendientes a garantizar el derecho a la salud para las personas migrantes, que se mencionan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 2 Acciones implementadas para mejorar el acceso a la salud de la población migrante

ACCIÓN DE SALUD	BREVE DESCRIPCIÓN
2015 se promulgó el Decreto Supremo N°67 del MINSAL y Circular A 15 N° 4 de junio 2016.	Medida para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario del Seguro Público de Salud, FONASA, incluye personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Circular A 15, señala todas las vías de acceso que tienen las personas migrantes al sistema de salud, e instruye específicamente el procedimiento para la implementación del decreto.
Protocolo intersectorial de Atención a Víctimas de Trata de Personas	Es un mecanismo de coordinación de la oferta de servicios de asistencia a víctimas, en las siguientes áreas: protección, salud, asistencia jurídica, regulación migratoria, asistencia social y educación.
Desarrollo de documentos técnicos	2015. “Guía de Buenas Prácticas para la investigación del delito de Trata de Personas”. 2017. “Guía de actuación para fiscalizaciones intersectoriales en materia de trata de personas”.
Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Resolución Exenta N° 1266 del 12 de diciembre de 2014.	Se crea Programa de acceso para establecimientos de atención primaria de salud. Actualmente instalado en 40 comunas, desarrolla estrategias de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud para la población migrante, en especial la no regulada, incluye difusión de derechos y deberes de los inmigrantes, mediadores interculturales, facilitadores lingüísticos, instancias de participación y desarrollo de protocolos de atención.
2016-2017 Estrategia de mejoramiento de la información de salud.	Se incorpora la identificación de la población migrante en los registros sanitarios en atención primaria, incluido REM P 09, y el fortalecimiento del registro en niveles de especialidad.
El 2017 formulación y lanzamiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud, Resolución Exenta N° 1308.	Dicha política, recoge las inquietudes, propuestas y soluciones en materias de la política de salud para esta población, realizada a través de Diálogos Ciudadanos desarrollados a lo largo del país.

El derecho a la educación de los y las adolescentes, permite mejorar la calidad de vida y posibilita el desarrollo de su potencial como agentes de cambio de su vida y entorno. Por ello el Ministerio de Educación (MINEDUC), desde el año 2017 está implementando un Plan de regularización de personas migrantes que permite participar de los procesos de admisión, matricularse y certificar los estudios realizados en Chile, con los mismos derechos que los estudiantes nacionales respecto de la alimentación, textos, seguro y pase escolar. Para más detalles ver sitio: <https://migrantes.mineduc.cl/>.

3.3.3 RECOMENDACIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

- Integrar una cultura derechos en todos los ámbitos de la gestión del Servicio de Salud Amigable.
- Participar en la elaboración de diagnósticos locales vinculados a población migrante desde un modelo ecológico, con el fin de conocer la situación de migración y de salud integral que tiene la localidad, donde el Servicio de Salud amigable tiene injerencia.
- Incorporación en programaciones locales acciones de salud orientada a este grupo, con el fin de visibilizar y abordar sus problemas y potencialidades, con enfoque de Derechos, integral e intercultural.
- Incorporar sistema de registros actualizados respecto a los y las adolescentes inmigrantes de manera de conocer sus características y necesidades específicas de atención.
- Brindar servicios de SSR relativos a la anticoncepción, diagnóstico y tratamiento de las ITS, incluida la infección por el VIH.
- Orientar a las familias y adolescentes en los procesos administrativos para acceder a la salud y fortalecer su capacitación respecto a sus derechos.
- Desarrollar actividades de comunicación social y educación en salud permanentes de sensibilización sobre la diversidad cultural, migraciones y derechos humanos que contribuyan a eliminar los prejuicios frente a la población de adolescentes y familias migrantes.

- Desarrollar acciones promocionales y preventivas con enfoque intersectorial para erradicar las prácticas discriminatorias, violencia y prejuicios en los establecimientos de educación y en la comunidad.
- Promover la autonomía y participación de adolescentes migrantes en Consejo consultivo de adolescentes y Jóvenes, locales, de manera que participen en la planeación, desarrollo y evaluación de los servicios de salud, programas y proyectos.
- Incorporar en la atención, mediadores interculturales y/o facilitadores lingüísticos, a fin de brindar servicios de salud en el idioma materno. Incluir en el desarrollo de material educativo y difusión adolescentes migrantes de manera de asegurar que sean pertinentes para este grupo poblacional.
- Pesquisa y seguimiento de casos de riesgo a través del control de salud integral y programas de acompañamiento de población vulnerable.
- Desarrollar capacitaciones que incorporen el desarrollo de competencias del equipo de salud para un abordaje específico desde una perspectiva intercultural y de derechos.

3.4 SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

Las necesidades de atención de salud en adolescentes con discapacidad varían según el tipo de discapacidad, si esta es parcial, temporal y la demanda o necesidad de atención que expresan.

Debe distinguirse entre discapacidad motora (que debe ser categorizada por el nivel de dependencia del o la adolescente afectado/a), la discapacidad sensorial y la discapacidad mental.

También deben distinguirse las necesidades, ya que no es lo mismo una demanda de atención dental, nutricional u otra de salud mental o Salud Sexual y Reproductiva.

Al respecto, podemos destacar:

1. Las personas discapacitadas tienden a ser infantilizadas, consideradas como “siempre niños”, lo que implica una invasión permanente a sus espacios, carencia de privacidad y muchas veces una acentuación indeseada e innecesaria de su dependencia.
2. Se considera que una persona discapacitada no es “normal”, se le niega la posibilidad de la búsqueda de vínculos afectivos ya que se los cuidadores muchas veces estiman que nadie puede expresar autentico y sincero interés por adolescentes con discapacidad.
3. En el aspecto de Salud Sexual y Reproductiva surgen temores a que la condición de discapacidad sea transmitida genéticamente, por lo que se busca evitar que tengan pareja.
4. Los y las adolescentes discapacitados enfrentan un deficiente proceso de socialización, marcado por una impermeabilización a cualquier contenido real o simbólico relacionado con la sexualidad.

Son características comunes de las y los adolescentes discapacitados la sobreprotección, el mayor uso de medicamentos (incluso polifarmacia), mayor vulnerabilidad, menor poder de autonomía, mayor riesgo de abuso (un número alto de personas tienen acceso a su cuerpo), son educados para depender, confiar y obedecer.

Importante a ser considerado es la merma de la privacidad de las y los adolescentes discapacitados, debido a la necesidad de tutelar, vigilar su comportamiento, lo que determina finalmente que su acercamiento a la sexualidad es resultado de un proceso administrado por sus cuidadores, consecuencia de los miedos familiares y no el efecto de su tipo o nivel de discapacidad.

Por tanto, es importante enfatizar que las y los adolescentes con discapacidad tienen los mismos Derechos Sexuales y Reproductivos que todo o toda adolescente, que incluye derechos a acceder, a obtener información y los servicios y apoyos necesarios para alcanzar una vida libre y plena en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socioeconómica, religión, y otros, sin verse expuestas a ningún tipo de abuso o violencia [50].

Por tanto, los y las adolescentes discapacitados tienen derecho a:

1. Ser informados, a tener educación sexual
2. Expresar su sexualidad
3. Formar una pareja. Considerar que discapacidad no es sinónimo de heterosexualidad.
4. Una vida sexual independiente
5. Una vida reproductiva si lo desea
6. La propiedad de su cuerpo

Debe considerarse al tutor y/o cuidador en todos los procesos, abrir un espacio para que éste se exprese e incluso entregarle educación sexual para sí mismo y la persona que cuida. También se debe considerar la labilidad emocional de la persona discapacitada, lo que acentúa su dependencia.

Una mención especial debe hacerse a los discapacitados mentales, que son quienes causan mayores inquietudes a sus cuidadores, principalmente derivadas del mito de una sexualidad descontrolada, perversa, impulsiva, promiscua y llena de peligros: todos son mitos sin fundamentos. El proceso de adolescencia de un discapacitado mental no difiere mayormente de un o una adolescente no afectado, aunque el grado o profundidad de su discapacidad lo puede hacer más vulnerable a situaciones de abuso. Ello obliga al equipo de salud a ampliar las capacidades de trabajo e incorporar permanentemente a profesionales de salud mental en cualquier prestación que se les otorgue.

Por tanto, las necesidades de atención de salud en adolescentes con discapacidad tienen los mismos requerimientos que cualquier otro adolescente y deben recibir todas las prestaciones contempladas en la cartera de Servicios de Salud Amigables y en el Plan de Salud Familiar. Sobre esa premisa hay que evaluar qué necesidades específicas se originan en su discapacidad, dificultades en su funcionamiento o restricciones de participación requieren procesos de rehabilitación, ayudas técnicas, apoyo a la familia, entre otros., desde el punto de vista de salud integral.

Como todo adolescente, forma parte de un sistema primario que en la mayoría de los casos es la familia, ésta adquiere características especiales dado que también se ve afectada por la presencia de un miembro con discapacidad, alterando los roles y el funcionamiento familiar y en ocasiones genera conductas que pueden afectar la condición de discapacidad y su proceso de socialización (por ejemplo: sobreprotección, infantilización). Por ello, un aspecto particular que debe ser abordado por salud es la definición de la problemática que enfrenta el cuidador en los casos de dependencia y su carga física y emocional.

Aspectos a considerar en la organización y abordaje de la atención de adolescentes con discapacidad.

3.4.1 DISMINUIR BARRERAS

- Culturales: Importante sensibilizar y capacitar al equipo de salud para bajar los prejuicios y disminuir los miedos a enfrentar a adolescentes con discapacidad, particularmente aquellas con alteraciones en el área de salud mental y Salud Sexual y Reproductivo, esto incluye necesidades de conocer las necesidades específicas y formas de abordarlos.
- Físicas: Disminuir barreras relacionadas con el espacio físico o arquitectónicas, del servicios de salud amigable, se deben incluir rampas para sillas de ruedas, tamaño de puertas para acceso de éstas y camillas.
- Comunicacionales y de información de salud: Preparar material educativo e información de salud, que considere lenguaje y estrategias de apoyo para la comunicación de adolescentes con discapacidad, incluido para adolescentes de la comunidad sorda y/o ciega.

3.4.2 IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL ADOLESCENTE

- Entrevista con el adolescente para conocer sus puntos de vista y conocer las necesidades que el identifica, para trabajar en conjunto a partir de ellas. También es importante evaluar las necesidades que la familia o cuidador tiene de la salud del o la adolescente, con fin de enriquecer el diagnóstico y plan de intervención.
- En el caso que el adolescente por su déficit motor y/o mental tenga imposibilidad de manifestar sus necesidades, trabajarlas en conjunto con el cuidador o asistente.
- Preguntar específicamente sobre inclusión educacional, derechos emocionales reproductivos y sexuales y los grados de independencia que tiene en actividades de la vida diaria (AVD) Básicas (comer, vestirse, lavarse, aseo e higiene y evacuaciones) e instrumentales (prepararse la comida, uso locomoción colectiva, actividades de juego, vida social, actividad sexual, manejo del dinero).

3.4.3 DERECHO A LA INFORMACIÓN

- El o la adolescente tiene derecho a ser informado de todo el proceso de diagnóstico y tratamiento y puede aceptarlo o rechazarlo, por ello es importante implementar consentimiento informado y que existan normas claras de actuación profesional, cuando existan conflictos bioéticos, relacionada con la atención.
- El o la adolescente tiene derecho a recibir información y consejería de Salud Sexual y Reproductiva, que incluya aspectos sobre su sexualidad para ejercerla con libertad y responsabilidad (afectividad, relaciones de pareja, anticoncepción, trastornos menstruales y reproducción) y recibir los apoyos psicosociales necesarios y permanentes. [50]

3.4.4 TRABAJO CON LA FAMILIA

- La familia, núcleo primario de desarrollo del adolescente es o debiera ser parte del equipo tratante en un proceso de rehabilitación, a la vez, ser sujeto de intervención en la medida que la discapacidad afecte su funcionamiento.
- Identificación y manejo de patrones que interfieran en el potencial de rehabilitación, tales como sobreprotección, infantilización, deterioro de la autoestima, restricción de la participación social y toma de decisiones del o la adolescente.
- Cuidados del cuidador: entrega de herramientas para el autocuidado, y de cuidado. Desarrollo de redes familiares y comunitarias.

3.4.5 PROCESO DE REHABILITACIÓN

El adolescente tiene derecho a recibir prestaciones a través de programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población. La rehabilitación en el área de la salud enfrenta al individuo como un todo, es decir, asume que el motivo de derivación o solicitud de control es un déficit o alteración de la función corporal y diagnóstica y realiza estrategias terapéuticas para ello. Se preocupa de determinar el impacto en las actividades habituales que realizaba o que corresponden por edad, del impacto que la enfermedad ha tenido en su psiquis o si ésta tiene un rol en la génesis de ella, del impacto en el funcionamiento familiar y sus componentes, identifica las características de su entorno socioeconómico y cultural que pudieran incidir en la evolución y, si corresponde, desarrolla estrategias terapéuticas para incidir en estas áreas directamente o a través de la activación de redes internas y/o del extrasistema. Por tanto, este proceso de atención está a cargo de equipos especializados de salud.

- Derivación oportuna al equipo de rehabilitación en el nivel de especialidad que corresponda.
- Trabajo coordinado entre los distintos equipos que conforman el Servicio de Salud Amigable, CESFAM y nivel de especialidad abierto o cerrado.
- Traspaso informado y ordenado desde el nivel pediátrico a la atención de adulto.
- Desarrollar instancias de coordinación y trabajo conjunto con el intersector para abordar la problemática del adolescente integralmente, respetando los ámbitos de competencia de cada sector o nivel.

CAPÍTULO IV. PARTICIPACIÓN DE ADOLESCENTES EN LOS SEVICIOS DE SALUD AMIGABLES

La participación de los y las adolescentes se considera relevante para el desarrollo de los países y fortalecimiento de la democracia. Por esto, entre otras razones, se hace necesario escuchar y considerar sus opiniones, en particular a lo que respecta a su propia salud.

La salud es un aspecto crucial para el desarrollo y bienestar de los y las adolescentes. Considerar sus perspectivas, opiniones, es fundamental para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las iniciativas que emanen de una política y/o programa de salud de manera que sean más pertinentes, inclusivas y equitativas para esta población. Por ello el Estado debe avanzar en la calidad y amplitud de los mecanismos de participación en las generaciones para que su visión sea incluida en el ciclo de las Políticas Públicas.

La participación constituye un derecho fundamental que alcanza a todos los seres humanos sin distinción de género, raza, religión, nacionalidad, clase social y edad; por tanto, es también un derecho de los y las adolescentes. Sin embargo, la concepción de adolescente como sujeto en preparación para la adultez y subordinado a la discrecionalidad de los adultos a pesar de su autonomía progresiva se encuentra muy

arraigada en la cultura chilena y constituye una barrera para la puesta en práctica y exigibilidad de sus derechos de participación [51].

La participación de la población joven es clave en la identificación de las formas más pertinentes de cubrir sus necesidades en salud y para monitorear y evaluar el impacto de las prestaciones y políticas de salud dirigidas a este segmento de la población, viéndose fortalecido dicho proceso por la implementación y acción de los Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes (CCAJ) en espacios locales, regionales y a nivel nacional, y el desarrollo de prácticas de participación en los Servicios de salud amigables, tales como Espacios Amigables de diversas localidades.

Para el Programa Nacional ha sido de suma importante fortalecer la participación de los y las adolescentes y generar condiciones al interior del sistema de salud y con los equipos profesionales, para que ejerzan su derecho a ser escuchados y considerados debidamente en las decisiones que les afecta e incumben en materia de medidas, servicios y políticas de salud para adolescente. Además, es responsable de la secretaria ejecutiva del CCAJ con la tarea de acompañar su proceso de desarrollo¹. Por lo tanto, los contenidos que abordan estas Orientaciones Técnicas reflejan el trabajo de participación adolescente que inicia en 2009 y que se profundiza y fortalece los últimos años.

4.1 PARTICIPACIÓN CON ADOLESCENTES EN SALUD

Los y las adolescentes son portadores de una percepción, conocimientos y opinión sobre su vida, sus familias, entorno social, de los servicios de salud que requieren. Escuchar sus opiniones y considerarlas debidamente en las medidas y decisiones que les conciernen se ha denominado “participación” y ha sido reconocido para los adolescentes en la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF 1991), ratificada

¹ Resolución Exenta N°65-2010. Creación Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud.

en 1990 por el Estado de Chile y por mecanismos institucionalizados para la participación de adolescentes en las medidas, servicios y políticas que les conciernen y afectan.

La participación de los y las adolescentes implica escuchar y considerar plenamente sus opiniones y perspectivas. Requisito para ello es que se trate de una participación informada, que los convierte en interlocutor y no sólo receptores del mensaje de la salud. Esta sería la única forma de comprender lo que ellas y ellos esperan de nuestra sociedad y lo que pueden aportar para el desarrollo del país. Por ello, es deber de las personas adultas, tomadores de decisión y las instituciones del Estado, crear oportunidades y mecanismos para que ellas y ellos sean participantes activos de la vida social, cultural y política, de una manera activa, libre e informada.

La participación adolescente enfocada en salud la podemos entender como un proceso en el que los y las adolescentes toman parte activa en las decisiones que afectan su vida, salud y bienestar, y asumen de forma consciente responsabilidades compartidas encaminadas a satisfacer necesidades, deseos y expectativas. Dicho proceso implica un intenso dialogo e intercambio de pareceres con los adultos e instituciones que toman decisiones para su bienestar y desarrollo.

La capacidad y habilidad que tienen los y las adolescentes para expresar decisiones sobre su vida opera en un contexto de autonomía progresiva de sus facultades y el acompañamiento de los adultos, los que requieren la capacidad y habilidad para escuchar y considerar la voz de los adolescentes, manteniendo un proceso de intercambio y dialogo para informar del resultado e impacto de sus opiniones y acoger sus perspectivas nuevamente. Esto implica compartir la responsabilidad sobre las decisiones y lo llamaremos alianza adulto-adolescente.

4.2 INFLUENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

Cuando hablamos de incidencia en las políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes, hacemos mención al desarrollo de estrategias que buscan influir en las personas con poder de decisión para que ellas, a su vez, con su accionar, afecten las políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes. Esto implica no dejarlas solas tomando decisiones, sino que hacer efectivo el interés y necesidad de que estas políticas

sean co-construidas con los propios adolescentes. En efecto, las autoridades y profesionales del sector salud necesitan ser informados de las perspectivas de los adolescentes sobre sus necesidades y derechos en salud, desde su propia voz y por mecanismos bien afianzados en la institución de salud.

Los estudios sobre la participación adolescentes en América Latina y el Caribe realizados por UNICEF, arrojan que las formas de acción en proyectos y programas de la región dirigidos a la abogacía e influencia de las políticas públicas desde los y las adolescentes, distingue dos niveles:

- Nivel interno:

Incluye la participación de adolescentes en consejos y su representación en entes gubernamentales; la participación en proyectos de desarrollo local y en organizaciones no-gubernamentales (ONG) que monitorean las políticas gubernamentales.

- Nivel externo:

Apunta a iniciativas en las que los y las adolescentes están involucrados en la elaboración de campañas acerca de un asunto específico, con el fin de aumentar la conciencia pública y trabajar para cambiar políticas/legislación desde afuera.

Algunos criterios a tener en cuenta en este tipo de participación son:

- Reconocimiento del valor de la participación de los y las adolescentes y su capacidad de tener un impacto positivo en la sociedad y no solamente en asuntos que les afectan a ellos.
- Debe trascender el nivel simbólico, es decir, debe tener significado y un resultado objetivo. Los y las adolescentes deben poder ejercer la libre expresión de sus ideas y se les debe otorgar a estas la debida importancia.
- Debe dirigirse a un cambio deseado para afectar un asunto particular, pero debe ser asumida como un proceso, y no como un acontecimiento específico y aislado.
- Al respecto cabe destacar la importancia de los mismos adolescentes estén involucrados directamente en, y hasta iniciar, actividades de abogacía e influencia en políticas en vez de ser solamente los receptores de servicios o de abogacía en su favor.

Considerando las recomendaciones para fomentar la participación adolescente en las políticas públicas de salud para adolescentes propuestas por UNICEF, presentamos lo siguiente:

- a) **Búsqueda de información con los y las adolescentes sobre el estado de la salud adolescente en los servicios de salud y sus comunidades:** incidir en las políticas de salud que involucren a adolescentes implica la búsqueda permanente de información, junto a los y las adolescentes, para proporcionarles datos y fuentes de información del estado de los servicios y políticas que sumen a los levantamientos de datos desde los grupos de adolescentes y sus comunidades, para impactar en los temas de su interés. Estas formas de acción centradas en plantear necesidades en salud desde argumentos y fuentes basadas en la situación de los y las adolescentes, propicia en los tomadores de decisión ideas y propuestas considerando debidamente las necesidades sentidas por los adolescentes.
- b) **Cuando se trata de su salud los y las adolescentes pueden hablar por sí mismos:** la incidencia en las políticas salud desde la adolescencia significa que asumimos que los y las adolescentes tienen el derecho y la capacidad de hablar por sí mismos sobre lo que necesitan en salud, de sus experiencias en la atención, sobre sus derechos (sexuales y reproductivos) y sobre sus propuestas frente a los tomadores de decisión: las autoridades, jefaturas y cualquier profesional del ámbito de la salud. El rol de los profesionales es apoyar su voz, preguntar para comprender sus necesidades e inquietudes en salud, escuchar y acompañar su proceso de participación con información clara y verdadera, para que puedan aportar elementos que garanticen el respeto del máximo de derechos, frente a las decisiones sobre medidas, políticas, normas, instituciones y servicios de salud.
- c) **Participación en salud como un proceso de co-construcción entre adolescentes y adultos:** resulta necesaria la incidencia de los y las adolescentes en las políticas públicas, porque hoy se están abriendo importantes espacios de debate sobre lo que es necesario para ellos en las leyes y normas sobre servicios de salud para adolescentes, sobre sus derechos y el rol de las instituciones estatales que debieran

proteger sus derechos y su desarrollo. Aquí se requiere la perspectiva de los propios adolescentes, en un proceso conjunto con los adultos que promueven su participación y con los adultos tomadores de decisión. La co-construcción de respuestas públicas requiere la participación y debate de los y las adolescentes; los adultos aliados deben cautelar, apoyar y abogar por dicha participación; las organizaciones deben acompañar estos procesos y aportar su saber, pero no ser las protagonistas, pues este rol les corresponde a los propios adolescentes.

Se recomienda que los profesionales de los diversos ámbitos de la salud adolescente consideren y se mantengan alerta sobre la presencia de discursos y prácticas adultocéntricas en los espacios de atención adolescente y en las diversas áreas de su trabajo. Alentamos a señalar y cuestionar los enfoques y prácticas adultistas y argumentar en favor de la participación y toma de decisiones de los y las adolescentes.

4.3 CARACTERIZACIÓN DE LA ALIANZA ADULTO ADOLESCENTE: COMPETENCIAS DESEABLES DE LOS EQUIPOS.

Una verdadera alianza se produce cuando cada parte tiene la oportunidad de hacer sugerencias y tomar decisiones, siendo reconocida y valorada la contribución de cada parte. Por lo tanto, una alianza adulto-adolescente es aquella en que las personas adultas trabajan en estrecha colaboración con los y las adolescentes en actividades, programas y políticas.

Para establecer una relación de alianza entre los adolescentes y los profesionales de la salud, orientada al trabajo en conjunto no sólo se necesita una organización bien pensada en las actividades en salud, donde se puedan identificar claramente los espacios de enseñanza, participación, intercambio de ideas y toma de decisiones. La organización no sirve de nada si no existen adultos capaces de conllevar una relación de alianza con los y las adolescentes lo que no sólo involucra intercambio de ideas y toma de

decisiones, sino que también involucra la capacidad de relacionarse con adolescentes rompiendo con las barreras socioculturales asociadas al adultocentrismo.

Los equipos encargados de dar atención deben contar entre sus características más relevantes con una vocación o carisma especial para el trabajo con adolescentes, que genere un compromiso de mediano a largo plazo con la comunidad donde se desempeña, lo que debe ser apoyado por procesos continuos de acompañamiento técnico, capacitación y supervisión. De esta manera se procura cautelar altas rotaciones de los equipos profesionales y técnicos o que en el caso de no ser evitables, se pueda garantizar una continuidad en la calidad de las actividades desarrolladas.

Es por ello que a continuación se identificarán un conjunto de características que necesitan tener los profesionales de la salud, para trabajar en conjunto con adolescentes. Para esto último, es trascendental identificar actitudes, valores y habilidades que los adultos deben poseer para hacer plausible la participación con adolescentes en la práctica, a través de talleres u otro tipo de actividades. Tales características deben estar regidas bajo un supuesto ineludible que es la superación individual del adultocentrismo en las prácticas de salud, que en términos prácticos, significa que el comportamiento de los profesionales de la salud con los adolescentes debe ir en sincronía con sus derechos.

4.3.1 VALORES RELACIONADOS A LA PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE

Los valores son creencias vinculadas intrínsecamente a emociones. Los valores trascienden las acciones y situaciones específicas, ya que se tratan de metas abstractas que actúan como principios orientadores para los sujetos. La importancia de los valores reside en que son condiciones básicas para generar una relación interpersonal que, en este caso, está orientada a la relación intergeneracional entre profesionales de la salud y adolescentes. Valores fundamentales que se erigen como pilares para todo adulto que desea iniciar una relación de alianza:

- **Audacia.** La audacia significa perder el miedo a involucrarse en el mundo de los y las adolescentes y esto no solo significa perder el miedo a acercarse a hablar con ellos, sino que también implica tener la capacidad de adentrarse en su mundo, entender sus maneras de pensar y sus lógicas de comportamiento. La audacia consiste en hacer el esfuerzo por conocer al otro, dejando de lado cualquier prejuicio o temor inicial, esto también incluye perder el miedo a ser cuestionado sobre las propias ideas. La audacia es perder el miedo al contacto, al cambio, a la novedad, a la desaparición de ciertas costumbres o conductas aprendidas que tienen sentido en determinados lugares, pero que pierden sentido al momento de relacionarse con adolescentes. Por lo tanto, la audacia es el primer valor a tener presente para vencer los prejuicios y, junto a ello, lograr superar el componente adultocentrista que lleva adentro.
- **Honestidad.** Ser honesto y decir la verdad es imperativo para crear y mantener la confianza en todo tipo de relación. Es cierto que una verdad puede tener efectos negativos, pero es preferible decirla y enfrentarla antes que perder la confianza del o la adolescente. Al mismo tiempo, la falta de honestidad puede hacer perder el respeto hacia él o la adulta, lo que dificulta aún más la recomposición de una relación intergeneracional.
- **Perseverancia.** El fracaso es parte del trabajo de un adulto con adolescentes. Por lo que la persona adulta no debe bajar los brazos rápidamente, es su obligación insistir en la generación del vínculo con los y las adolescentes, incursionando con nuevas estrategias, pero insistir conforme a los principios que promueve la alianza adulto-adolescente.
- **Respeto.** Los adultos deben mostrar respeto por el o la adolescente en todo sentido. Un primer aspecto es el respeto hacia sus derechos para lo cual se recomienda seguir las disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño. Un segundo aspecto es el respeto por la cultura del adolescente, lo que muchas veces se puede expresar a través de su credo religioso, vestimenta o modo de hablar. En tercer lugar, se debe respetar las diferencias en cuanto a habilidades y capacidades demostradas en actividades cotidianas. En general, el respeto debe estar presente en todos los ámbitos de la vida, esto no quiere decir que el adulto debe estar de acuerdo con todo, sino que debe respetar la opinión del o la adolescente y, si

no está de acuerdo, decirlo de manera amable, desafiando la opinión, pero no a la persona, esto solamente hará que la relación sea más horizontal y cercana.

- **Responsabilidad.** La responsabilidad alude específicamente a la importancia de cumplir con tareas, promesas y tiempos que han sido convenidos con anterioridad entre adultos y adolescentes. El incumplimiento de tales compromisos puede hacer que el adulto pierda credibilidad y, sobre todo, confianza.
- **Solidaridad.** Es importante que el adulto sea capaz de solidarizar con la causa de los y las adolescentes, esto no significa creer u opinar lo mismo que ellos, sino que valorar lo que están haciendo, pero desde una perspectiva crítica.
- **Flexibilidad.** Es necesario prestar atención a un mundo adolescente en constante cambio, donde todo puede ser nuevo o diferente a ayer. El adulto debe tener la suficiente flexibilidad para adaptarse al cambio que viene del mundo de los y las adolescentes y no pretender que sean ellos y ellas los que se adapten al mundo que el adulto representa.

4.3.2 ACTITUDES RELACIONADAS A LA PARTICIPACIÓN ADOLESCENTE

Una actitud se trata de un modo de situarse a favor o en contra de determinados asuntos, esto condiciona y predice, en gran medida, la conducta de los sujetos. Como las actitudes son disposiciones, su conocimiento permitiría anticiparse a la reacción de un adulto ante una posible relación con adolescentes y su importancia radica precisamente en este hecho, en que nos permite conocer, a priori, si un adulto cuenta con las cualidades para tratar con adolescentes. Actitudes deseables que indican el grado de predisposición de adultos hacia el establecimiento de una relación intergeneracional con los y las adolescentes.

- **Aceptación y tolerancia hacia matrices culturales diferentes.** Para las personas adultas que trabajan con adolescentes es necesario entender que ellos cuentan con una matriz cultural propia y única. Por lo tanto, es necesario que cuenten con una disposición hacia el conocimiento y entendimiento de nuevas formas de ver el mundo que pueden alejarse de las concepciones tradicionales, un ejemplo evidente se da en el caso de las tribus urbanas donde

la identidad de los y las adolescentes adquiere formas claramente definidas. La actitud, por lo tanto, debe ser positiva hacia el acercamiento y conocimiento sobre las diferentes perspectivas que tienen los y las adolescentes de ver el mundo y que generalmente corresponden a una identidad que está en permanente transformación.

- **Apoyo a los y las adolescentes.** Con frecuencia, los adolescentes se ven socavados o amargados por la forma en que son juzgados y menospreciados por la sociedad. Es por ello que necesitan sentir continuamente que los adultos aliados confían en sus capacidades y que los alientan para que puedan ser agentes transformadores de su realidad.
- **Disponibilidad corporal y anímica.** Para tener éxito en el establecimiento de una relación con los adolescentes, los adultos deben estar dispuestos a involucrarse corporal y anímicamente en sus actividades. Esto no sólo significa trabajar con ellos según lo predispuesto, sino que también involucra darse el tiempo de compartir actividades fuera del horario de trabajo, respetando los límites de aquella relación intergeneracional. Esta intromisión es muy recurrente en los educadores populares que conviven por largo tiempo en un mismo espacio y deben adecuarse a los tiempos y lugares que frecuentan adolescentes.
- **Motivación genuina por conocer a los y las adolescentes.** La motivación no es otra cosa que una valoración hacia un acto o situación específica que, en este caso específico, se trata de una relación personal directa con los adolescentes y el entorno que le rodea. Para que un adulto se relacione con adolescentes y trabaje en alianza con ellos, es muy importante que exista una motivación más allá de lo puramente instrumental para asentarse en el plano de lo subjetivo.

4.3.3 HABILIDADES RELACIONADAS A LA PARTICIPACIÓN CON ADOLESCENTES

Para lograr una alianza entre los y las adolescentes y los profesionales de la salud, es importante hacer referencia a las denominadas habilidades. Estas aluden a una capacidad innata o aprendida para generar interacciones con otros en un contexto dado. Las habilidades pueden incluir comportamientos verbales

y no verbales; específicos y discretos. Habilidades que se levantan como requisitos mínimos para generar una relación de alianza.

- **Capacidad en la creación de confianza.** Es importante que los adolescentes confíen en los adultos y que los adultos confíen en los y las adolescentes promoviendo una relación de confianza mutua. Para lograr este objetivo, el adulto debe tener la habilidad de generar confianza a partir de la creación de espacios de participación en que pueda relacionarse con adolescente más allá de la formalidad de la actividad, demostrar interés genuino por conocerlo como persona en sus intereses e necesidades, conocer sus gustos, invitarlo a proponer ideas para la iniciativa.
- **Hacer sentir al adolescente parte de la iniciativa.** Para que el trabajo entre adultos y adolescentes sea fructífero, es muy importante hacer sentir al o la adolescente parte de la iniciativa. Para ello, es muy importante que el adulto sea capaz de motivar, apoyar y recompensar con buenas palabras el accionar del o la adolescente, valorar sus ideas y aportes, respetar sus ritmos y ponerlos a cargo de las acciones.
- **Manejo de lenguaje verbal y no verbal.** Esta habilidad apunta a una comprensión integral del proceso comunicativo y no sólo considera lo que es dicho, sino que también todo aquello que acompaña a la expresión verbal. Por un lado, el lenguaje común permite un entendimiento de lo que se comparte y por lo tanto permite una mayor integración en el proceso. Por otro lado, es conocida la importancia de la gestualidad facial, la postura corporal, la posición y distancia de una persona respecto de otra, por lo tanto, será importante que los adultos sean capaces de decodificar sus significados para mejorar la comunicación y, junto a ello, la alianza.
- **Reconocer en cada adolescente singularidad y diferencia.** Un adulto que trata a todos los y las adolescentes como si fueran iguales no va a tener éxito siempre, por lo que es necesario que el adulto sea capaz de identificar diferencias asociadas a la personalidad e identidad.
- **Saber escuchar.** Más importante que saber hablar es saber escuchar. Es común que un adulto le hable al adolescente para enseñarle, darle información o simplemente para darle una orden, esto hace que los adolescentes no estén acostumbrados a que un adulto los escuche

o tenga interés en detenerse y escuchar sobre sus asuntos independientemente de los temas y el tiempo que esto le pueda significar.

Alentamos a los profesionales de la salud a poner en práctica estos valores, actitudes y habilidades para promover la participación y alianza adulto adolescente en las actividades y prestaciones que desarrollen con los y las adolescentes.

4.4. ESPACIOS AMIGABLES, UN APOORTE PARA LA PARTICIPACIÓN LOCAL ADOLESCENTE.

En materia de participación juvenil en los Espacios Amigables (EA) el Consejo Consultivo de Adolescentes logra instalar la necesidad de que los estos programas sean espacios de participación local juvenil y que se debiera avanzar en la creación de Consejos Consultivos Locales para adolescentes. Estos consultivos se integran en los consejos consultivos regionales de Adolescentes y Jóvenes. La apuesta de los consejeros es contar con la opinión y presencia directa de los usuarios de los Espacios Amigables en este mecanismo de participación y así conocer el impacto de las políticas de salud para asesorar a las autoridades con información más sólida. En esta dirección avanza el MINSAL en 2017, donde algunos encargados de Adolescencia de las SEREMIS y Servicios de Salud logran que en los convenios de EA con las Municipalidades se incluya la meta de contar con Consejos Consultivos para Adolescentes. Esto sin duda es un logro de la participación de los y las adolescentes y de la incidencia que puede tener el CCAJ en las políticas, servicios y programas de salud para adolescentes y jóvenes.

De esta forma el modelo de Espacio Amigable junto con ofrecer una serie de prestaciones en salud para adolescentes otorgaría una instancia de participación institucionalizada para este grupo poblacional (ver figura).

Figura 6. Ejemplo de participación es Espacios Amigables.



El Espacio Amigable, al ser un dispositivo de salud inserto en el espacio local, puede canalizar adecuadamente la participación de una gran cantidad de adolescentes que son beneficiarios directos e indirectos de la acción de esta instancia. Entrás las posibilidades para fortalecer la participación adolescente tenemos:

- Desarrollar conversatorios, encuentros, talleres, jornadas o eventos para levantar opinión de los y las adolescentes sobre el estado de su salud y de los servicios de salud que utilizan. En estos espacios se puede difundir la labor del consejo en tanto espacios de opinión y escucha para los y las adolescentes, e invitarlos a participar. El contenido de estos espacios de dialogo puede ayudar a orientar el plan de trabajo del consejo consultivo local.

- Incentivar el liderazgo de adolescentes a través de la invitación a participar y ser escuchados por los tomadores de decisión en materia de salud.
- El Espacio Amigable puede abogar para que los adolescentes sean integrados a los consejo o comités de usuarios (generalmente integrado por adultos) o sean escuchados en sus necesidades e interés, de esta forma se alentará la participación de los adolescentes y abrirán espacios de escucha y respeto.
- La formación de un Consejo Consultivo de Adolescentes local: convocando a los y las adolescentes que se atienden en espacios amigables, las escuelas participantes y otros grupos de jóvenes. Con todo, contar con un consejo permitirá conocer la opinión de los y las adolescentes sobre sus necesidades en salud e involucrarlos en acciones de promoción y abogacía en salud en su localidad y comuna.

4.4.1 ETAPAS DE FORMACIÓN DE UN CONSEJOS CONSULTIVOS DE ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES, TALES COMO ESPACIOS AMIGABLES.

A continuación, se recomiendan una serie de pasos para conformar un consejo consultivo de adolescentes, independiente del alcance territorial que este posea. La finalidad de estos pasos es dar la oportunidad a los adolescentes de ejercer su derecho a opinar y participar del proceso de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud adolescente.

Las etapas de formación de un consejo son:

- a) Organizar un equipo de trabajo con los y las profesionales y encargados de la puesta en marcha del Consejo y otros actores atinentes (INJUV, MINEDUC, Consejo de Cultura, ONGs, etc.). De esta etapa surge un plan de trabajo anual que debe someterse a la revisión y acuerdo de los adolescentes del consejo consultivo.
- b) Convocar una asamblea, diálogo ciudadano, jornadas o encuentros de adolescentes (ejemplo en establecimientos educativos, clubes deportivos, entre otros), invitando en forma pública y

amplía a las organizaciones de adolescentes de participación social, mediante medios accesibles a ellos (afiches, redes sociales, entre otros). Todos los y las adolescentes organizados de la zona tienen derecho a participar de este proceso. En la convocatoria se debe especificar qué es el consejo y la necesidad de formarlo (reconstituirlo o ampliarlo) y establecer una fecha, lugar y horario que facilite la participación de adolescentes.

- c) Monitoreo de la asistencia de adolescentes representante de las organizaciones del territorio de cobertura del espacio amigable, estableciendo una nómina preliminar de participantes y una ficha de inscripción que debe completar el interesado en participar (nombre, dirección, fecha de nacimiento, fono y redes sociales, organización que representa). El monitoreo es recomendable durante la convocatoria y los días previos al encuentro.
- d) Organizar todos los detalles logísticos necesarios para la realización del encuentro como espacios de encuentro, materiales, alimentación y los traslados de los adolescentes participantes. Es recomendable buscar apoyo en otras organizaciones y redes interesadas en la participación y derechos de los adolescentes.
- e) Para la jornada, reunión o asamblea se recomienda un programa con las siguientes secciones:
 - 1. Recepción y acreditación de los participantes.
 - 2. Presentación de encargados y objetivos del encuentro desde un lenguaje amigable.
 - 3. Presentación de los adolescentes mediante actividades lúdicas.
 - 4. Levantamiento de opinión sobre la situación de salud de adolescentes y acceso y calidad de los servicios de salud para ellos. Esta sección debe hacerse mediante una metodología participativa donde los y las adolescentes son los protagonistas; la metodología debe favorecer la expresión libre y respetuosa de las opiniones de los propios adolescentes participantes, el intercambio de opiniones y debate, la que debe quedar documentada en forma textual (notas en papelógrafos, fichas o tarjetas, en grabaciones de video o audio, etc.). Los adultos facilitadores y acompañantes no deben influir en las opiniones de los y las adolescentes, se sugiere que apoyen con información y que faciliten el dialogo del grupo. Esta sección terminar con una conclusión de los temas centrales y prioritarios definidos por adolescentes en forma consensuada.

- f) Momento de la elección de 2 representantes. Se recomienda que los adolescentes tengan la oportunidad de expresar al resto las motivaciones de ser representante del consejo. Para la elección:
1. Serán elegidos para representar al Consejo Consultivo durante 2 años, dos consejeros/as, la elección será por mayoría simple. Podrán ser reelectos 1 vez más en sus cargos mientras mantengan la edad límite definida para el consejo.
 2. Los postulantes a ser consejeros deben ser de edades mayores a 10 años y menores de 20 años, y no podrán ser discriminados del proceso por ninguna razón.
 3. Las dos segundas mayorías respetando de igual manera paridad de género, serán los consejeros subrogantes. Estos en el caso de cesación de funciones de un consejero o consejera, por expulsión, retiro voluntario o cualquier otra causal, asumirá de manera interina.
- g) Realizar el cierre de la jornada con un resumen de las principales conclusiones, presentación de los representantes regionales, presentación de la fecha del siguiente encuentro, información sobre cómo continua el proceso y un mensaje de reconocimiento a su participación. Se recomienda entregar algún material con número y lugar de contacto para más informaciones.
- h) El siguiente paso corresponde a una o más reuniones entre los representantes y subrogantes con el encargado del consejo para organizar los siguientes pasos. Aquí se recomienda incluir en las tareas a los mismos adolescentes para que potencien su liderazgo, su responsabilidad sobre este espacio de participación y recibir ideas sobre cómo involucrar a los adolescentes a este espacio de participación. En la reunión se debe:

1. Organizar la presentación de los representantes ante los demás consejos existentes, en instancias de relevantes del sistema de salud, con las autoridades locales o regionales y con las redes de apoyo.
 2. Organizar la siguiente sesión del Consejo.
 3. Preparar un plan de trabajo para el desarrollo del consejo, acorde con los lineamientos del MINSAL y del Consejo Consultivo Nacional de adolescentes y jóvenes del país.
 4. Organizar los medios de contacto y seguimiento de las tareas que hayan asumido los demás consejeros/as adolescentes. Esto puede ser mediante redes sociales, teléfono u otro medio ideado por los adolescentes.
- i) Planificar, gestionar, convocar, realizar y evaluar la segunda jornada del consejo, donde se validará el plan de trabajo del consejo.
- j) Implementar un plan de trabajo anual que contenga estrategias, actividades, productos y metas, que haya sido co-construido con los y las adolescentes, y que apunte a:
1. La expresión de opiniones de los adolescentes y jóvenes sobre sus necesidades y derechos en salud, sobre los servicios de salud que reciben y de las propuestas que tienen para mejorar su calidad, acceso y pertinencia.
 2. Dialogar sobre sus necesidades y derechos en salud con los tomadores de decisión claves y presentar sugerencias para mejorar los servicios de salud para adolescentes.
 3. Acciones de difusión y promoción de la salud y la participación juvenil entre la comunidad de adolescentes.

CAPÍTULO V. CARACTERÍSTICAS Y COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD QUE ATIENDE ADOLESCENTES.

El equipo de atención de salud de adolescentes puede estar conformado por distintos profesionales, de acuerdo a los recursos, necesidades locales o programa, dependiendo de la modalidad de servicios de salud para adolescentes. Cualquiera que sea la disciplina de las personas que conforman el equipo, deben desarrollar progresivamente diversas competencias, a medida que van obteniendo experiencia del trabajo con y para adolescentes, jóvenes y sus familias. La más importante de estas es estar motivado/a para atender adolescentes ya que eso es lo primero que perciben los consultantes, si existe interés real en ellos o no de parte de la persona que los atiende. Las demás se tienen que adquirir con capacitación específica [3].

5.1 COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN INDIVIDUAL INTEGRAL DE SALUD, EMPÁTICA Y DE ALTA CALIDAD.

- **Tiene que tener una actitud empática en la atención de adolescentes y sus familias:** Es la característica más importante y debe ser requisito para todo el personal de salud y para todos los y las profesionales que atienden adolescentes, desde el momento del primer contacto con la puerta de entrada. El resto de las características pueden ser adquiridas a través del trabajo diario con adolescentes, en un proceso en que son los mismos adolescentes y sus familias, quienes retroalimentan permanentemente al personal y profesionales demostrando una buena adherencia y satisfacción con la atención, a medida que se van adquiriendo las competencias [52].
- **Habilidades para establecer una comunicación eficaz** y mantener vínculos positivos y de confianza con adolescentes y sus familias.
- **Conocimientos teóricos actualizados y competencia para una atención integral,** bio-psico- social y sexual del o la adolescente y aborde sus problemas de salud específicos más

prevalentes.

- **Habilidades para desarrollar una entrevista bio-psico-social individual y familiar**, evaluar el crecimiento y desarrollo del adolescente, evaluar los factores de riesgo, factores de protección y vulnerabilidad, las competencias y grado de autonomía del o la adolescente.
- **Habilidades para realizar un examen físico** completo en adolescentes, en el caso que forme parte de las funciones del profesional.
- Aplicar enfoque bio-psico-social y familiar en la formulación de evaluación de riesgos, hipótesis diagnóstica o diagnósticos según competencia y formación profesional e indicaciones.
- **Respetar la confidencialidad** del o la adolescente y reconocimiento de sus límites.
- **Respetar y promover los derechos de las y los adolescentes** en cada atención individual.
- **Evitar cualquier forma de discriminación y enjuiciamiento**, aplicar principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad en la atención de adolescentes.
- **Habilidades para poner en práctica normativas legales o jurídicas, y saber cuándo y cómo aplicarlas en un marco de derechos.**
- **Darse el tiempo para** escucharlas demandas de los y las adolescentes y evaluar sus necesidades.
- Habilidades para una escucha activa que es la clave para un buen inicio de la atención [3].

La mejor evaluación de que si las competencias se encuentran adquiridas en el equipo de salud, la realizan los propios adolescentes, ya que si al consultar estiman que el profesional que los atiende no cuenta con las competencias esperadas por ellos, no volverán a la consulta o a buscar atención en ese servicio.

5.2 COMPETENCIAS RELACIONADAS A ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD INTEGRAL, DIRIGIDAS A ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS.

La realización de actividades de promoción y prevención también requiere que el equipo de salud que las implementan contemple ciertas competencias o habilidades, como las que se listan a continuación [52]:

- Aplicar técnicas participativas educativas.
- Habilidades de consejería.
- Habilidades de trabajo en equipo con enfoque interdisciplinario y transdisciplinario.
- Habilidades de trabajo interprogramas e intersectorial, particularmente es relevante establecer acciones coordinadas con el Ministerio de Educación, Justicia y con instituciones u organizaciones de la comunidad, donde está el Servicio de Salud Amigable, iglesias, organizaciones comunitarias, ,consejos consultivos de adolescentes y jóvenes.
- Tener habilidades en acciones de promoción y prevención de salud.
- Aplicar normativa, orientaciones técnicas, protocolos, guías para la atención de adolescentes en modelo de salud integral amigable de calidad.
- Aplicar la perspectiva de los derechos en los programas de prevención y promoción de salud.
- Abordar los aspectos relativos al género en forma crítica y transformadora en las acciones de promoción y prevención de salud.
- Habilidades en el trabajo de abogacía para la promoción de los derechos y el desarrollo saludable de adolescentes.
- Habilidades para planificar, evaluar la calidad y cobertura de los servicios de salud prestados.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES DE CALIDAD PARA ADOLESCENTES

Las características y especificaciones de los diferentes tipos de modelos diferenciados de atención de salud amigable de calidad, ya fueron tratadas en el capítulo II.

6.1 CRITERIOS A CONSIDERAR PARA LA INSTALACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES

Para la instalación de nuevos Espacios Amigables, se propuso la elaboración de una matriz, que ha permitido la instalación progresiva con equidad en el país de Servicios Salud Amigables y de calidad para adolescentes, dicha matriz considera las problemáticas de salud de adolescentes que son metas del Programa para el logro de los Objetivos Sanitarios 2020.

La matriz considera los siguientes indicadores comunales:

- Razón de fecundidad 10 – 14 años
- Tasa de fecundidad 15 – 19 años
- Tasa de suicidio adolescente (Promedio 6 años dado que la baja incidencia comunal)
- 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.

Una vez definidos los criterios, 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 cada comuna, que permite ranquear las comunas por riesgo y de esta manera priorizar aquellas comunas que presentan mayores valores para la instalación de servicios de salud amigables (Ver documento completo www.minsal.cl) [5].

6.2 INFRAESTRUCTURA Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES

Los servicios amigables, por sus características, tienen necesidades especiales, que además deben cumplir con las disposiciones legales y normas de accesibilidad universal.

El objetivo de esta sección es orientar en la implementación de servicios amigables tanto en servicios de salud existentes, como en los que están en etapa de proyecto o implementación. Es importante que los nuevos establecimientos de salud, consideren en la planificación y diseño estas necesidades.

6.2.1 HABILITACIÓN ESPACIO AMIGABLE

Se refiere a la adaptación de un espacio existente dentro de un establecimiento de salud, donde se ocuparán las instalaciones que este ofrece.

Debe existir cartel afuera del establecimiento de salud, que informe del Servicio de Salud Amigable y horarios de atención. Este cartel debe estar en un lugar visible por la comunidad (ver anexo 3). También debe estar señalizado ya sea en el piso o en el cielo, la ruta de acceso del establecimiento de salud (CESFAM, CRU, CUB) hasta el lugar donde se ubica el Servicio de Salud amigable.

Figura N° 7: Esquema indicador de piso.

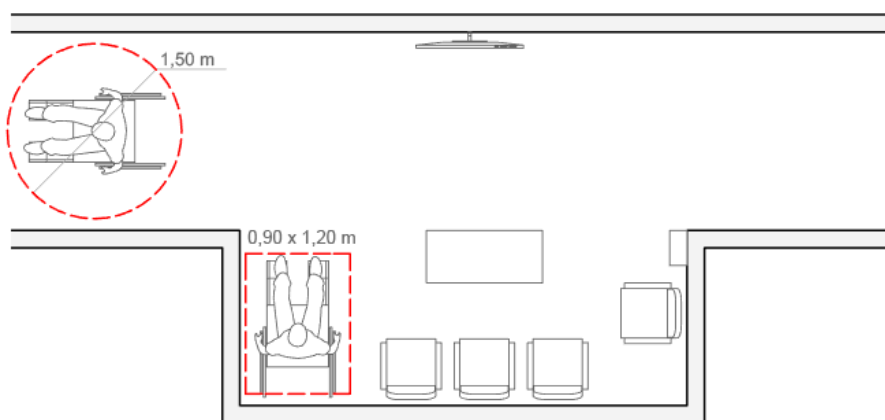


Figura N° 8: Esquema indicador de cielo.



En el caso de habilitar la sala de espera en un pasillo, el mobiliario dispuesto en la sala de espera no podrá interrumpir la ruta accesible, estos deberán ubicarse al costado de esta. La distribución de las bancas o sillas deberá fomentar la comunicación entre adolescentes. También se considerará como mínimo un espacio libre horizontal de 0,90 x 1,20 m para que se pueda situar una persona con discapacidad en silla de ruedas.

Figura N°9 : Espacio desinado a persona en silla de ruedas en Sala espera.



Los espacios mínimos para una correcta habilitación y sus características se describen a continuación:

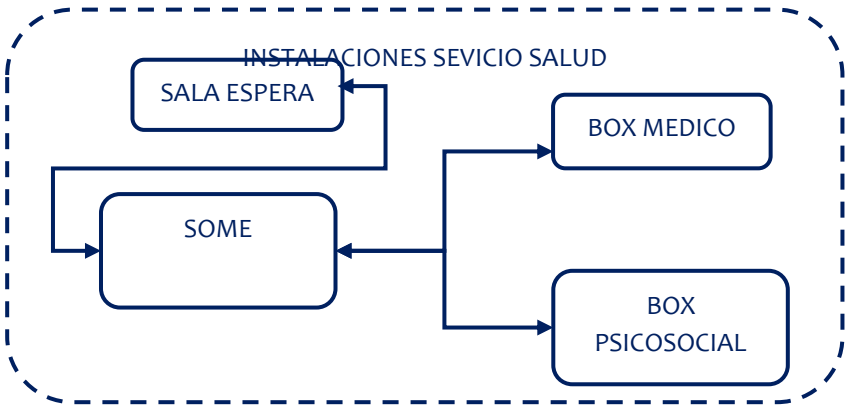
Cuadro N° 3. Habilitación en establecimientos de salud ya disponibles.

ESPACIO	CANTIDAD	CARACTERIATICAS	MOBILIARIO Y ARTEFACTO MINIMO
Sala de espera	1	La sala de espera debe ser un área de descanso y distracción mientras el adolescente es atendido por el profesional.	-4 Sillas o bancas de colores no ancladas al piso (movibles). -1 Diario Mural min. 0,9 x 1,2m (superficie lavable). -1 Mesa o mueble para folletos. Este deberá instalarse a no más de 1,20 m de altura, medido desde el nivel de piso terminado y con una profundidad mínima de 0,30 a 0,40 m. Se debe considerar un área de aproximación de libre de obstáculos de 0,80 m de frente y mínimo 0,7 m de altura bajo el módulo para permitir que las personas con discapacidad en silla de ruedas alcancen los elementos. - Material educativo e informativos adaptado a edad, genero, etapa evolutiva del o la adolescente. -1 Televisión -1 Pizarra con plumones para recabar la opinión de los adolescentes, croquera y/o un buzón.
Box Atención	2	Los boxes de atención deben ser “Dinámicos”, esto quiere decir, deben permitir que los distintos profesionales compartan el espacio en distintos horarios. Se recomienda habilitar un box Medico (médico y matrona) y un box Psicosocial (Psicóloga y Asistente Social).	-1 Ideal contar con una Mesa redonda con 4 sillas, en caso de no ser posible un escritorio de trabajo profesional (no debe dar la espalda usuario, colocar en lateralmente, con el fin de disminuir el espacio entre profesional e adolescente. Modelo no directivo). -1 Computador. Box Medico-matrona/on debe tener adicionalmente: -1 Camilla ginecológica adaptable a médica -1 Biombo -1 Lavamanos -1 Lámpara -1 piso con ruedas -Balanza (Detecto) -Tallimetro Se debe disponer un área sucia y área limpia para procedimientos. Debe disponer de cortinas o persianas lavables a fin de resguardar la privacidad.

SOME (*)	1	El SOME debe ser el espacio que recibe al adolescente, donde se toman sus datos. Este debe ser un espacio íntimo donde se proteja la confidencialidad. La atención del adolescente debe ser priorizado. Por lo que se requiere una acción coordinada entre el profesional del SOME y el profesional del que se requiere la atención. También se puede habilitar en un espacio adaptado para esto cercano a los box de atención.	-1 Escritorio -3 Sillas -1 Computador
-----------------	---	---	---

(*) En caso de no ser posible habilitar un SOME, se podrá usar el existente en el establecimiento de Salud.

Figura N° 10. Esquema ideal de relaciones.



Si el Servicio de Salud amigable se implementa en un establecimiento de salud que se está diseñando, por ejemplo un CESFAM, este debe considerar en su diseño, planificación y organización dependencias para estos fines, que incluya un sector habilitado para un Servicio Amigable, que considere una ruta de acceso exclusiva para adolescentes, con el fin de disminuir barreras en el acceso y resguardar la confidencialidad.

6.3 CARTERA DE PRESTACIONES PARA ADOLESCENTES

La cartera de prestaciones se definió en un capítulo anterior, donde se describe los tipos de servicios posibles y sus características, por tanto, acá se describen de manera resumida algunas prestaciones relevantes que deben estar disponibles en todos los Servicios de Salud Amigable, sin importar lo diferenciado de este.

Cuadro N° 4. Prestaciones Principales que deben ofertar los Servicios de Salud Amigables.

PRESTACIONES PROGRAMA DE REFORZAMIENTO ATENCION PRIMARIA SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	
CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS. [16]	Atención de salud integral de adolescentes (10 A 19 años) que permite evaluar el estado de salud, y el normal crecimiento y desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral ACCIONES DEFINIDAS: • Anamnesis Completa • Instrumento Registro: Ficha CLAP • Evaluación Biopsicosocial Motivos de consulta del adolescente y acompañantes. Antecedentes mórbidos personales y familiares. Evaluar estructura y funcionamiento familiar con el genograma Situación escolar y/o laboral del adolescente. Vida social: pareja, amigos, actividad física, TV, computador, consolas y otras actividades, violencia pareja, bullying o cyberbullying. Hábitos de sueño, alimentación, dietas especiales, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y seguridad vial. Aspectos gineco/urinarios. Sexualidad: orientación sexual, intención o conducta sexual, pareja sexual, métodos anticonceptivos (incluido preservativos), consejería, violencia sexual. Situación psicosocial: imagen corporal, proyecto de vida, bienestar emocional, riesgo suicida y referente adulto. • Examen Físico • Evaluación Antropométrica y Desarrollo Puberal • Evaluar Grados de Tanner • Evaluación Nutricional • Examen físico segmentario: • Medir presión arterial (PA) • Examen de visión • Alteraciones de la audición • Examen de columna • Salud Oral

	El control de salud integral tiene un rendimiento de 2 por hora (30 minutos), y una concentración de 1. Esta actividad se realiza a todos los y las adolescentes de 10 a 19 años, que se atienden en el Espacio Amigable.
CONSEJERÍA GENERAL [53]	Intervención psicosocial de 1 o más intervenciones, donde se desarrolla un vínculo profesional- adolescente, en un espacio de confidencialidad, donde se escucha, acoge, informa y orienta, considerando sus necesidades y problemáticas particulares con el objetivo de ayudarles a reflexionar sobre su conducta, así como a tomar decisiones personales, que les permita implementar y mantener conductas saludables. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 2 a 5 sesiones.
CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA (SSR) [15]	Relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes, solos/as o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral. Esta intervención está orientada particularmente a la prevención y al fomento de la salud, y a evitar riesgos de un embarazo no planificado, contagio de ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a las conductas sexuales en adolescentes. Se sustenta en teorías y modelos del comportamiento, para que los y las adolescentes adopten y mantengan patrones de conducta y estilos de vida más saludables. Se centra en las necesidades y requerimientos de acuerdo al género, identidad sexual, orientación sexual, etapa de desarrollo, conocimientos, cultura, pertenencia a pueblos indígenas, etc. Debe ser una actividad programada y planificada y no debe ser desarrollada dentro de otra consulta, debe ser acordada previamente con él o la adolescente y requiere de 30 minutos para realizarla. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 2 a 5 sesiones.
CONSEJERÍA EN ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO DESEADO, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA [15]	Intervención psicosocial para fomentar y apoyar la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y protectoras, en el ejercicio de la sexualidad, de manera de prevenir un embarazo no deseado, Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA en adolescentes. Incorpora estrategias de entrevista motivacional y teorías comportamentales que explican los cambios de conducta en salud, estableciendo intervenciones diferenciadas previo diagnóstico de la intención de conducta sexual, de la conducta sexual y del riesgo, con enfoque de género y de derechos. Tiene una duración de 30 minutos y una concentración de 2 a 5 sesiones. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 2 a 5 sesiones.

CONSEJERÍA EN USO DEL CONDÓN MASCULINO [15]	Consejería cuyo objetivo es que el o la adolescente incorpore de manera consistente y correcta el uso el preservativo, como práctica de sexo seguro, a fin de disminuir las tasas de embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Permite facilitar la identificación de las barreras personales e interpersonales y el reconocimiento de creencias, que podrían influir en el uso del condón o en su uso correcto y consistente y trabajarlas con información adecuada. La protección dual debe fomentarse en hombres y mujeres, siendo responsabilidad de ambos considerar el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 2 a 5 sesiones.
CONSEJERÍA PARA ADOLESCENTES CON DUDAS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL, EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO O ADOLESCENTES GAY, LESBIANAS, BISEXUALES O TRANS [15]	Consejería dirigida a adolescentes que se definen como LGBT o que presentan dudas en su orientación sexual o de género, que tiene como objetivo acompañar en la definición y consolidación de su identidad, con los cambios propios del desarrollo en la esfera física, cognitiva, psicológica y social de la adolescencia. En ese proceso, un profesional de la salud cercano y capacitado para al menos acoger y contener, puede ser de gran ayuda para adolescentes y sus familias. Para la realización de esta consejería se recomienda: 1. Conocimiento de las propias creencias y actitudes frente a personas LGBT. 2. Adquisición del conocimiento acerca de la orientación sexual y enfoque de género, ejercicio de la sexualidad y las prácticas sexuales, en un marco de derechos e inclusión. 3. Adquisición de las habilidades necesarias para acompañar en el desarrollo de una sexualidad integral y dar respuesta a sus necesidades específicas, respetando la autonomía de los adolescentes LGBT, desde una postura bioética que respete la libertad de orientación sexual y con competencias para reconocer comportamientos y contextos vulnerables, que pueden implicar riesgos de ITS, embarazo no planificados y sufrimiento psicológico. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 2 a 5 sesiones.
CONSULTA POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.	Es la atención que las mujeres pueden recibir entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Incluye prescripción de estos anticonceptivos. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 1.
INGRESO REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.	Corresponde a las personas que ingresan por primera vez al Programa de Regulación de Fertilidad en establecimientos con nivel primario de atención, y acceden a cualquier método anticonceptivo, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal y el embarazo no planificado. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 1.

INTERVENCIONES MOTIVACIONALES PREVENTIVAS DE USO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES [54]	Forma de intervención psicosocial, destinada a ayudar a las personas a modificar sus hábitos o conductas, por lo que para la relación de ayuda con los adolescentes puede resultar de gran utilidad. Está diseñada para fortalecer la motivación personal y el compromiso hacia una meta específica, y utiliza para esto, la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio en una atmósfera de aceptación y compasión. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración máximo 4 sesiones.
CONSULTA SALUD MENTAL	Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar trastorno mental. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Rendimiento 2 por hora (30 minutos) y concentración 1.
ESTRATEGIAS PROMOCIÓN DE LA SALUD	Taller Grupal: Actividad formativa de modalidad grupal, con 8 a 12 participantes, en grupos de adolescentes de 10 a 14 años, entre 15 a 19 años. Cada taller considera módulos abiertos o cerrados de 4 a 6 sesiones, con el propósito de desarrollar habilidades o destrezas y/o potenciar factores protectores/resilientes, que favorezcan el crecimiento y desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes. Estas acciones deben considerar género, pertinencia cultural y marco valórico del grupo de adolescentes o jóvenes. Objetivos: • Diagnosticar problemas y/o necesidades de salud. • Desarrollar programa de talleres. • Seleccionar contenidos y/o temáticas a desarrollar. • Diseñar un plan de ejecución, evaluación y retroalimentación, considerando el costo para su implementación. Acciones: 1.-Implementar los talleres de acuerdo a priorización temática: promoción de la salud Integral de adolescentes y jóvenes, Salud Sexual y Reproductiva, salud mental, salud nutricional, discapacidad, salud bucal. 2.- Evaluar los talleres, con participación activa de adolescentes y jóvenes. Rendimiento 1 hora.

6.4PROGRAMAS CON LOS CUALES SE VINCULA

OTROS PROGRAMA DE REFORZAMIENTO ATENCION PRIMARIA		
PRAPS Programa de Acompañamiento a niñas, niños, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial		Desarrollo de acciones de vinculación de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental de atención primaria y dispositivos de la red de salud comunitaria. Acciones de articulación dentro del establecimiento con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local e intersectorial con foco en la continuidad de los cuidados. Realiza seguimiento, monitoreo y evaluación.
PRAPS Vida Sana Obesidad		Disminuir el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares asociadas a malos hábitos de alimentación y sedentarismo, en adolescentes beneficiarios de FONASA
PRAPS Mejoramiento del Acceso: Atención Odontológica Integral IV medios		Altas odontológicas integrales a estudiantes de cuarto año de educación media en establecimientos de APS realizadas de lunes a viernes después de la jornada escolar y los días sábados durante la mañana. No se realiza los días domingos ni festivos.
PRAPS - Programa de Detección, Intervención y Referencia asistida para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (DIR)		El programa, tiene como objetivo acompañar a NNAJ con alto riesgo psicosocial a través de acciones de vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo de su atención de salud, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario. El programa contempla las siguientes estrategias: a) acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria; b) acciones de articulación; c) acciones de acompañamiento.
PRAPS para la Atención de Salud en la Atención Primaria de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que participan en programas del Servicio Nacional de Menores (SENAME)		Otorga prestaciones de salud general y salud mental en los establecimientos de Atención Primaria, destinada tanto para NNAJ que pueden acceder al centro de salud (viven en residencias o con sus familias), como para aquellos NNAJ bajo la Ley 20.084 (privados de libertad).
PRAPS Resolutividad en APS - Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)		Atención oftalmológica en Comunas que disponen de una UAPO
PRAPS Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes		Programa en etapa Piloto. Todas las edades

CAPÍTULO VII. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y COBERTURA SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES PARA ADOLESCENTES, CON ENFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Los Servicios de Salud Integrales, Amigables para ser de Calidad deben cumplir con los estándares de calidad presentados en el capítulo II. También es importante que implementen un plan de evaluación de la calidad y cobertura a fin de implementar mejoras en estos servicios. A continuación se presenta un sistema de evaluación, donde participan: Nivel Central (Ministerio), equipos de salud del Espacio Amigable, Director del Establecimiento de Salud y adolescentes.

7.1 ESTRUCTURA GENERAL DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD Y COBERTURA Y OBJETIVOS

En el marco de las medidas de descentralización está incorporada la evaluación de Calidad y Cobertura de los Servicios de Salud Amigables. Con el objetivo de realizar evaluaciones periódicas por parte del nivel central (MINSAL), SEREMIS y Servicios. Y autoevaluaciones de los centros de salud enfocados en adolescentes (EA), para tomar medidas que generen mejoras de los servicios amigables, las cuales serán evaluadas con posterioridad para dar cumplimiento a los estándares propuestos por el modelo de evaluación, que está compuesto en su totalidad por cinco instrumentos cuatro encuestas auto aplicadas y una pauta de observación realizada por encargados de programa de la SEREMI de cada sector, de los cuatro instrumentos de calidad tres son encuestas aplicadas a directores, profesionales y usuarios de Servicios de Salud Amigables (EA) y un cuarto una pauta de observación del centro. Además existe un quinto instrumento el cual por sí mismo evalúa la cobertura de los EA en la comunidad, específicamente en centros educacionales con características de cercanía y cobertura.



Espacio Amigable CESFAM Antofagasta. 2017

7.2 OBJETIVO GENERAL

Estimación de la calidad y cobertura de los Servicios de Salud Integrales Amigables para Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.

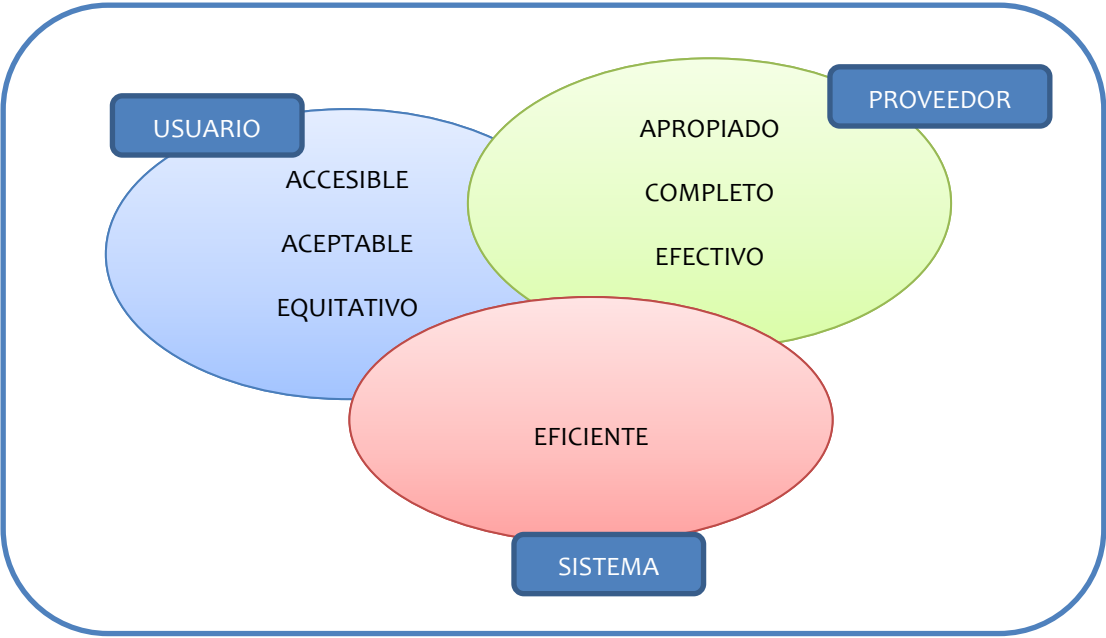
7.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la calidad de los Servicios de Salud Integrales Amigables para Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.

El estudio de calidad de los Servicios de Salud Integrales Amigables para Adolescentes considera la evaluación del cumplimiento de 8 Estándares Regionales de Calidad con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, a través de la observación de las características del entorno donde se realiza la atención de salud a los y las adolescentes, la percepción de calidad desde la mirada del Director del Establecimiento de salud donde se inserta el Servicio de Salud para adolescentes, la percepción que tienen los y las profesionales de salud que proveen el servicio a adolescentes, y la percepción del usuario/a atendido de estos servicios de salud.

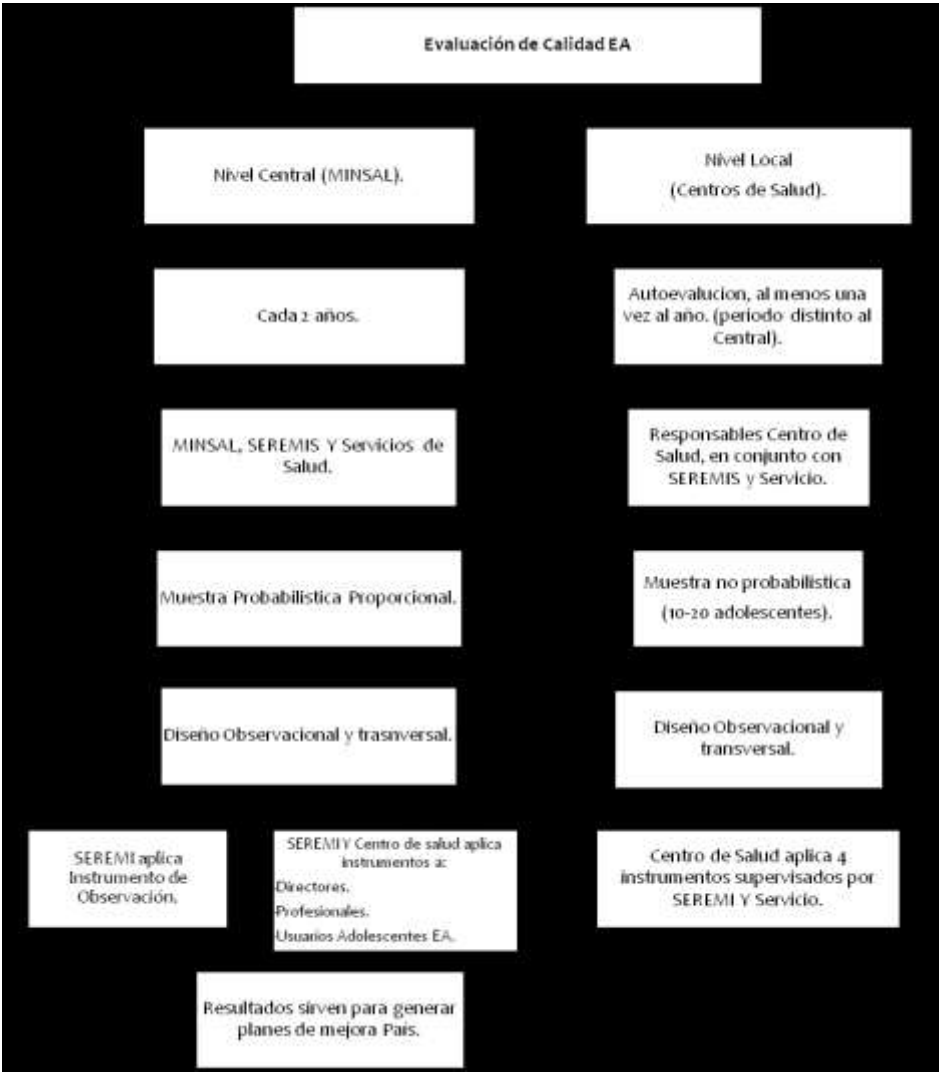
Los Estándares Regionales SSR para Servicios la Salud Integrales Amigables de calidad para Adolescentes, definen el grado de calidad necesario en la prestación de servicios y describen las características de estos para satisfacer las necesidades de los y las adolescentes, tales como prestar servicios seguros, equitativos, aceptables, accesibles eficaces y apropiados.

Figura N°11. Características de los servicios para ser de calidad



Fuente: Donabedian, 1970.90

Figura N° 12. Esquema general de evaluación de Calidad.



7.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En esta sección se describen los instrumentos de medición a ser usados en los Evaluación de calidad y cobertura de atención de los servicios de salud para adolescentes, dichos instrumentos fueron ajustados y evaluados en Chile para su aplicación, en un contexto de un Piloto de Evaluación calidad y cobertura junto con Colombia, liderado por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

7.4.1 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA ADOLESCENTES.

- Para la evaluación de las características del entorno asociadas a la calidad de los servicios donde se entrega el Servicio de Salud para adolescentes se utiliza el instrumento denominado *“Herramienta de Observación”* (Consultar Protocolo Genérico y Manual de operación de Calidad, www.minsal.cl). El instrumento es básicamente una lista de chequeo de las siguientes áreas: Visibilidad de la señalética, elementos disponibles en la sala de espera, adecuación y mantención de servicios higiénicos, existencia de facilidades para discapacitados, disponibilidad de equipos médicos, materiales e insumos necesarios para la atención de adolescentes, disponibilidad de medicamentos e insumos anticonceptivos, disponibilidad de espacios que permitan mantener privacidad de la atención, existencia de registros históricos de atención, existencia de instrumentos de evaluación de la calidad de atención, procedimientos de manejo de información y reportes, existencia de material informativo para adolescentes y de normas y procedimientos para la atención de salud en adolescentes.
- Para la evaluación del Director del Servicio de Salud para Adolescentes se utiliza el instrumento *“Encuesta a Directores de Servicios de Salud para Adolescentes”* (Consultar Protocolo Genérico y Manual de operación de Calidad, www.minsal.cl). El instrumento es un cuestionario estructurado

con preguntas abiertas y cerradas. Comienza con una sección en la que recaba información sobre el personal de salud contratado para la atención de salud de los adolescentes como a la capacitación en temas relevantes a su salud tanto del equipo como del Director. Indaga sobre el enfoque utilizado en la atención de salud y sobre la existencia y uso de directrices para la atención de salud de adolescentes. Finaliza evaluando sobre la existencia de instancias de auto-evaluación de la atención como la de medios de difusión usados sobre los aspectos éticos de la atención de salud en adolescentes.

- Para la evaluación de la percepción del equipo de salud se utiliza el instrumento “Encuesta a Profesionales de Servicio de Salud para Adolescentes” (Consultar Protocolo Genérico y Manual de operación de Calidad, www.minsal.cl). El instrumento es un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas. Indaga sobre los problemas de salud de adolescentes que atiende y el tipo de servicio que brinda para cada problema de salud. Obtiene información sobre las capacitaciones que ha hecho en materias de salud para adolescentes. Evalúa la existencia de directrices y herramientas para el apoyo en la toma de decisiones sobre la información, asesoría y manejo de los problemas de salud de los adolescentes. Indaga sobre el conocimiento que el personal de salud tiene sobre directrices, guías, manuales sobre los aspectos relacionados a la atención de salud del adolescente. Conocimiento y práctica de acciones tendientes a proteger la privacidad y confidencialidad de los pacientes, conocimiento de herramientas de evaluación de la calidad de la atención de adolescentes son los temas que finalmente aborda en instrumento.
- Para la medición de la calidad de la atención del adolescente atendido en los servicios de salud para adolescentes se usa el instrumento “Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicios de Salud para Adolescentes” (Consultar Protocolo Genérico y Manual de operación de Calidad, www.minsal.cl). El instrumento recolecta información sobre el tipo de consulta realizado, conocimiento sobre el tipo de atenciones que ofrece el Servicio de Salud para adolescentes, condiciones del centro de salud para una adecuada atención, información clara y visible en el lugar de atención sobre los derechos como usuario que tiene. Se indaga si durante la consulta se habló de métodos de prevención de enfermedades, de sexualidad, de consumo de drogas, y otros

aspectos de la salud del adolescente. Información sobre el trato recibido por parte del equipo de salud y de apoyo, como la negación a la prestación de algún servicio es también recolectada por el instrumento. Se indaga además sobre conocimiento sobre métodos de anticoncepción y acceso. Finaliza evaluando conocimiento sobre VIH y sobre infecciones de transmisión sexual.

7.4.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN EVALUACIÓN DE COBERTURA

Para la medición de cobertura se aplica el instrumento denominado “Encuesta a Adolescentes Evaluación Cobertura” (Consultar Protocolo Genérico y Manual de operación de Calidad, www.minsal.cl). Este instrumento es un c y está dividido en tres secciones. La sección 1 permitirá recolectar datos Bio-socio-demográficos de los participantes del Evaluación, la sección 2 permitirá obtener datos sobre conocimiento y utilización de servicios de salud para adolescentes, la sección 3 está dedicada a la obtención de datos referentes al comportamiento sexual y anticoncepción.

7.5 PROTOCOLO DE IMPLEMENTACIÓN

Con el fin de garantizar la integridad de los datos y reducir la variabilidad de observador en la recopilación de datos al mínimo, se recomienda tomar las siguientes medidas:

- En lo posible la tabulación de datos será en el programa de creación y gestión de datos SurveyMonkey.
- Ante cualquier duda se debe tener un contacto directo con el SEREMI correspondiente y el a su vez un contacto fluido con el nivel central MINSAL.
- Se debe realizar previo a las evaluaciones una explicación de los objetivos del Evaluación y resolución de dudas pertinentes antes de la implementación.
- El monitoreo y supervisión por parte del SEREMI se debe hacer periódicamente mientras se realicen las evaluaciones.

7.5.1 NIVELES DE MEDICIÓN

Para esta evaluación se proponen dos niveles de medición uno central liderado por el equipo MINSAL y otro local auto gestionado por las SEREMIS, Servicios de Salud y los Servicios de Salud Amigable.

1. Autoevaluación. Nivel local Servicios de Salud Amigables.

- Autoevaluación continua al menos una vez al año.
- Sin muestra probabilística.
- Periodicidad según meses de mayor demanda del Servicio de Salud.
- Se debe esperar en el caso de ser Servicio de Salud Amigable de evaluación Nacional/Regional hasta que concluya el periodo de evaluación y reevaluación.
- Resultados generan insumo para elaborar planes de mejora continua a nivel local.

2. Nivel Central (Equipo MINSAL).

- Cada 2 años: Evaluación de calidad y cobertura.
- Lidera equipo MINSAL y SEREMIS en coordinación con Servicios de Salud, Establecimientos de Salud, Servicios Amigables de salud y Consejos consultivos de Adolescentes y Jóvenes.
- Ítems deficientes reevaluación 3 a 6 meses máximo posterior a la aplicación.
- Muestra probabilística estratificada proporcional según la cantidad de adolescentes atendidos por cada Servicio de Salud Amigable.
- Observacional y transversal.
- SEREMI aplica pauta de observación.
- Evaluación de cobertura establecimientos educativos.
- Resultados sirven para generar Planes de Mejora.

Figura N°13. Esquema general de evaluación de calidad en Servicios Amigables de Salud, (encuesta a directores, profesionales y Pauta de Observación).

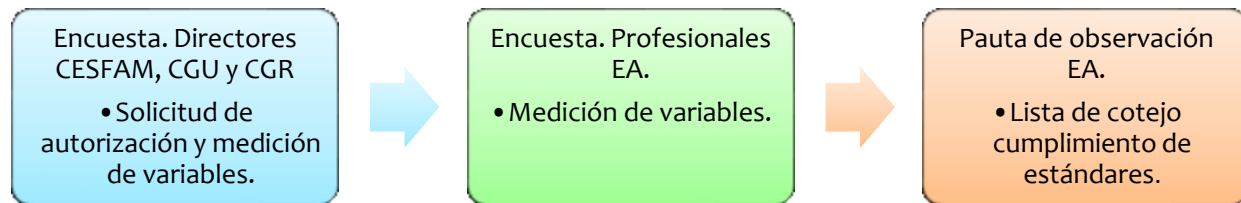
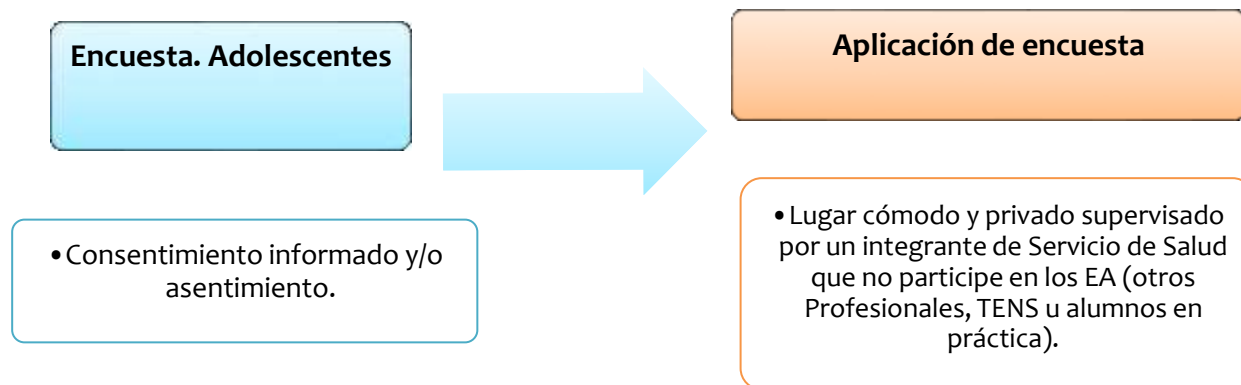


Figura N° 14. Esquema general de evaluación de calidad en adolescentes pertenecientes a los Servicios de Salud Amigables.



Requisitos de incorporación evaluación calidad por adolescentes atendidos:

- Adolescente de entre 10-19 años.
- Atendidos por primera vez o en control en el Servicio de Salud Amigable.
- De ambos sexos.
- Que den su consentimiento acepten participar de manera voluntaria.
- Para Cobertura se espera que la residencia de los alumnos de los establecimientos educacionales sea del entre el 60 al 70% de la comuna, para asegurar la cobertura e impacto real del centro en los usuarios adolescentes.

7.6 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD Y COBERTURA

Se utiliza una evaluación observacional de corte transversal en muestras probabilísticas de sujetos de la correspondiente población objetivo. Los componentes del diseño se presentarán a continuación por separado para cada uno de los instrumentos ya descritos.

7.6.1 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES AMIGABLES POR ADOLESCENTES ATENDIDOS

7.6.1.1 UNIVERSO

El universo de esta evaluación lo componen todos los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad usuarios de los servicios de salud para adolescentes participantes. Para fines de esta evaluación, se considera usuario todo aquel adolescente que haya consultado al menos una vez en los últimos 2 meses o cuya primera consulta se vaya a realizar durante el periodo de tiempo en el que se realicen las evaluaciones en el Servicio de Salud para adolescentes.

7.6.1.2 TAMAÑO DE MUESTRA

Para la evaluación de usuarios se propone una muestra probabilística estratificada con afijación proporcional según cada Servicio de Salud Amigable del país.

Para la determinación del tamaño de muestra se asume que la proporción de usuarios que está satisfecho con el servicio la cual oscila entre un 60% y un 70% dejando una proporción final del muestreo del 65%. Con un 95% de confianza.

Se propone asumir una tasa de rechazo a participar de un 15% de usuarios que debe ser obtenida en base al total de sujetos muestreados y aumentando ese valor en un 15%. (Ver ejemplo)

Ejemplo: n obtenido 300 sujetos

$300 \times 0,15 = 45$

Muestra inicial $300 + 45$ correspondiente al 15% de rechazo.

Muestra total 345.

7.6.2 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN ENCUESTA A DIRECTORES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUE PERTENECE EL SERVICIO DE SALUD AMIGABLE.

Se debe realizar la solicitud de colaboración del director y su establecimiento de salud, para ello debe contestar la encuesta a directores a través del envío del link con la encuesta digital en la plataforma SurveyMonkey. Por tanto, se deben encuestar todos los directores que acepten participar de la evaluación.

7.6.3 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN ENCUESTA A PROFESIONALES QUE ATIENDEN EN LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES.

Se debe obtener la información de los profesionales participantes en los Servicios amigables (nombre completo, mail, lugar de trabajo), para enviarles los links de la encuesta a profesionales, que deben contestar por el programa SurveyMonkey. Todos los profesionales pertenecientes al Servicio amigable pueden contestar la encuesta o al menos uno de cada profesión.

7.6.4 EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN A TRAVÉS APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN.

Durante el periodo de recolección se debe realizar las visitas por parte de los SEREMIS a los Servicios de Salud Amigables, para la aplicación del instrumento el cual puede ser en formato físico o a través de un dispositivo móvil con link de SurveyMonkey. En lo posible se debe realizar al inicio de la evaluación para evitar manipulación deliberada del instrumento.

7.6.5 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

El diseño de la muestra para la evaluación de calidad en usuarios adolescentes es aleatoria estratificada por cada Servicio de Salud Amigable. Las evaluaciones a directores y profesionales además de la pauta de observación se deben completar para todos.

Cada Servicio de Salud para adolescentes participantes deberá proporcionar un listado con el número de adolescentes atendidos en el mes del año anterior a la evaluación y del mes anterior a la evaluación del mismo año (ver ejemplo).

Ejemplo: la evaluación actual se realizará junio del 2017, por ende, se deben solicitar la cantidad de adolescentes atendidos en esos meses.

Se tendría (mayo 2017 + junio 2016) y se dividen por 2

$$\frac{\text{mayo17} + \text{junio16}}{2} = \text{Promedio de adolescentes del periodo.}$$

Este sería el total de adolescentes del Servicio de Salud Amigable para el mes a evaluar.

Con esto se obtiene el número promedio de adolescentes que debiesen asistir al Servicio de Salud Amigable, una vez se obtengan todos los números promedios de atendidos para cada Servicio Amigable se deben sumar y eso correspondería al número total de adolescentes. En la cual se debe realizar el cálculo de muestra aleatoria estratificada por zona.

La muestra queda finalmente constituida por todos los adolescentes que serán atendidos durante el periodo de realización de la evaluación. En el caso de que no se cumpla con el número de adolescentes obtenido con el muestreo, se debe aumentar el tiempo de evaluación hasta conseguir el número calculado.

Fórmula de cálculo de adolescentes a encuestar.

Tamaño total de la muestra

$$1) \quad n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{NE + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

Tamaño de cada estrato

$$2) \quad ni = n \left(\frac{Ni}{\sum_{i=1}^l Ni} \right) = n \left(\frac{Ni}{N} \right) = n(Wi)$$

Donde.

Ni: Número total de sujetos por estrato

Pi: Prevalencia, frecuencia de aceptación del modelo

Qi: Complemento de Pi (1-Pi)

N: Número total de sujetos

E: Error de estimación $\frac{d^2}{Z_{1-\alpha/2}^2}$

d²: 0,05 para un IC del 95%

$Z_{1-\alpha/2}^2$: 3,841

Wi: Fracción de asignación $\frac{Ni}{N}$

ni: Tamaño de la muestra para cada estrato $Wi \cdot n$

7.6.6 EVALUACIÓN DE COBERTURA

7.6.6.1 UNIVERSO

El universo de este Evaluación lo componen todos los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad que al momento de la evaluación estén asistiendo a un establecimiento de educación municipal que se localice en el área de cobertura de los Servicios de Salud Amigable, al menos ese establecimiento debe contar con una cantidad de alumnos pertenecientes a la cobertura del Servicio Amigable entre un 60 y 70%, para asegurar la cobertura real y evitar un posible sesgo de selección.

7.6.6.2 TAMAÑO DE MUESTRA

Para la selección de la muestra se debe considerar al menos un curso de Primero Medio y un curso de Tercero Medio. En el caso de que el establecimiento que este en la circunscripción del Servicio de Salud EA. No cuente con educación media se deben realizar las encuestas en al menos un curso de Octavo Básico, solicitando previamente la autorización al director del establecimiento y el consentimiento informado a los padres y asentimiento a los adolescentes.

Para la obtención del número de adolescentes necesarios para la investigación se asume una cobertura del 50%, por lo tanto el número total de adolescentes se obtiene de la siguiente forma.

Ejemplo:

50% es la cobertura que se espera en los centros educacionales = (0,5 para el cálculo).

Si el curso cuenta con 50 alumnos de **Primero Medio** es el total de adolescentes para esa categoría.

$50 \times 0,5 = 25$ debe ser el mínimo de alumnos a participar en el Evaluación de esa categoría de ambos sexos.

Si el curso cuenta con 60 alumnos de **Tercero Medio** es el total de adolescentes para esa categoría.

$60 \times 0,5 = 30$ debe ser el mínimo de alumnos a participar en el Evaluación de esa categoría de ambos sexos.

Total de ambos cursos $25 + 30 = 55$.

El total de adolescentes mínimo de ese establecimiento sería de **55 alumnos**.

En el caso que la totalidad del curso quisiera participar se le debe dar la oportunidad de hacerlo.

*Solo es excluyente que el número de adolescentes sea inferior al calculado en base a la cobertura esperada.

En el caso de que el establecimiento educacional cuente con mayor cantidad de cursos en la categoría seleccionada se debe realizar cada cálculo para los cursos, y así se obtendría un número mayor de adolescentes encuestados.

7.6.7 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los estudiante serán seleccionados sin un muestreo probabilístico, solo se considerará la cobertura esperada de los establecimientos educacionales que oscila entre el 40% y el 60%, por lo tanto se tomará el valor central para al cálculo del tamaño de la muestra (50%).

7.6.8 PLAN DE ANÁLISIS

El análisis, común para la evaluación de cobertura y para calidad, se inicia con la descripción de los sujetos de cada evaluación. Esta descripción es en base a las características Bio-socio-demográficas registradas en los instrumentos de medición usados en ambos evaluaciones. Esto permitirá hacer una caracterización de la muestra de modo de determinar el perfil de los sujetos para los cuales se hará inferencia estadística.

Se realizarán mediciones de criterios, estándares por instrumento y global de calidad y cobertura, medidos a través de porcentaje de cumplimiento que debe ser sobre 80% (Ver figura 9). Estos análisis se realizarán con el paquete estadístico SATATA 14.

El análisis de los resultados de la encuesta a usuarios adolescentes se realizará en dos etapas:

1. Por instrumentos (calidad y cobertura).

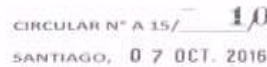
- 2. Combinación de varios instrumentos para cumplimiento de estándares.

Figura nº15. Grado de cumplimiento de los diferentes estándares planteados en porcentajes (%).

Grado de cumplimiento de estándar	Valoración
9%	No cumple con los estándares de calidad
10% a 39%	Necesita una mejora importante
40% a 79%	Necesita una mejora
80% a 100%	Cumple con los estándares

ANEXO1

ANEXO1



En la correcta interpretación de la ley, la obligación de los funcionarios o facultativos de informar en forma posterior a la entrega del medicamento, al padre, madre o adulto responsable que la menor señale, sólo es aplicable al caso en que se solicite anticoncepción de emergencia por una menor de 14 años. En los demás supuestos debe primar la confidencialidad, salvo se detecte situaciones de abuso o violencia, en donde deberá procederse conforme a la normativa vigente.

Es reconocido que los adolescentes tienen barreras de acceso a prestaciones de salud y por ello existe preocupación de esta Cartera Ministerial para brindarles atención efectiva, pertinente y oportuna, sobre todo cuando se trata de prestaciones que ya le han sido aseguradas por la ley y la Constitución al consagrar el derecho de todas las personas a la protección de la salud, garantizando en el artículo 19 n° 9, inciso segundo, que *"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo"*.

La negativa de atención en las hipótesis descritas, puede implicar una contravención a la ley, una vulneración de los derechos de los y las adolescentes y conlleva el riesgo de alejarlos de los centros de salud y de la consejería en salud sexual y reproductiva, que es precisamente contrario a lo que esta Cartera de Estado pretende fomentar en los jóvenes.

Por su parte, se invita a los funcionarios a aprovechar estas instancias de cercanía con los y las adolescentes de modo de ofrecerle la consejería adecuada, para que puedan ejercer sus derechos en forma consciente, responsable e informada.



Jaime Burrows
DR. JAIME BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA

Gisela Marcón Rojas

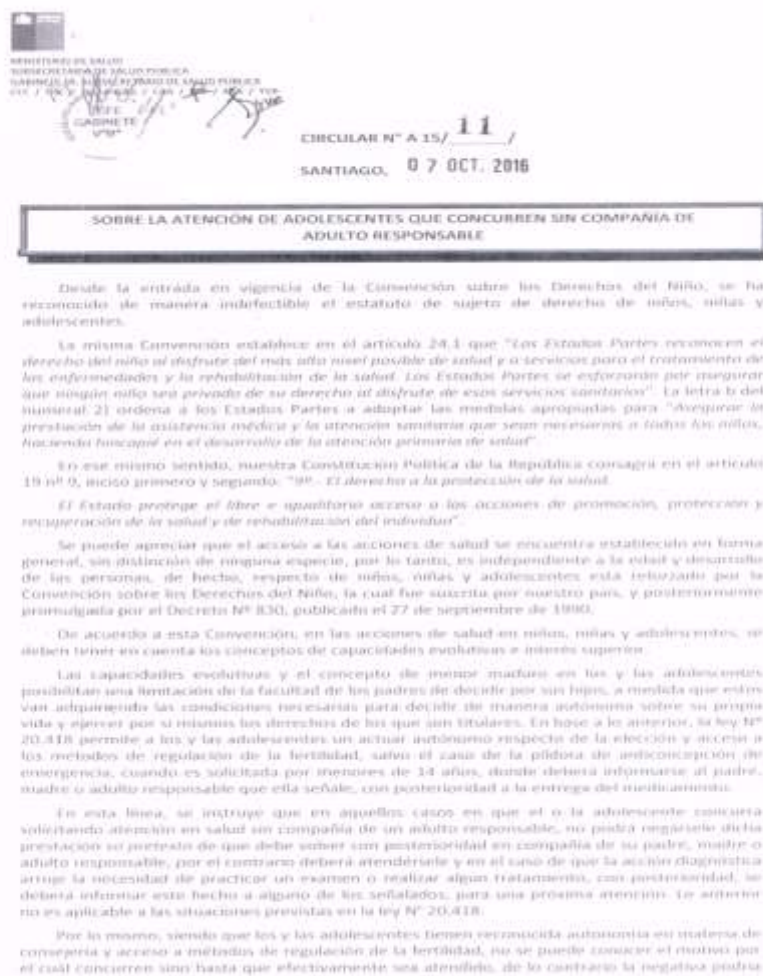
DR. GISELA MARCÓN ROJAS
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN:

- * Secretarías Regionales Ministeriales del país
- * Directores de Servicios de Salud del país
- * Directores de Hospitales Especializados
- * Gabinete Ministerial de Salud
- * Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- * Gabinete de Subsecretaría de Redes Asistenciales
- * División de Prevención y Control de Enfermedades
- * División Jurídica
- * Oficina de Planificación

[Handwritten mark]

ANEXO 2



significar una discriminación arbitraria y vulneración de derechos debidamente reconocidos en nuestro ordenamiento jurídico.

El hecho de que él o la adolescente acudan al centro de salud en busca de atención profesional para resolver alguna inquietud sobre su estado de salud, denota la suficiencia de sus capacidades evolutivas o madurez, para ejercer sus derechos en este ámbito. La negativa de atención, no sólo puede vulnerar el derecho de acceso a la salud de los y las adolescentes, sino que también contraviene el deber ético de los profesionales de salud de brindar la atención que se les solicita. Por su parte, conlleva el riesgo de alejamiento de éstos respecto del sistema de salud, provocando que la afección por la que se pretendía consultar no tenga diagnóstico ni tratamiento alguno, lo que es contrario al interés superior que debe primar en este tipo de decisiones.



DR. JAIME BURROWS OYARZÚN
SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA



DR. GISELA ALCARÓN ROJAS
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN:

- Secretarías Regionales Ministeriales del país.
- Directores de Servicios de Salud del país.
- Directores de Hospitales Autogestionados.
- Gabinete Ministro de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Promoción y Control de Enfermedades.
- Asesoría Jurídica.
- Oficina de Prensa.



Anexo 3

Señalética



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] OPS, «IMAN Servicios Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes,» 2006. [En línea]. Available: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IMAN-Servicios--Normas-atencion-sexual-reproductiva-adolescentes-2006.pdf>. [Último acceso: 25 Septiembre 2017].
- [2] OPS, «Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductivo,» 2000. [En línea]. Available: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Recomendaciones-atencion-integral-salud-adolescentes-salud-sexual-reproductiva.pdf>. [Último acceso: 25 Septiembre 2017].
- [3] MINSAL, «Orientación para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Chile. Documento Borrador.,» Santiago, 2008.
- [4] MINSAL, «Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes 2012 - 2020,» Santiago, 2012.
- [5] Ministerio de Salud, «DIPRECE.MINSAL,» MINSAL, 17 diciembre 2017. [En línea]. Available: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Matriz-de-Priorizacion-MINSAL-2017-14.12.17.pdf. [Último acceso: 19 Diciembre 2017].
- [6] CEPAL, «DIPRECE.MINSAL,» abril 2017. [En línea]. Available: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/04/Estudio-CEPAL-elaborado-en-el-marco-del-Acuerdo-que-tie. [Último acceso: 14 diciembre 2017].
- [7] P. I. Gomez, R. Molina y N. Zamberlin, «Factores relacionados con el embarazo y maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe,» Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, 2011.

- [8] WHO, «Organizacion Mundial de la salud,» 2014. [En línea]. Available: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1. [Último acceso: 19 diciembre 2017].
- [9] Ministerio de Salud, «MINSAL. ENS 2016 -2017 PRIMEROS RESULTADOS,» 2017. [En línea]. Available: Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf. [Último acceso: 19 diciembre 2017].
- [1] SENDA, «XI Estudio Nacional de drogas en poblacion escolar,» 2015.
- [1] Organizacion de Naciones Unidas, «ONU,» [En línea]. Available: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [1] Organizacion Mundial de la Salud, «OMS/De los Objetivos de Desarrollo del Milenio hacia los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas,» 8 diciembre 2015. [En línea]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mdg-sdg-report/es/>. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [1] Organizacion Mundial de la Salud, «Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!):Guidance to Support Country Implementation,» WHO, Geneva, 2017.
- [1] A. Montero y E. Gonzalez, «Principales consideraciones bioeticas en la atencion en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes,» *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, vol. 75 , nº 4, pp. 272-277, 2010.

- [1] Ministerio de Salud, «DIPRECE.MINSAL,» 9 septiembre 2015. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [1] Ministerio de Salud, «DIPRECE. MINSAL,» febrero 2016. [En línea]. Available: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf. [Último acceso: 8 Febrero 2018].
- [1] Ministerio de Justicia, «Leychile.cl,» 13 agosto 2005. [En línea]. Available: <http://bcn.cl/1uvvyu>. [Último acceso: 9 febrero 2018].
- [1] Ministerio de Salud, «Minsal.cl,» [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>. [Último acceso: 9 febrero 2018].
- [1] OPS/OMS/ONUSIDA, Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes, Washington: OPS, 2016.
- [2] UNFPA, «colombia.unfpa.org,» 2010. [En línea]. Available: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>. [Último acceso: 11 octubre 2017].
- [2] CulturaSalud, 2010. [En línea]. Available: http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251255300.estudio_barreras_de_acceso.pdf. [Último acceso: 21 diciembre 2017].
- [2] P. Eguiguren, G. Rojas, M. I. Matamala, I. Palma y T. Galvez, «Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile.,» *Rev Panamericana de Salud Pública*, vol. 41, nº 77, p. 7, 2017.

- [2 OPS, «Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010 - 2018,» 2010.
- [2 U. Mónica , R. Katya y A. Marcela, «biblioteca.clacso.edu.ar,» 27 junio 2013. [En línea]. Available: http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D9256.dir/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf. [Último acceso: 21 diciembre 2017].
- [2 Ministerio de Salud, «web.minsal.cl,» 2017. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf>. [Último acceso: 6 noviembre 2017].
- [2 Ministerio de Salud, *Aprueba Programa espacios amigables para la salud de adolescentes en centros de salud. EXENTO N° 597 ago 28, 2008.*
- [2 OPS/OMS, Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes., Washington.DC, 2008.
- [2 S. Fergus y M. A. Zimmerman, «Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk.,» *Annu Rev Public Health.* , vol. 26, nº 1, pp. 399-419. , 2005.
- [2 OPS, «codajic.org,» 1992. [En línea]. Available: Políticas juveniles OPS_0.pdf [Internet]. [citado 26 de diciem] http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf. [Último acceso: 26 diciembre 2017].
- [3 WHO, «apps.who.int,» 2014. [En línea]. Available: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf. [Último acceso: 9 enero 2018].

- [3 M. Alfredo y F. B. Luisa, «sdp.gov.co,» 2008. [En línea]. Available: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/políticasLGBTI/Observatorio/Barreras_acceso_servicios_salud_personas_LGBT_2008.pdf. [Último acceso: 26 diciembre 2017].
- [3 Consejo Nacional de la Infancia, «consejoinfancia.gob.cl,» Octubre 2017. [En línea]. Available: observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/02/GUIA-DE-ORIENTACIONES-Y-RECOMENDACIONES.pdf. [Último acceso: 26 diciembre 2017].
- [3 L. d. P. Torres-Arreola , S. Vladislavovna Doubovaa, H. Reyes, J. P. Villa, P. Constantino y R. Pérez, «Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia.,» *Atencion Primaria*, vol. 38 , nº 7, pp. 381-386, 2006.
- [3 J. Wright, , R. Williams y J. R. Wilkinson, «Development and importance of health needs assessment,» 25 abril 1998. [En línea]. Available: Development and importance of health needs assessmenthttp://k4ds.psu.ac.th/shf/hna/files/HNA_BMJ.pdf. [Último acceso: 26 diciembre 2017].
- [3 S. Terrasa, R. Mackintosh y A. Piñero, «fundacionmf.org.ar,» junio 2011. [En línea]. Available: <http://www.fundacionmf.org.ar/files/gays%20y%20lesbianas.pdf>. [Último acceso: 26 diciembre 2017].
- [3 Society for Adolescent Health and Medicine, «Recommendations for Promoting the Health and Well-Being of Lesbian, Gay,Bisexual, and Transgender Adolescents: A Position Paper of the Society for,» *Journal of Adolescent Health* , vol. 52, pp. 506 - 510, 2013.
- [3 B. L. Frankowski y Committee on Adolescence, «American Academy of Pediatrics,» 2004. [En línea]. Available: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/6/1827.full.pdf>. [Último acceso: 13 febrero 2018].

- [3 CEPAL/OPS, Salud de la población joven indígena en América Latina: Un panorama general, Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2011.
- [3 Ministerio de Desarrollo Social, «observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl,» 26 julio 2017. [En línea]. Available: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_pueblos_indigenas.pdf. [Último acceso: 14 febrero 2018].
- [4 Consejo Nacional de la Infancia, «Observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl,» diciembre 2017. [En línea]. Available: <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Orientaiones-Politica-Indigena-19-2018.pdf>. [Último acceso: 13 febrero 2018].
- [4 Consejo Nacional de la Infancia, «observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl,» junio 2017. [En línea]. Available: <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2017/07/Panoramas-N7-Ni%C3%B1ez-%C3%8Dndigena.pdf>. [Último acceso: 14 febrero 2018].
- [4 Consejo Nacional de la Infancia, «Orientaciones para una Propuesta de Política de Niñez y Adolescencia Indígena en Chile,» Ministerio Secretaría General de la Presidencia , Santiago, 2017.
- [4 A. Martinez, A. Sanahuja y V. santonja, *Manual de intervención psicosocial con menores migrantes*, Aragon. España: CeiMigra/Bancaja, 2007.
- [4 N. Nyberg Sorensen y I. M. Vammen, «¿A quién le importa? Las familias transnacionales en los debates sobre la migración y el desarrollo,» *Universidad Complutense de Madrid*, vol. 7, nº 1, pp. 191-220 , 2016.

- [4 Organización Internacional para las Migraciones (OIM), «migration4development.org,» 2006. [En línea]. Available: http://www.migration4development.org/sites/default/files/glosario_sobre_migracion.pdf. [Último acceso: 18 febrero 2018].
- [4 A. Obach y M. Sadler, *Enfoque de género y derechos. La perspectiva étnica. Interculturalidad y competencia cultural*, santiago: USACH. Diploma: Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes con énfasis en consejería., 2012.
- [4 E. Menéndez, «Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos.,» de *Medicina y cultura*, Madrid, Bellaterra, 2000, pp. 163-188.
- [4 P. Vulpiano, «Health for All? Inequalities, Discriminations and Health Care for Migrants.,» de *Health for All, All in Health. European Experiences on Health Care Migrants*, Perugia, Cidis/Alisei, 2000, pp. 17-30.
- [4 Consejo Nacional de la Infancia, «Observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl,» enero 2016. [En línea]. Available: http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/4._Ninas_ninos_y_adolescentes_migrantes.pdf. [Último acceso: 19 febrero 2018].
- [5 J. Varas, «Adolescente con Discapacidad Psíquica: Salud Sexual y Reproductiva.,» *Rev. Obstet. Ginecol Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné*, vol. 5, nº 2, pp. 139 - 144, 2010.
- [5 MINSAL. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, «Sistematización de la VIII Reunión Nacional del Consejo Consultivo de adolescentes y jóvenes.,» Santiago, 2017.

- [5 OMS, Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de Atención Primaria, Washington.DC: OMS, 2015.
- [5 Ministerio de Salud, «MINSAL,» octubre 2011. [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [5 Ministerio de Salud, «DIPRECE.MINSAL,» diciembre 2017. [En línea]. Available: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/OT-Detección-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf. [Último acceso: 8 febrero 2018].
- [5 INJUV/Desuc, Jóvenes y juventudes indígenas: vivencias y tensiones en el Chile contemporáneo, Santiago: ICIIS/UC, 2015.
- [5 CONADI, «Agenda de trabajo 2017-2018 jóvenes indígenas de la Macro Región Central,» Santiago, 2016.
- [5 MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, «leychile.cl,» 05 febrero 2018. [En línea]. Available: <http://bcn.cl/1uwna>.
- [5 R. A. Hart, «Children's Participation - UNICEF Office of Research - Innocenti,» UNICEF, [En línea]. Available: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf. [Último acceso: 05 Febrero 2018].
- [5 N. T. Wong , M. A. Zimmerman y E. A. Parker , «A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion,» *American Journal of Community Psychol*, vol. 46, nº 1-2, pp. 100-114, 2010.

- [6 L. D. Brown , A. H. Redelfs, T. J. Taylor y R. L. Messer, «Comparing the Functioning of Youth and Adult Partnerships for Health Promotion.,» *Brown, L. D., Redelfs, A. H., Taylor, T. J. and Messer, R. L. (2015), Comparing the Functioning of Youth and Adult Par**American Journal of Community Psychology*, Vols. %1 de %2Brown, L. D., Redelfs, A. H., Taylor, T. J. and Messer, R. L. (2015), Comparing the Functioning of Youth and Adult Partnership56, pp. 25-35, 2015.
- [6 S. Fogel, «Risks and Opportunities for Success: Perceptions of Urban Youths in a Distressed Community and Lessons for Adults,» *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, vol. 85, p. 335, 2004.