

Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud de Chile
2008-2015





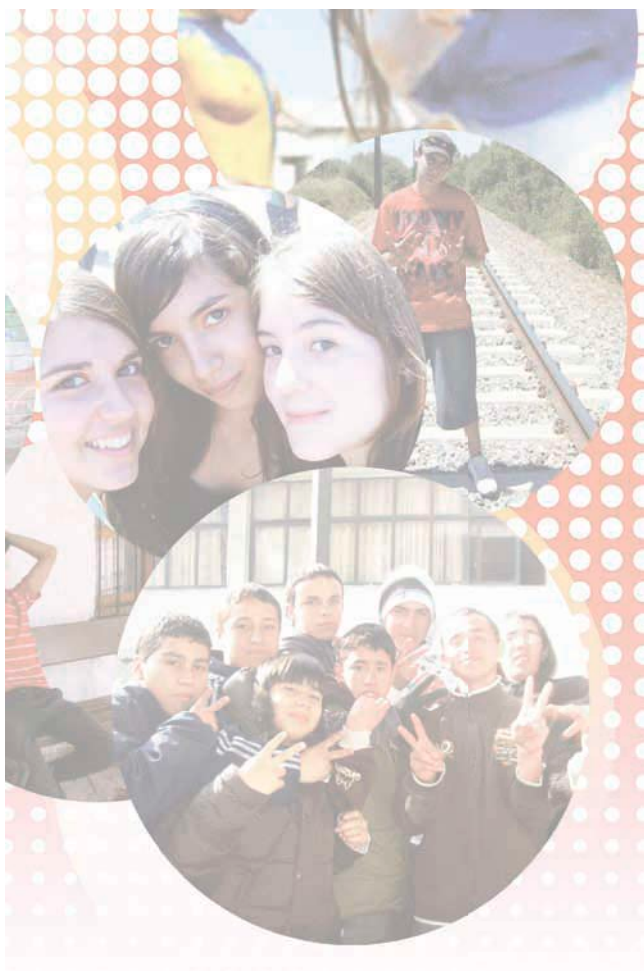
GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes

Ministerio de Salud de Chile
2008-2015



Reeditado en base a documento del Ministerio de Salud año 1999 y en relación a trabajo de Revisión de Política Salud para Adolescentes y Jóvenes realizado en 8 Jornadas Interregionales con los equipos de salud, intersector y jóvenes durante el año 2007 en la cual participaron 450 personas en Chile continental e insular.



Reedición realizada por:

- Paz Robledo Hoecker, Encargada Nacional Programa de Salud para Adolescentes y Jóvenes, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile
- Juan Baeza Correa, Asesor del Programa de Salud para Adolescentes y Jóvenes

Revisores en orden alfabético:

- Becerra Carlos, Jefe Departamento Ciclo Vital
- Castro René, Jefe Programa de la Mujer
- Crocco Pedro, ex-Jefe División Prevención y Control de Enfermedades DIPRECE
- Fernández Olaya, Jefe Departamento de Salud Bucal
- Infante Francisca, Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- López Carmen, Violencia de Género, Departamento Ciclo Vital
- Matamala Marisa, Asesora de Género Gabinete Ministro
- Minoletti Alberto, Jefe Departamento de Salud Mental
- Muñoz María Graciela, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Ortiz Edith, ex-Jefa CONASIDA
- Padilla Claudia, DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Rojas Verónica, DIVAP Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Rodríguez Lorena, Departamento de Salud Nutrición y Alimento
- Salinas Judith, Jefa Departamento de Promoción y Participación Ciudadana

Índice

Palabras del Ministro de Salud, Dr. Álvaro Erazo Latorre	7
Introducción	9
Marco Global	11
Perfil de Adolescentes y Jóvenes en Chile:	13
A. Características Sociodemográficas	13
B. Determinantes Estructurales de la Salud	16
I. Situación de Pobreza	16
II. Educación	17
III. Trabajo	17
IV. Situación Previsional	18
V. Legislación y Justicia	19
VI. Género	20
C. Condicionantes de Vida de Adolescentes y Jóvenes	20
I. Familia	20
II. Participación	21
III. Tiempo libre y recreación	22
Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes chilenos	25
A. Mortalidad:	25
B. Morbilidad	27
• Salud Integral	27
I. Acceso a Servicios de Salud	27
II. Enfermedades crónicas y discapacidad	28
• Salud Sexual y Reproductiva	29
I. Inicio Sexual	29
II. Aspectos reproductivos	30
III. Paternidad y masculinidad	30
IV. Regulación de la Fertilidad	31
V. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA	31
• Salud Mental	32
I. Consumo de tabaco, alcohol y drogas	32
II. Violencia	34

III. Depresión y suicidios	35
IV. Trastornos de la Conducta Alimentaria	37
• Salud Nutricional	38
• Salud Oral	38

Contexto de Políticas para Adolescencia y Juventud del Gobierno de Chile	39
---	-----------

Política de Salud para Adolescentes y Jóvenes	43
--	-----------

A. Marco Conceptual	43
I. Conceptos de Adolescencia y Juventud	43
II. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	46
III. Enfoque Derechos Humanos	49
B. Fundamentos Éticos Política	50
I. Respeto a la Autonomía	50
II. Derecho al Consentimiento Informado y a la Confidencialidad	50
III. Respeto a la diversidad y pertinencia cultural	51
IV. Respeto al Principio de Beneficencia	52
V. Respeto al Principio de No Maleficencia	52
VI. Respeto al Principio de Justicia	52
VII. Respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos	52
C. Propósito	53
D. Principios Rectores	53
1. Equidad	53
2. Desarrollo Humano	54
3. Autonomía y Confidencialidad	54
4. Integralidad	54
5. Universalidad	55
6. Intersectorialidad	55
7. Participación	55
8. Flexibilidad	55
9. Fortalecimiento Familiar	56
E. Estrategias de Acción	56
I. Relevar la Salud de la Gente Joven	56
II. Potenciar el Empoderamiento de Adolescentes y Jóvenes	57
III. Promoción de hábitos de vida saludables	57
IV. Desarrollo de servicios dirigidos a la gente joven	57

Referencias Bibliográficas	61
-----------------------------------	-----------

Palabras

del Ministro de Salud, Dr. Álvaro Erazo Latorre



Los profundos cambios sociales y demográficos, así como la consolidación de nuestra democracia y los avances en el desarrollo y reducción de la pobreza que ha vivido el país durante las últimas décadas en un escenario de globalización acelerada han hecho más evidente aún la necesidad de contar con una nueva política de salud para adolescentes y jóvenes.

Este documento se enmarca en las Políticas de Protección Social impulsadas por la Presidenta Dra. Michelle Bachelet Jeria, de los Objetivos Sanitarios que el Ministerio de Salud ha definido para la década, el enfoque de determinantes sociales de la salud que se ha asumido para superar las desigualdades y del actual modelo de atención instalado por la reforma del sector.

Desde que se formulara el Programa Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes el año 1995, se ha avanzado en dar respuesta a necesidades específicas de atención sanitaria de este grupo poblacional, sentando las bases de un trabajo cuyos logros aun no son suficientes. El Ministerio ha decidido dar un salto cualitativo y avanzar hacia un nuevo Programa, enfocado en el desarrollo humano, participativo y articulado con otras políticas y programas orientados a adolescentes y jóvenes, considerando sistemáticamente los determinantes sociales y promoviendo el ejercicio de derechos.

Este documento se inserta en un conjunto de esfuerzos del Ministerio de Salud de Chile, encaminados a resolver las necesidades de salud de los y las adolescentes y jóvenes. Tendrá su expresión en un conjunto de documentos técnicos específicos de implementación, que esperamos contribuyan a materializar la anhelada atención de salud a este grupo poblacional.

Esta política considera que la adolescencia y juventud representan un período de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de identidades basadas en el reconocimiento de los derechos de todas las personas, sin discriminación por nivel socioeconómico, sexo, edad o cultura, respetuosas de las diferencias, participativas y solidarias acordes a nuestro proyecto de sociedad.

La adolescencia y juventud son una de las etapas del ciclo vital en la que existe mayor energía disponible para nuevos aprendizajes, a lo que se suma el interés por la exploración de lo nuevo y una particular sensibilidad a los mensajes sociales. Estas

condiciones representan a la vez una oportunidad y una vulnerabilidad particular. Por ello los servicios sanitarios pueden y deben acompañar a adolescentes y jóvenes, asegurando su acceso a las prestaciones asistenciales y promocionales, conectando a su vez con otros servicios cuyas acciones contribuyan a completar su desarrollo como personas y ciudadanos y ciudadanas responsables de su salud y bienestar, que accedan a una red de servicios conforme a sus intereses y necesidades, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

La Política reconoce el derecho al protagonismo de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de su propio bienestar, considera y trabaja factores estructurales, culturales y personales diversos, que condicionan su calidad de vida y nivel de salud y explican la heterogeneidad de este grupo de población.

Esta perspectiva, basada en los aprendizajes y oportunidades que adolescentes y jóvenes necesitan para el desarrollo de competencias y habilidades para la vida, significa un importante cambio para nuestro sistema de salud: trabajar en red, asegurar equidad en el acceso, democratizar el poder de profesionales y expertos y propiciar intervenciones centradas en sus intereses y necesidades, con estrategias de empoderamiento, fortalecimiento de su autonomía y construcción de ciudadanía.

Concordante con lo anterior, esta Política ha sido elaborada con amplia participación, no sólo de profesionales de salud expertos en el tema sino también de profesionales de otros sectores y en particular con la presencia de adolescentes y jóvenes en su proceso de formulación.

El impacto de ésta política depende no solo del compromiso de los actores de salud para implementar sus acciones sino, particularmente, de la valoración de ella por parte de las personas a quienes está destinada y de que el conjunto de actores sociales y políticos de Chile trabajemos con y por los y las adolescentes y jóvenes en Chile.

Dr. Alvaro Erazo Latorre
Ministro de Salud de Chile

La salud de los adolescentes y jóvenes es clave para el avance social, económico y político de un país (Maddaleno, 1995).

Introducción



El desarrollo de los y las adolescentes y jóvenes es un factor decisivo para el crecimiento y desarrollo de los países pues ocurre en una etapa particularmente crucial del ciclo vital. Este reconocimiento involucra un cambio significativo en el ámbito de las políticas públicas y genera una obligación para el Estado chileno, en orden a cautelar la existencia de políticas especialmente formuladas, que garanticen el acceso y provisión de servicios, con enfoque de derechos y respeto a la diversidad y pertinencia cultural.

La Adolescencia es entendida como la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, que culmina con su plena incorporación a la sociedad. Los y las adolescentes y jóvenes de este nuevo siglo enfrentan nuevos y diversos desafíos, generados por los cambios en la esperanza de vida y los requerimientos cada vez mayores del mercado laboral, lo que impone largos períodos de preparación educacional y prolonga el período de dependencia de la familia de origen.

El fenómeno de la globalización y el vertiginoso desarrollo tecnológico determinan un nuevo escenario. Exige enfrentar a diario la rápida obsolescencia de conocimientos y técnicas, a la vez que la estabilidad emocional y laboral de hace 50 años ya no existe y se desarrollan trayectorias o proyectos de vida flexibles y diversificados.

La búsqueda de definiciones de adolescencia responde a la necesidad de contar con criterios que identifiquen grupos bien delimitados, que faciliten la investigación epidemiológica y que permitan su comparación con otros similares. Es así como desde el punto de vista demográfico y utilizando la división tradicional de los grupos etarios por quinquenios, la Organización Mundial de la Salud, OMS, ha definido como delimitación del grupo adolescente a la población entre los 10 y 19 años y como jóvenes a los de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. El año 1997 la OPS acuña el término Gente Joven, aplicable al grupo comprendido entre los 10 y los 24 años, conceptos a los que suscribe este Ministerio de Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 1975, define la adolescencia como la etapa del ciclo vital en que “el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual (aspecto biológico), los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación

evolucionan desde los de un niño a los de un adulto (aspecto psicológico) y se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia (aspecto social)”.

Esta definición plantea desde sus inicios la necesidad de considerar integralmente a los y las adolescentes, considerando las tres grandes vertientes del desarrollo: biológica, psicológica y social.

De estas definiciones se desprende que la edad de inicio de la adolescencia es relativamente fácil de determinar en cada individuo (inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias), pero la edad de término es muy variable de una cultura a otra y - dentro de una misma cultura - de un individuo a otro. Luego, el criterio para fijar el final de esta etapa no debería ser un criterio cronológico, sino de logro de los procesos mencionados. La edad estimada se ha ido extendiendo progresivamente en la medida que la madurez biológica se alcanza precozmente y la social se hace más tardíamente.

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

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como etapa de tránsito entre la niñez y la adultez: generó que los adolescentes fuesen invisibles a los ojos del mundo adulto, sólo reconocidos como “futuro”, no valorando esta etapa en sí.

Otra mirada desde el mundo adulto ha sido enfrentar esta etapa del ciclo vital considerándola como crisis, lo que permite ver sólo el eventual daño que se pudiera presentar en ella y no las características que en sí tiene. Si analizamos las diversas etapas de la vida, todas son en sí una transición, una de la otra, y no por eso dejan de tener un desarrollo y una identidad como tales.

Para efectos de esta política, la adolescencia y juventud son enfocadas desde el paradigma de personas en formación, lo que les determina un presente en pleno desarrollo, en el cual la velocidad con que ocurren los cambios biológicos, psicológicos y sociales es tal, que deben ser enfrentadas desde la perspectiva del cambio generacional y el fortalecimiento de capacidades.



Marco Global

Por décadas, la salud pública chilena ha desarrollado acciones que han resultado exitosas, en términos de modificación del perfil epidemiológico y demográfico, llegando a un estado transicional avanzado y motivando un proceso de reforma para asumir los desafíos de su nuevo perfil. Exitosas también para corregir inequidades, acercando la atención sanitaria a toda la población, en condiciones garantizadas y a través de procesos de gestión modernos, acordes al nivel de desarrollo del país y la calidad de sus indicadores de salud. Se ha generado, en consecuencia, la necesidad del desarrollo de nuevos paradigmas de enfrentamiento de la atención de nuestra población.

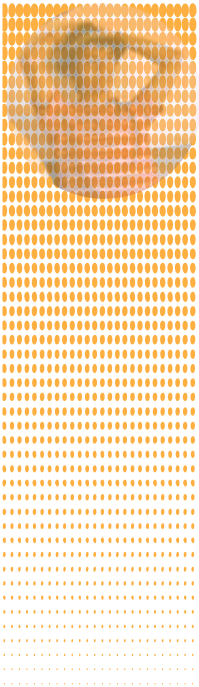
El proceso de transición demográfica se expresa en nuevas necesidades de salud, toda vez que la población sufre transformaciones en su estructura, pasando de ser mayoritariamente infantil en la década de los años 60 a una población progresivamente envejecida hacia fines del siglo XX, con el consecuente impacto de estas “nuevas poblaciones” en las necesidades de servicios.

Junto a las transformaciones poblacionales, la transición epidemiológica impone nuevos desafíos: la marcada disminución de las enfermedades infecto-contagiosas, la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento de la importancia relativa de las patologías crónicas y degenerativas y las causadas externamente -accidentes y violencia- definen un nuevo escenario, donde el desafío para el país ya no está solo centrado en salvar vidas, si no en mejorar la calidad de vida.

En el marco de estos procesos, se ha dado cada vez mayor relevancia a las acciones de salud centradas en Promoción y Prevención, no solo como estrategias de mayor impacto sanitario sino también con mejor relación costo-efectividad, en especial en la población de adolescentes y jóvenes. Las intervenciones de Promoción y Prevención, reconocen a la población como sujetos de derechos, a la que los equipos de salud acompañan en sus procesos de cuidado integral de salud, tanto a nivel individual como colectivo.

La gente joven, entre 10 y 24 años, es el grupo poblacional susceptible de adquirir mayoritariamente conductas y hábitos saludables, a menor costo y con mayor efectividad.

La Reforma de Salud, cristalizada el año 2005 con la promulgación de las leyes de Autoridad Sanitaria y de Garantías, procura adecuar el sistema a las condiciones demográficas y epidemiológicas actuales, promoviendo y cautelando los derechos de las personas, reconociendo los Determinantes Sociales y la evidencia en salud y exigiendo la construcción de un nuevo paradigma que da respuesta a las necesidades asistenciales pero que simultáneamente promueva el desarrollo de un Chile más equitativo y saludable.



Perfil de Adolescentes y Jóvenes en Chile:

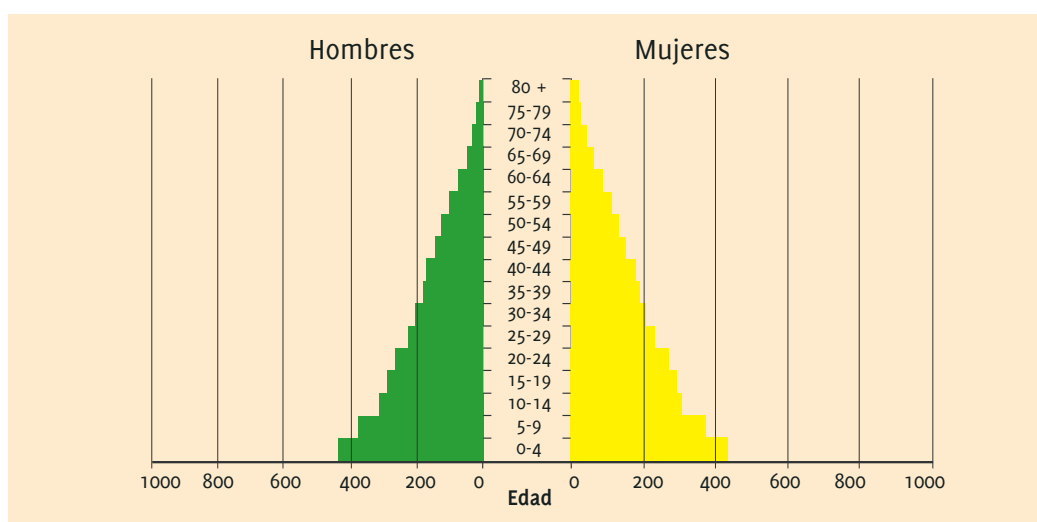


La Política de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes se basa en un conocimiento amplio y detallado de las situaciones sociales, económicas, culturales y sanitarias que los y las caracterizan. En Chile existen numerosos y variados estudios que dan cuenta de muchos de estos aspectos, pero carecen de homogeneidad, ya que dependen del área de interés de quienes los han realizado.

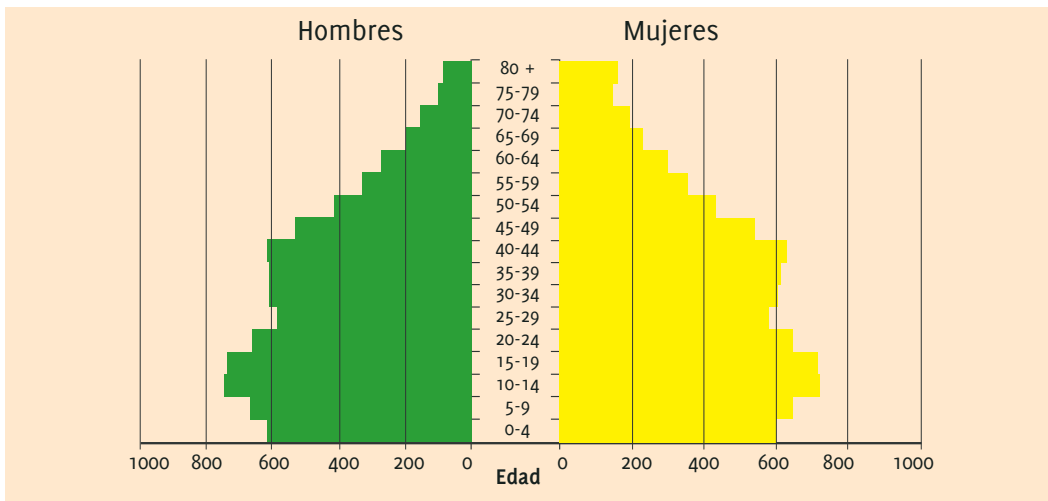
A. Características Sociodemográficas

La población de gente joven en Chile al año 2007 se estima en 4.276.108 personas (CEPAL OI N° 208), la que representa el 25,7% de la población total, estimada en 16.598.074 habitantes al 2007 según proyecciones del INE.

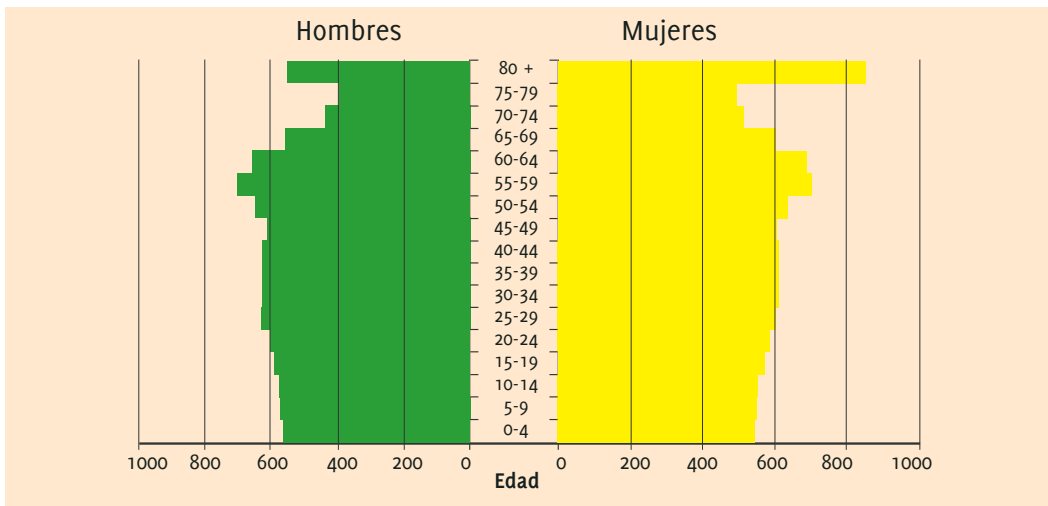
CHILE: Pirámide de población - 1950



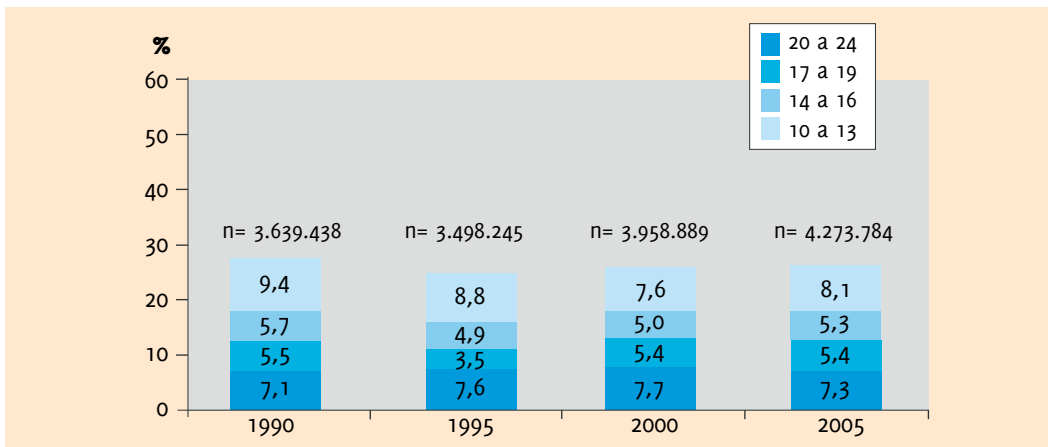
CHILE: Pirámide de población - 2005



CHILE: Pirámide de población - 2050

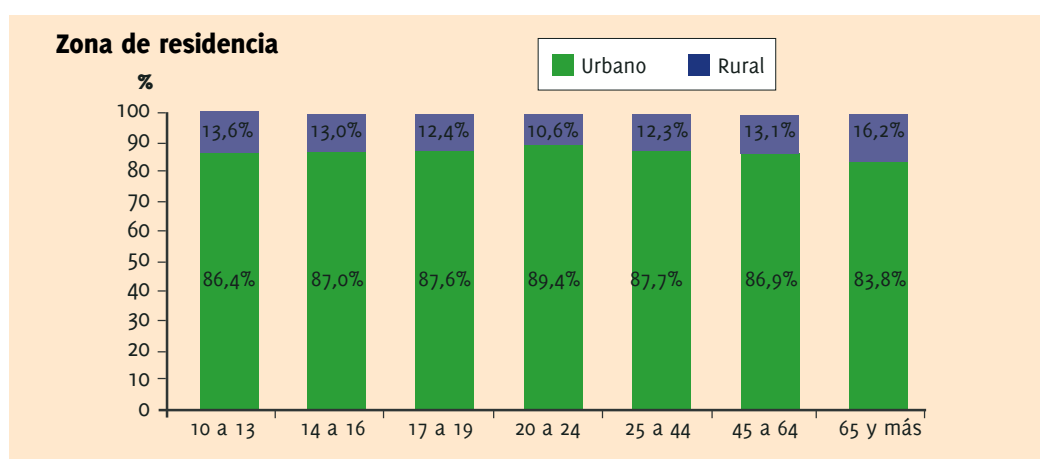


Distribución de Adolescentes y jóvenes por año, INE



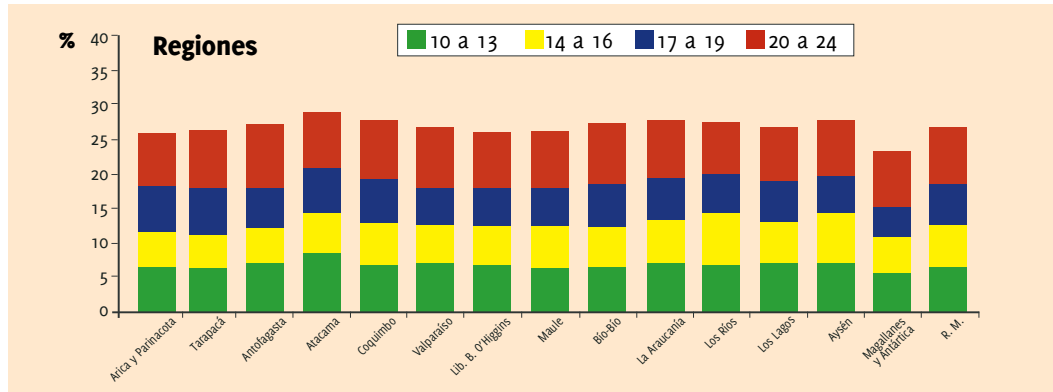
Las gráficas anteriores muestran la evolución de la pirámide poblacional y su proyección hacia el año 2050, donde es posible apreciar la reducción de los grupos de niño/as y adolescentes proyectadas, como resultado de la disminución de la fecundidad, fenómeno que afecta al país desde la segunda mitad del siglo pasado. Este cambio demográfico determina un período llamado “bono demográfico de la población adolescente” por el cual habrá el número más alto de adolescentes de la historia de nuestro país, desafío para el Estado de Chile, pues deberemos entregar el máximo de herramientas a esta población que le permitan garantizar el adecuado desarrollo de nuestro país.

La residencia urbana es mayoritaria (87,7% de la población juvenil). Sólo el 12,3% vive en zonas rurales, porcentaje algo mayor que el promedio nacional.



Cada cultura, con sus costumbres y herencias, determina en alguna forma como se vive y protagoniza la adolescencia y juventud: sus particularidades deben ser respetadas. Es necesario reconocer en el país la existencia de diferentes grupos étnico-culturales, para así atender de modo específico sus necesidades. Según el informe de Situación de los Pueblos Originarios, conviven en Chile los pueblos Mapuche, Aymará, Diaguita, Atacameño, Rapanui, Colla, Quechua, Yagan y Kawashkar. Un 8% de la población se declara perteneciente a una de estas etnias. Tampoco existe “una juventud” sino diversas juventudes, al interior del mismo país, en un mismo nivel de escolaridad o ingreso, e incluso dentro de una misma cultura.

La gráfica siguiente muestra la distribución de la población joven, entre 10 y 24 años, separada por tramos, en las diferentes regiones de Chile, siendo posible apreciar que su distribución no es homogénea.



B. Determinantes Estructurales de la Salud

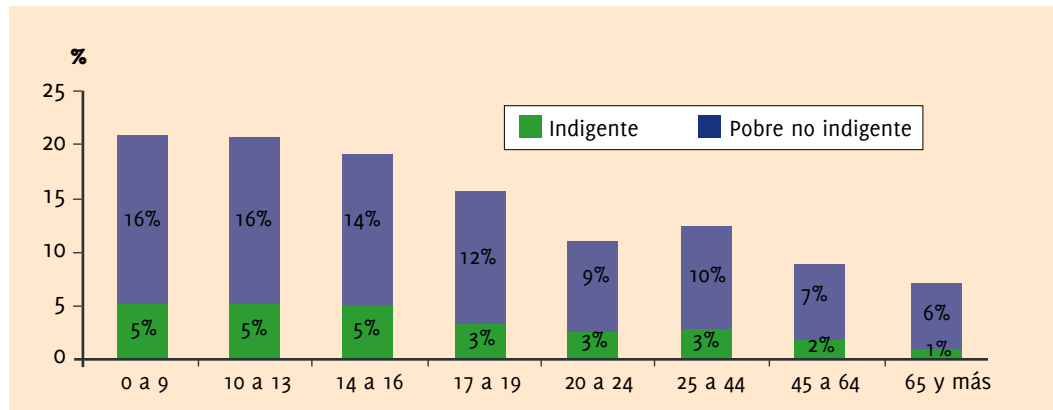
I. Situación de Pobreza

La pobreza en Chile ha ido disminuyendo desde el inicio de los gobiernos democráticos, experimentando una reducción de un 24,5 puntos porcentuales entre los años 1990 y 2006, en el tramo etario 18 a 29 años y de un 30,1% en menores de 18 años (CASEN 2006).

No obstante lo anterior, los problemas que afectan a los adolescentes y jóvenes siguen impactando con mayor fuerza a los grupos de menores ingresos, los que alcanzan menores niveles de educación, mermando sus posibilidades laborales y económicas.

Al caracterizar la población por nivel socioeconómico (NSE), la Vª Encuesta Nacional de Juventud 2006, señala que más de un tercio de los jóvenes pertenece a los grupos considerados como "pobres" (D y E: 39%), en tanto que el 60,9 integra el nivel medio o alto (ABC1: 9,1%).

Distribución Indigencia y Pobreza según grupo de edad, CASEN 2006



La encuesta CASEN 2006 muestra que las cifras de pobreza se expresan con mayor severidad en población de niños y adolescentes, experimentando una baja sobre los 20 años que se asocia a ingreso al mercado laboral. Entre los adolescentes tempranos, uno de cada cinco es pobre, cifra que se modifica levemente en la cohorte que le sigue, donde alcanza el 19% de la población.

II. Educación

En los últimos años se ha producido un aumento significativo de jóvenes que estudian: según datos de la Vª Encuesta Nacional de Juventud, (INJUV 2006), el 80,4% alcanzan el nivel de egresados de enseñanza media, un valor alto si se compara con el año 1990 donde llegaba a un 53,2%. Este crecimiento es mayor aún en los tramos más bajos de ingreso: en el primer decil asciende de un 26 a 58,4%, es decir, se duplica aunque continúa estando lejos de la media nacional, lo que representa un retraso de 15 años con respecto al nivel alcanzado por el país.

El acceso a educación superior también muestra un importante incremento; asciende a un 27,4%, duplicando la cifra (12,8%) de 1990. Este acceso también ha favorecido a grupos de menores ingresos, pero se mantiene una distancia importante respecto a la media nacional.

Los principales factores asociados a la interrupción o abandono de los estudios son la pobreza, el sexo (la deserción o abandono es mayor entre las mujeres), la ruralidad y la pertenencia a una etnia originaria.

Los factores invocados por los jóvenes para abandonar los estudios son los problemas económicos (22,3%) y los derivados de procesos de maternidad o paternidad, motivo que aduce el 20,3% de las mujeres y solo el 1,3% de los hombres, reflejando una grave inequidad en la forma en que asumen el proceso de gestación y crianza de los hijos o hijas.

Por otro lado, solamente un 16,2% de jóvenes pertenecientes a pueblos originarios logra un nivel de estudios universitarios, inferior al 22,65% de la población no perteneciente a pueblos indígenas.

III. Trabajo

Según la Vª Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud 2006, el porcentaje de jóvenes entre 15 y 29 años que sólo trabajan llega al 28%, mientras un 6,5% desarrolla conjuntamente estudio y trabajo. Los que sólo estudian son el 31,4%.

Esta situación muestra un cambio respecto a la encuesta anterior, en que identificaba al 46,7% de los jóvenes como trabajadores.

Según esta misma encuesta del 2006, el 34,5% de los jóvenes se encuentra trabajando y el desempleo los afecta más que a otros grupos etarios, alcanzando a casi la quinta parte del grupo 19 a 24 años. En términos generales, el desempleo juvenil triplica la cifra de desocupación general.

A su vez, estudios de SENAME relativos a trabajo infantil (2003) señalan que 31.587 adolescentes entre 12 y 14 años desarrollan trabajos considerados como inaceptables, según los compromisos internacionales suscritos por Chile y la propia legislación chilena. Muchos de ellos, sobre 7.800, desarrollan trabajos nocturnos, entre los que se sitúan las peores formas de trabajo infantil y adolescente.

La cifra de adolescentes entre 15 y 17 años que desarrollan trabajo inaceptable, según el mismo estudio, alcanza al 4,9% de la población de esas edades: 39.547 jóvenes, de las que 10.211 son mujeres. Esta cifra es más alta en población rural.

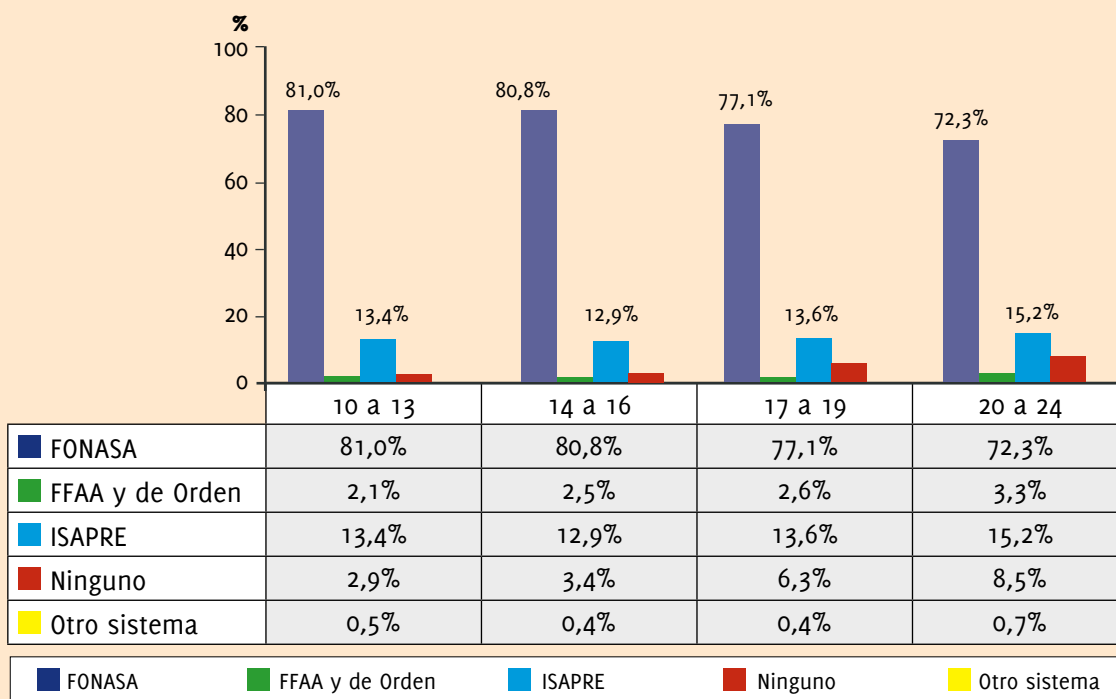
La cifra de adolescentes entre 15 y 18 años que desarrollan las peores formas de trabajo, a mayo del año 2004, alcanzaba a 715 casos en el país. Más de la mitad de ellos no asiste al colegio, un 38,2% trabajan en condiciones peligrosas y un 25,2% ejecuta trabajos peligrosos por naturaleza. El 22,9% se sitúa en explotación sexual comercial infantil y adolescente (ESCIA) siendo más frecuente entre mujeres, en tanto un 9,7% desarrolla actividades ilícitas, como producción y tráfico de drogas.

IV. Situación Previsional

La Vª Encuesta Nacional de Juventud 2006 señala que los jóvenes se encuentran mayoritariamente adscritos a FONASA (61,9%), en una proporción algo menor que la población general, en tanto un 14,2% no tiene previsión alguna, una proporción mayor que en la población general. La pertenencia a Isapres aumenta según el nivel de escolaridad y NSE, siendo -además- mayor entre los hombres, en tanto que las mujeres están más adscritas a FONASA.

La cobertura alcanzada entre Fonasa e Isapres llega en conjunto a un 79% de la población adolescente y joven, pero sigue siendo un problema para los y las adolescentes que desean resguardo de su privacidad y no poseen acreditación previsional y que deben recurrir a sus padres para acceder a la atención en los centros de salud públicos o privados.

Sistema previsional de salud, CASEN 2006



La información aportada por la CASEN 2006 es concordante con la del estudio de INJUV: del cuadro anterior se puede apreciar la mayoritaria adscripción a FONASA, a la vez el aumento del grupo sin cobertura previsional, que alcanza a 8,5% en el tramo de 20 a 24 años.

V. Legislación y Justicia

La situación de los jóvenes y en particular de los adolescentes se ha visto impactada por cambios recientes a la legislación. La Reforma Procesal Penal dio origen a las Oficinas de Protección de Derechos de Infancia y Adolescencia, OPD, en un trabajo conjunto de SENAME y municipios, las que buscan desjudicializar los procedimientos que involucran a menores y procuran evitar la institucionalización de estos. El trabajo conjunto con las OPD es una oportunidad para la promoción de derechos, a la vez que genera al sector salud la obligación de una respuesta oportuna y de calidad para los niño/as y adolescentes que están siendo o han sido vulnerados.

En forma paralela, la nueva legislación que 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 ha generado un conflicto entre esta ley y el interés de proveer servicios de salud sexual y reproductiva a las y los adolescentes. Por otra parte, la dictación de la Ley de Responsabilidad Penal para adolescentes junto a los problemas detectados en su implementación, han agregado nuevos elementos a ser tomados en cuenta, al redefinir la edad en que los adolescentes son considerados responsables de sus actos.

VI. Género

El concepto “sexo” corresponde a una categoría biológica, concerniente a la participación en el proceso reproductivo como hombres o mujeres. Desde la salud es posible apreciar especificidades biológicas que obligan a examinar aspectos protectores o riesgos asociados a cada sexo. La “sexualidad”, en tanto, define la forma de posicionarse en el mundo como un ser sexuado, condición irrenunciable y propia de los seres humanos.

Por su parte el concepto género alude a la construcción social que la cultura, en base a las diferencias biológicas, adscribe a los hombres a ser masculinos y a las mujeres a ser femeninas, a través del proceso de socialización. Existen marcadas diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, lo que incide en riesgos de morbimortalidad específicos para cada cual y en la interacción entre los géneros, estableciéndose diversas relaciones de poder. Esto genera diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamiento, lo que lleva a diferencias en el estado de salud de unos y otras, apreciables a través de la expectativa de vida y el perfil epidemiológico.

Los estereotipos y relaciones de género aun vigentes en el país no solo generan diferencias, sino también inequidades, es decir diferencias innecesarias, injustas y corregibles entre mujeres y hombres. Uno de los ámbitos de inequidad de género en la población adolescente y joven es la que se da en la sexualidad y reproducción. Las mujeres tienen escasa capacidad de negociar el uso de condón en la relación sexual y sin embargo, deben asumir plenamente las consecuencias de un embarazo no deseado y a una edad en la que normalmente no se está preparada para hacerse cargo de un hijo o hija, con el impacto que esto tiene en su educación y proyecto de vida. Otro ámbito es el de la violencia de pareja, en que las adolescentes mujeres son mayoritariamente las víctimas.

Los hombres, en cambio, por el estereotipo de masculinidad vigente, tienen más conductas que los exponen a accidentes y violencias y menos conductas de auto cuidado.

C. Condicionantes de Vida de Adolescentes y Jóvenes

I. Familia

La familia es la institución más confiable para los jóvenes: un 93,1% ve en ella un espacio de total o bastante confianza, según datos de la Vª Encuesta Nacional de Juventud, 2006, ya citada.

Según dicha encuesta, los jóvenes mayoritariamente viven con uno o ambos padres (65,1%), aunque más de un 25% no vive con ellos. Un 74,6% de los que viven en casas de sus padres, las van abandonando a medida que aumentan en edad. Son mayoritariamente dependientes de los ingresos de otras personas, incluso la

tercera parte de quienes han dejado la casa de sus padres y viven solos, siguen siendo económicamente dependientes de sus padres. El grupo que muestra menor autonomía económica es el que vive en residencias estudiantiles, donde la dependencia alcanza al 67,2%.

Según el Censo 2002, los hogares con jefe en edad comprendida como joven (de 15 a 29 años) corresponden al 10,4% de estos, lo que representa una reducción respecto al Censo anterior (1992), en que los jóvenes jefes de hogar representaban el 16,5%. También se ha producido una modificación en la jefatura de hogar femenina, que en el periodo intercensal subió desde 17,7% a 28,6% en el tramo de 15 a 29 años (INE, 2003, Análisis Intercensal en Jóvenes, 1992 - 2002).

Los datos de la Casen 2006 evidencian que el 7% de las personas de 17 a 19 años y un 21% de los de 20 a 24 años son jefes de hogar.

Respecto al estado civil, la Vª Encuesta del INJUV 2006 (considera el tramo etario entre 15 y 29 años) muestra un descenso de la cifra de casados y un aumento de los jóvenes que se declaran solteros, los que constituyen el 88,4%. Un 40,5% declara “estar solo”, sin pareja. Las uniones consensuales o “convivencias” llegan a un 18,3%, superando a los casados, que representan el 7,5%.

La nupcialidad es baja entre los jóvenes menores de 20 años, solo un 1,7% de los varones son casados, cifra que sube a 7,1% en las mujeres de ese tramo etario. En el tramo siguiente, de 20 a 24 años, estas cifras son 18,3% y 26,3%, respectivamente. (INE, 2004)

El 63,3% de los jóvenes declara no tener hijos, en tanto el 36,7% restante tiene uno o más hijos (Vª ENJ, 2006). Cabe destacar que la paternidad puede estar subrepresentada, al existir hombres que no asumen su condición de padres, lo que se presenta en relación inversa al nivel socioeconómico.

Según la citada Vª Encuesta INJUV, “en general, las y los jóvenes (entre 15 y 29 años) que ya han tenido su primer hijo, lo han concebido con una pareja de su misma edad”.

Estudios del Instituto Nacional de Estadísticas señalan que la paternidad adolescente reconocida o asumida, ha ido en aumento, hasta llegar a constituir un tercio de la cifra de maternidad adolescente, un 32,2%, el año 2003, con una cifra absoluta de 11.207 padres menores de 20 años. En 1990 dicho porcentaje era de un 24,2% (Fecundidad en Chile, INE, 2006).

II. Participación

Uno de los grandes mitos respecto a los jóvenes es su escasa o nula participación en la vida social, cultural y política chilena. Si bien esta afirmación puede ser válida respecto a la “política”, sobre la que los jóvenes expresan mayoritario rechazo, no lo es respecto a otras expresiones de asociatividad, formal o informal.

La Vª Encuesta INJUV señala que “un porcentaje considerable de las y los jóvenes se interesa por participar o efectivamente participa en organizaciones sociales, particularmente relacionadas al voluntariado, los deportes, la religión, la defensa de ideales y los movimientos culturales”.

La asociatividad juvenil adquiere formas que difieren de la adulta, recurriendo a espacios de encuentro virtuales a través de la tecnología de la información y comunicación (TICs) o grupos de interés que no se institucionalizan, manteniendo la libertad de ingreso o salida de acuerdo a los procesos que viven sus integrantes. Debe destacarse que se trata de jóvenes que acceden y utilizan mecanismos avanzados de comunicación, al alcance de cualquier nivel socioeconómico, al que solo se restan los autoexcluidos y grupos de extrema pobreza, pero mayoritariamente son una generación muchos más interconectada y participativa que la adulta.

La gran diferencia puesta de manifiesto en la Vª Encuesta Nacional de la Juventud a considerar son las diferencias en los niveles de participación según el nivel socioeconómico: los jóvenes de mayor nivel socioeconómico se asocian más, participan más en el sistema político, valoran más la democracia y tienen más confianza en las instituciones.

El acceso a computador e Internet a diario es referido por el 51,6% de los jóvenes entre 15 a 19 años, el que sube a 53% en el tramo 20 a 24 años. La cifra decrece según nivel socioeconómico, pero mantiene tasas de uso superiores al 27% en el tramo D. En forma complementaria el uso de telefonía celular tiene una penetración a nivel nacional sobre el 90%, siendo entre los jóvenes el sistema de mensajería instantánea el más usado para mantenerse comunicados entre sí.

Son estas diversas formas de comunicación y asociatividad las que definen nuevos escenarios a considerar al momento de redefinir esta política nacional.

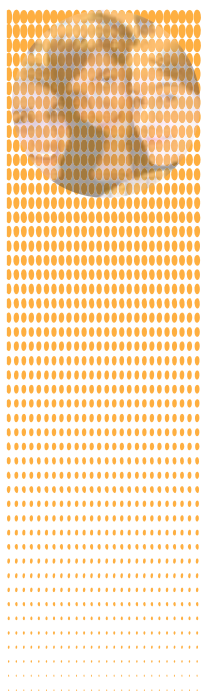
III. Tiempo libre y recreación

El uso del tiempo libre tiene particular relevancia en el grupo de adolescentes y jóvenes, tanto como práctica de socialización como por la adquisición de hábitos o costumbres que repercutirán en su salud futura.

El “hacer deportes” es señalado en la Vª ENJ por el 45,3%, cifra que decae a medida que avanza la edad y aumentan las prácticas que podemos definir como “sedentarias” (escuchar música, videojuegos, ver televisión) lo que concuerda con otros estudios como la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (MINSAL, 2006).

Esta descripción atraviesa por igual a todos los niveles socioeconómicos, aunque los grupos más favorecidos disponen de mayores opciones de uso del tiempo libre, lo que genera mayor diversidad y uso de fuentes de información que contribuyen a ampliar su repertorio cultural, lo que no ocurre entre los sectores de menor nivel.

Es así como en la Vª Encuesta INJUV el acceso a bienes culturales refleja este patrón de desigualdad. Ejemplo, 72.2% de jóvenes del NSE ABC₁ van al cine habitualmente frente a un 18.5% de los de NSE E; la relación es de 2 a 1 en el juego con computador; sin embargo la diferencia es sólo de 1.5 a 1 en lectura de libros, así como la participación de actividades artísticas, lo que pone de manifiesto la necesidad de estimular ambas áreas de desarrollo.



Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes chilenos



La mortalidad y la morbilidad de los adolescentes y jóvenes se caracteriza por ser mayoritariamente secundaria a causas prevenibles.

Si bien el riesgo de muerte o enfermedad es notablemente menor al de la población general, la susceptibilidad de sus causas a las intervenciones por parte de agentes de salud convierte esta etapa del ciclo vital en una prioridad para intervenciones destinadas a disminuir la vulnerabilidad sanitaria.

A. Mortalidad

La tasa de mortalidad general en adolescentes hombres de 10 a 19 años en el año 2005 fue de 5,6 por 10.000 habitantes de la misma edad y sexo y de 3,0 en las adolescentes mujeres. En el grupo de jóvenes, la tasa de mortalidad es de 11,9 en hombre y de 3,3 en mujeres.

La principal causa de muerte durante esta etapa la constituyen las muertes por causa externa, las que sumadas a los tumores malignos, dan cuenta de más de dos tercios de los fallecimientos.

Los accidentes son la principal causa de muerte. La violencia es responsable de 3 de cada 10 muertes en adolescentes y jóvenes de sexo masculino.

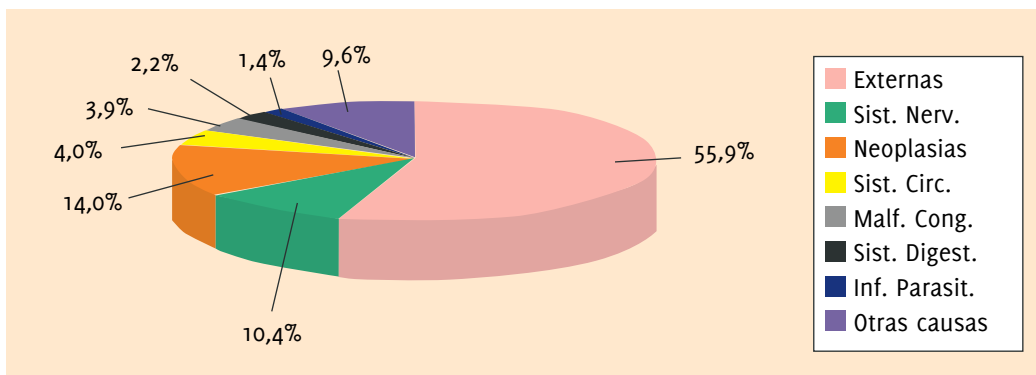
La razón entre la mortalidad de los hombres/mujeres es de 1,2 en la población general, siendo de 2 a 3 entre los grupos de 10 -24 años.

Tasa Mortalidad Población General y Adolescente Chile 2005

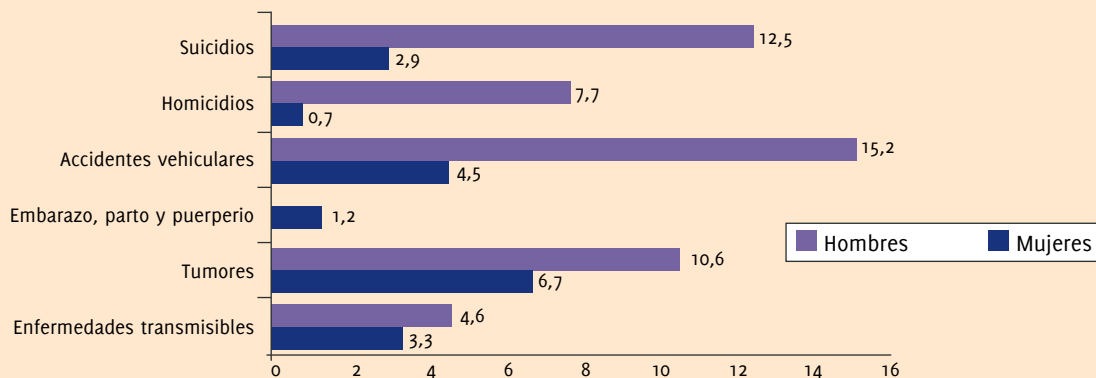
Edad	Tasa	
	Hombres	Mujeres
10 - 13 años	0,34	0,28
14 - 16 años	0,48	0,28
16 - 19 años	0,94	0,34
20 - 24 años	1,19	0,33
General	5,76	4,84

Fuente: Elaboración propia, datos DEIS MINSAL

Causas de mortalidad adolescentes 10 a 19 años Chile 2004



TASA DE MORTALIDAD JUVENIL (15-24 años) EN CHILE, POR CAUSAS Y SEXO (CEPAL-OIJ (2004) Juventud Iberoamericana: tendencias y urgencias. Santiago)



	Enfermedades transmisibles	Tumores	Embarazo, parto y puerperio	Accidentes vehiculares	Homicidios	Suicidios
Hombres	4,6	10,6		15,2	7,7	12,5
Mujeres	3,3	6,7	1,2	4,5	0,7	2,9

B. Morbilidad

La situación de salud de adolescentes y jóvenes se ve subvalorada ante la idea de que constituyen el grupo que presenta menos problemas o – por el contrario – se sobreestiman en algunas condiciones, lo que contribuye a deformar la apreciación del nivel de salud en la medida en que se relevan los aspectos que generan más impacto social. Los diagnósticos de salud de adolescentes y jóvenes disponibles han sido efectuados a partir del daño, expresado en factores de riesgo, no existiendo suficientes estudios sobre los factores que resultan protectores sobre su estado de salud.

Por otro lado, los perfiles de morbilidad cambian dependiendo del equipo que desarrolle las intervenciones en este grupo poblacional. Los equipos con formación en adolescencia obtienen perfiles distintos a los equipos de morbilidad general no capacitados en adolescencia, lo que impone un mayor desafío al sistema sanitario.

A continuación se presenta un análisis de salud de adolescente y jóvenes en Chile, separado en las siguientes categorías:

- **Salud integral**
- **Salud sexual y reproductiva**
- **Salud mental**
- **Salud nutricional**
- **Salud oral.**

• **Salud Integral**

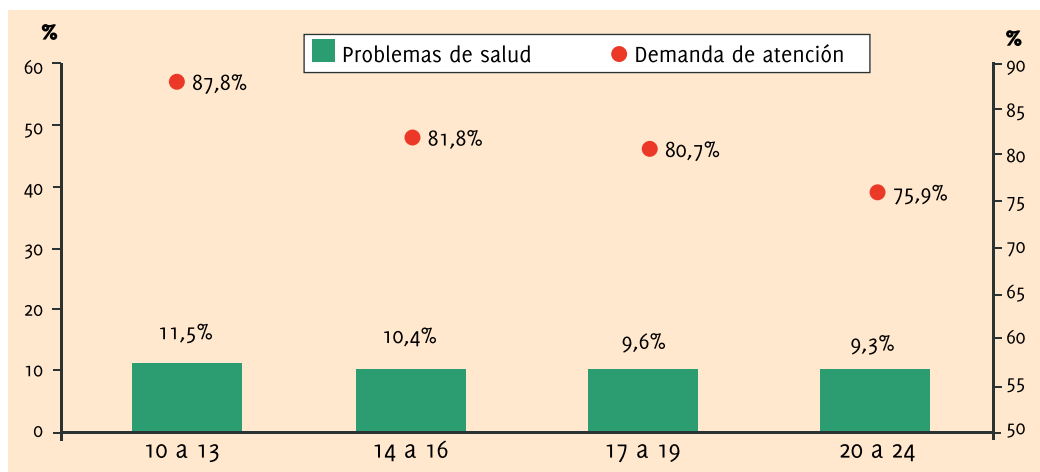
I. Acceso a Servicios de Salud

La necesidad percibida de atención de salud baja desde un 11% a un 9% conforme aumenta la edad en el tramo etario de 10 a 24 años; sin embargo la expresión de demanda cae en más de 10 puntos (87,8% en el grupo de 10 a 13 años a 75,9% en el grupo 20 a 24 años) a medida que sube la edad, dando cuenta de un fenómeno de autocontención de dicha demanda, que se vincularía a las dificultades de acceso que afectan a los jóvenes. Esta situación se afirma más aun al observar que el grupo etario que menos consulta por medicina general en los servicios públicos es el tramo 20 a 24 años (solo un 47,8%, en tanto entre los otros grupos oscila entre 53,9% y 74%). Una situación análoga se observa en las consultas por Salud Mental. A su vez, los grupos de jóvenes de 17 a 19 años y de 20 a 24 años son los que menos concurren a consultas de especialidad en el sector público, con porcentajes de 31,4% (17 a 19 años) y 32,2% (20 a 24 años). Sobre el 60% de esta demanda en estos grupos es satisfecha a través de consultas privadas (CASEN 2006).

Durante el año 2007 se registran 166.350 egresos hospitalarios en el grupo de adolescentes (15 a 19 años) según los registros del Ministerio de Salud (DEIS, 2008), la mitad de ellos corresponden a causas obstétricas (50.328), grupo que es seguido por “Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas”, que registra 22.073 egresos. Este grupo comprende lesiones auto inflingidas y las resultantes de accidentes.

Según la CASEN 2006 la media de días cama asciende a 4,5 en el grupo de 10 a 24 años, inferior a la cifra nacional que alcanza a 5,5 días, en todas las edades. Más del 70% de dichas hospitalizaciones tuvo lugar en un establecimiento de la red pública.

Problemas de salud y demanda de atención según edad, CASEN 2006



II. Enfermedades crónicas y discapacidad

La prevalencia de enfermedades crónicas ha sufrido modificaciones en los últimos años, surgiendo nuevas patologías en la medida que las anteriores, como las enfermedades carenciales, las patologías neonatales o las secuelas de enfermedades transmisibles, han ido siendo superadas, aumentando la sobrevivencia. Entre estas patologías crónicas “nuevas” destacan las enfermedades respiratorias, con una prevalencia de 7,11% entre los jóvenes de 10 a 19 años, cifra superior al 4,35% que se aprecia en la población total. Destaca también la alta prevalencia de la obesidad y su incidencia en el alto riesgo cardiovascular, que será desarrollado en el acápite de salud nutricional.

Al año 2007, en los servicios de salud del país, un total de 4.237 adolescentes entre 10 y 19 años se encontraban en control de patología crónica cardiovascular, representando un 2,75% del total de pacientes con hipertensión, diabetes mellitus y/o dislipidemia. Esta cifra es más alta en mujeres que hombres, las que representan el 54% de la población adolescente en control. Respecto a control de epilepsia, las y los adolescentes entre 10 y 19 años suman 5.281 pacientes, el 15,68% de la población en control. A su vez, el asma bronquial afecta a 17.218 jóvenes en este tramo etario, representando el 20,05% del grupo en control por esta patología en todo el país durante el año 2007. (DEIS MINSAL, 2008)

Quisiéramos destacar que durante el año 2007 los servicios públicos de salud registraron la existencia de 976 adolescentes postrados, el 53,58% de ellos en condición severa. (DEIS MINSAL, 2008).

Respecto a discapacidad, según el último Censo (2002) alrededor de 30.000 adolescentes y jóvenes refieren algún tipo, siendo esta cifra mayor en hombres que en mujeres. A su vez, la primera Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL-INE 2000) sitúa en un 11% a los adolescentes y jóvenes que presentan al menos una discapacidad.

Queda de manifiesto que tenemos el desafío de satisfacer las necesidades de atención específicas de este grupo poblacional, de manera de otorgar una atención integrada e integral, oportuna y coordinada en los distintos niveles de atención, así como en sus procesos de traspaso de la medicina pediátrica a la medicina del adulto.

• Salud Sexual y Reproductiva

La Salud Sexual y Reproductiva, SSR, constituye el aspecto más estudiado de este grupo de población, generalmente a partir de la representación de daño que hace la población adulta.

I. Inicio Sexual

Los diagnósticos sobre inicio de la vida sexual en población adolescente han sido objeto de intenso debate en los últimos años, tanto por aspectos metodológicos, como por las posibles interpretaciones que se puedan dar al resultado. Muchos de los estudios a los que se recurre son incompletos o adolecen fallas en el sistema de entrevistas que hacen dudar el resultado, a la vez que su validez es limitada y sus conclusiones no permiten interpretaciones que abarquen a toda la población. (Valdés, Guajardo, 2007). Por otra parte, estudios de metodología rigurosa como los de CONASIDA e INJUV no permiten determinar si el adelanto o retraso en el inicio sexual tenga alguna ventaja o riesgo para la población. A lo anterior se debe agregar la dificultad para definir el inicio de la vida sexual, el que ha estado reducido a la práctica penetrativa vaginal heterosexual, situación que solo viene a corregirse en la última Encuesta Nacional de Juventud.

Considerando lo anterior, el debut sexual se sitúa con pocas variaciones alrededor de los 17 años para prácticas penetrativas, siendo un tanto menor en varones que en mujeres. Si bien es posible apreciar en relación a estudios anteriores un posible adelantamiento del inicio sexual en mujeres, más parece ser consecuencia de un *sinceramiento* del dato que de una efectiva precocidad (CONASIDA 1998). Un estudio realizado por la Fundación Futuro (2006) señala que tanto hombres como mujeres coinciden en la edad de inicio de la vida sexual, situándola “entre los 15 y 18 años”.

Fuente	Año	Inicio Varones	Inicio Mujeres
CONASIDA	1998	16,7	18,0
INJUV	2006	16,96	17,86

El inicio sexual muestra diferencias según los niveles educacionales o socioeconómicos a los que se pertenece, siendo posible apreciar mayor precocidad asociada a baja escolaridad o pobreza (CONASIDA, 1998, INJUV, 2006).

Se ha podido observar un cambio en las motivaciones a la práctica sexual, asociándola muchas veces a razones no afectivas y como consecuencia de historias de abuso sexual durante la infancia. El inicio precoz (concepto referido a inicio antes de dos años después de la menarquia entre las mujeres y la primera polución en los varones, generalmente en menores de 15 años) se asociaría con alta inestabilidad y rotación de parejas sexuales, conllevando un mayor riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (EMSE, 2004).

II. Aspectos reproductivos

La Tasa de Fecundidad Específica en población femenina de las menores de 20 años ha venido experimentando una reducción en los últimos 30 años, en un ritmo menor a la Tasa de Fecundidad General, alcanzando al año 2005 la cifra de 50,13 nacidos vivos hijos de madres menores de 20 años, ello lleva a que la importancia relativa (aporte a la fecundidad general), de este grupo sea mayor.

La cifra de nacimientos aumenta a medida que aumenta la edad, siendo significativamente mayor en aquellas mujeres que superan los 20 años.

La maternidad precoz, de mujeres menores de 15 años al momento del parto, no se ha modificado. No logra iniciar una tendencia a la reducción como en las mayores de 15 años, marcando una importante diferencia entre ambos grupos.

No hay estudios dedicados sobre aborto en este grupo etario. Estudios sobre cultura juvenil muestran un rechazo mayoritario al aborto provocado. No se registran muertes por aborto en este grupo poblacional, lo cual nos impone un desafío por determinar si esto se debe a subregistro ante la penalización de las mujeres que realizan estas prácticas en nuestro país, o efectivamente no se realizan abortos provocados en este grupo poblacional.

III. Paternidad y masculinidad

Los procesos de reforma a la salud en Chile han incorporado al padre al proceso reproductivo (asistencia al parto), con notables resultados, pero en una medida aún insuficiente. La provisión de servicios está orientada a usuarias mujeres, en el marco del programa de salud que lleva ese nombre, lo que lleva a aumentar la carga de los procesos de gestación en las mujeres. En el último tiempo ha tenido expresión la demanda de los varones por participar en el proceso de gestación, lo que genera nuevas necesidades de servicios a la vez que provee una oportunidad de acercarlos a las acciones sanitarias preventivas, en especial en el campo de las infecciones de transmisión sexual. La alta prevalencia de algunas ITS en población joven debe encontrar una vía de abordaje a través de una oferta de servicios de SSR que comprenda tanto a mujeres como a hombres.

La Vª ENJ aporta a su vez datos importantes relativos a la edad de los padres en los procesos de gestación adolescente, señalando que crecientemente son cercanos

a la edad de la madre, lo que hace necesario relevar el tema de la paternidad adolescente y sus consecuencias.

IV. Regulación de la Fertilidad

La implementación de la nueva Norma sobre Regulación de la Fertilidad no hace distinciones de edad entre usuarios o usuarias, abriendo la posibilidad a toda mujer u hombre que lo requiera de acceder a un método de regulación de su fertilidad. La Vª ENJ señala, en la población de 15 a 29 años, que menos de la mitad de los jóvenes usa algún método anticonceptivo (MAC) en la primera relación sexual, situación que cambia progresivamente hasta alcanzar una cifra que se eleva por sobre el 70% al consultar por su uso en la última relación.

Distinto es lo que sucede en los adolescentes menores de 15 años, donde no tenemos estudios acabados que nos muestren su comportamiento en este ámbito. La Encuesta Mundial de Salud en Escolares Chile 2004, efectuada a estudiantes entre 13 y 15 años, de 100 colegios, en 4 regiones del país (I, V, VIII y RM), mostró que entre el 14% (I región) y el 17% (R.M.) de los alumnos encuestados han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre el 7 a 12% de los hombres refieren haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 13 años, en una proporción superior a las niñas, que es de 1 a 3%. En todas las regiones, el porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual no excede el 7%.

Un estudio con metodología cualitativa encargada por este Programa Nacional señala que “No es la sexualidad en sí misma la que les complica a los/as adolescentes, que en general manifiestan apertura frente al tema y la necesidad de contar con redes para resolver dudas. La dificultad radica en el temor a ser juzgados por los adultos o a ser considerados demasiados chicos/as para tocar ciertos temas o vivir ciertas situaciones. Ante esta perspectiva, los/as adolescentes optan por abstenerse de recurrir al adulto, y a los servicios ofertados por los adultos”. “Si bien tienen conocimiento de que la entrega de método anticonceptivo e información existe en los consultorios, no acuden a ellos por dos motivos: dudan sobre la confidencialidad y la idea sobre la mala calidad de los condones y pastillas anticonceptivas”. “La asistencia al consultorio para temas de SSR es prácticamente nula entre los y las adolescentes y jóvenes consultados en todas las regiones”. (Dides, Benavente y otros, FLACSO, 2007)

Al año 2007 se registraban 3.626 menores de 15 años y 133.580 adolescentes entre 15 y 19 años como usuarias de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud, según datos del DEIS - MINSAL año 2008.

V. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA

Los jóvenes presentan una alta prevalencia de Virus Papiloma Humano, VPH (30,9%), en los Centros Centinela del Ministerio de Salud, lo que a futuro les puede causar cáncer de cuello de útero. Esta cifra va aparejada a la prevalencia de las ITS tradicionales y a un cambio en el perfil de la transmisión del VIH, el que a las características de feminización y pauperización agrega su desplazamiento a grupos de población joven. Si bien los adolescentes no mueren de SIDA, un alto porcentaje de los enfermos o portadores adquirió el HIV durante su adolescencia y/o juventud.

No se cuenta con estudios nacionales de ITS en población general de adolescentes y jóvenes, sólo está normada la pesquisa en caso de embarazo y controles ginecológicos y de anticonceptivos, limitado a algunos agentes patógenos, como sífilis y VIH, este último en forma voluntaria.

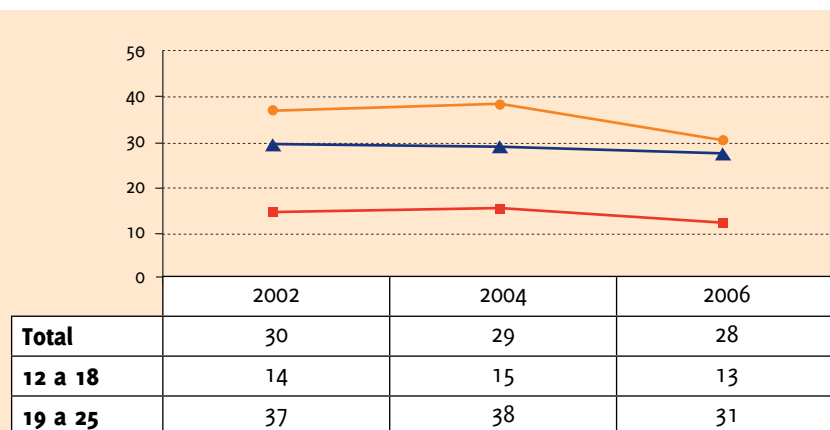
• Salud Mental

Con el objeto de evaluar la situación de salud mental entre los y las adolescentes y jóvenes se abordará en relación a las consultas vinculadas a consumo de alcohol y drogas, violencia, depresión, suicidios y trastornos del hábito del comer. A esto se suman otras problemáticas de alta relevancia, como son los problemas conductuales en el ámbito educacional, los trastornos del aprendizaje, las situaciones que afectan al entorno familiar como la violencia de género, maltrato intrafamiliar y la vinculación entre salud mental y accidentes.

I. Consumo de tabaco, alcohol y drogas

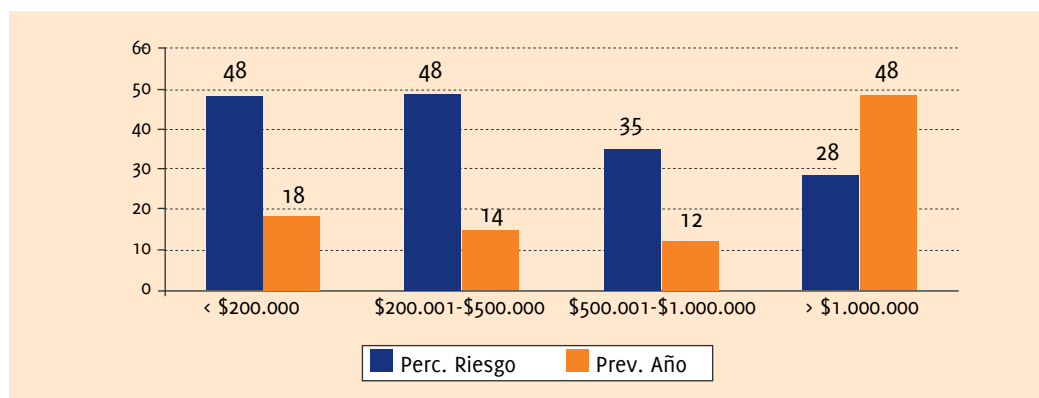
Según el 7mo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, CONACE 2007, el uso de tabaco y alcohol aparecen estables. Las declaraciones de uso diario de cigarrillos (20 o más días en el último mes) varían de 29% a 28% en el último bienio, una variación que no es estadísticamente significativa y que no debe interpretarse aún como un descenso. Con todo, debe hacerse notar la caída de 7 puntos porcentuales en el uso diario de tabaco en jóvenes, de 38% a 31% y la estabilización en el caso de los adolescentes, con tasas de 13% en el último estudio. Se espera que en los próximos estudios se pueda apreciar en su verdadera magnitud el impacto a la entrada en vigencia de la Nueva ley anti tabaco de Chile.

Tendencia de la prevalencia diaria de uso de tabaco, en adolescentes, jóvenes y en total



En relación al consumo de marihuana, el 7mo Estudio CONACE pone de manifiesto que baja la percepción de riesgo entre los jóvenes, especialmente entre los de NSE medio, medio alto y en la población de universitarios, lo que determina un alza del consumo de marihuana en este grupo poblacional, tal como se presenta en la siguiente tabla:

Prevalencia de último año y percepción de riesgos en el uso frecuente de marihuana (una o dos veces por semana), por nivel de ingreso económico familiar, en jóvenes de 19 a 25 años



El consumo de drogas “duras” se ha mantenido estable en el tiempo y se distribuye por parejo entre los distintos NSE, los que se diferencian, según CONACE, en la calidad de la droga a la que acceden, siendo las de mayor refinamiento consumidas en los estratos altos. En población escolar los mayores niveles de consumo de drogas duras se encuentran entre estudiantes de establecimientos municipales.

Prevalencia de consumo en escolares 8º básico a 4º medio (historia de vida)

Sustancia	2001	2003	2005
Tabaco	77,5	75,4	70,0
Alcohol	77,7	79,2	73,4
Marihuana	23,9	22,1	19,9
Cocaína Total	7,4	7,4	6,7

Fuente: CONACE 6º Estudio Nacional Escolares

Las consecuencias que determina el consumo de sustancias en este grupo poblacional lo podemos apreciar en la siguiente tabla:

Declaraciones de trastornos asociados al uso de Alcohol y Drogas en último año

		Total	Marihuana	Cocaína
Detención por consumo	Total	2,9	17,6	24,1
	12-18 años	1,6	16,5	41,5
	19-25 años	3,8	21,6	41,5
Detención por porte	Total	0,2	1,3	2,5
	12-18 años	0,1	1,1	1,7
	19-25 años	0,4	1,7	4,0
Despido o abandono de estudios	Total	0,4	2,2	6,7
	12-18 años	0,2	2,6	13,0
	19-25 años	0,4	1,4	3,0
Atención de urgencia	Total	0,9	3,4	8,8
	12-18 años	0,3	2,4	14,3
	19-25 años	0,4	1,7	8,6
Accidente de tránsito, laboral o doméstico	Total	1,0	7,0	5,0
	12-18 años	0,2	2,0	12,4
	19-25 años	2,7	11,3	3,7

II. Violencia

La situación de violencia intrafamiliar afecta a casi las 3/4 partes de adolescentes y jóvenes, siendo la cuarta parte de ellos y ellas víctimas de maltrato físico grave (UNICEF, 2006). Al analizar por niveles socioeconómicos, la violencia física se da más en los estratos bajos y la violencia psicológica se presenta con más fuerza en los NSE altos.

La situación de matonaje escolar ha ido representándose cada vez con más fuerza como un fenómeno sociocultural no deseado, lo que genera una mayor visibilidad. Las y los adolescentes víctimas de matonaje a través de medios virtuales, como son los blogs, son un fenómeno reciente dado lo nuevo del medio, pero no es posible afirmar que las situaciones de matonaje hayan aumentado ni en frecuencia ni gravedad, pues faltan estudios en este campo.

Por otra parte, las crisis de modelos, en especial de masculinidad, han generado una respuesta a través de la adopción de conductas violentas y/o prácticas riesgosas, algunas de ellas controladas - como los llamados “deportes extremos” - y otras, como el conducir vehículos a alta velocidad, que generan una elevación de la tasa de accidentabilidad entre adolescentes y jóvenes.

La violencia de género se inicia en las primeras relaciones de pareja, por lo que resulta relevante el diseñar modelos de intervención temprana. Los ciclos de violencia de

pareja siguen las mismas pautas que entre personas adultas, por lo que requieren un abordaje similar.

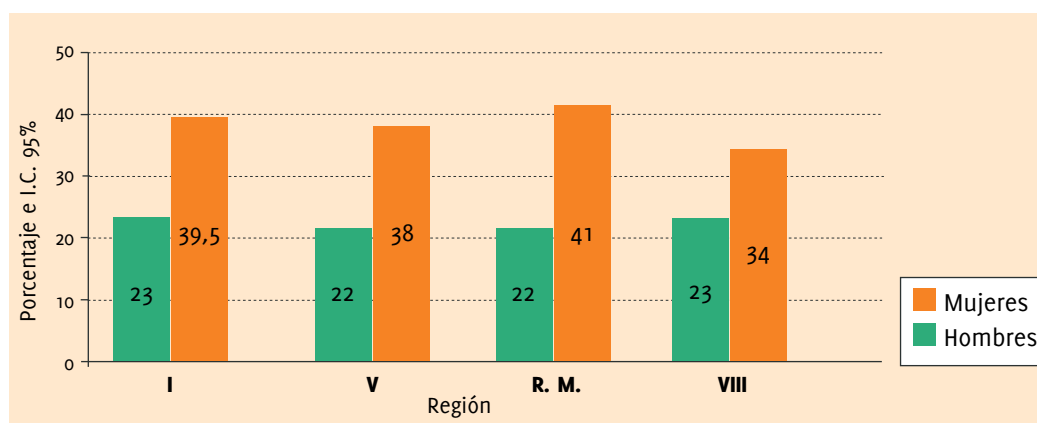
Los fenómenos sociales de pandillaje se encuentran dentro de un contexto de violencia diferente, asociado a la vida delictual más que como respuesta a la exclusión, esta última es enfrentada a través de formas de asociación informal como son las tribus urbanas, las que mayoritariamente no están vinculadas a prácticas violentas.

El año 2007, según datos del DEIS MINSAL, un total de 3.202 adolescentes entre 10 y 19 años recibieron atención por ser víctimas de violencia intrafamiliar, mayoritariamente mujeres, constituyendo $\frac{2}{3}$ del total de adolescentes vulnerados. Por abuso sexual recibieron atención ese mismo año un total de 806 adolescentes hombres y mujeres entre 10 y 19 años.

III. Depresión y suicidios

La depresión es una patología de salud mental que se encuentra presente en la población adolescente y joven. La Encuesta Mundial de Salud Escolar, que abarcó cuatro regiones del país, mostró una prevalencia sobre el 22% en varones y cercanas al 40% en mujeres, como muestra el siguiente gráfico:

Alumnos con síntomas depresivos en los últimos 12 meses, según sexo y región. Escolares 13 a 15 años

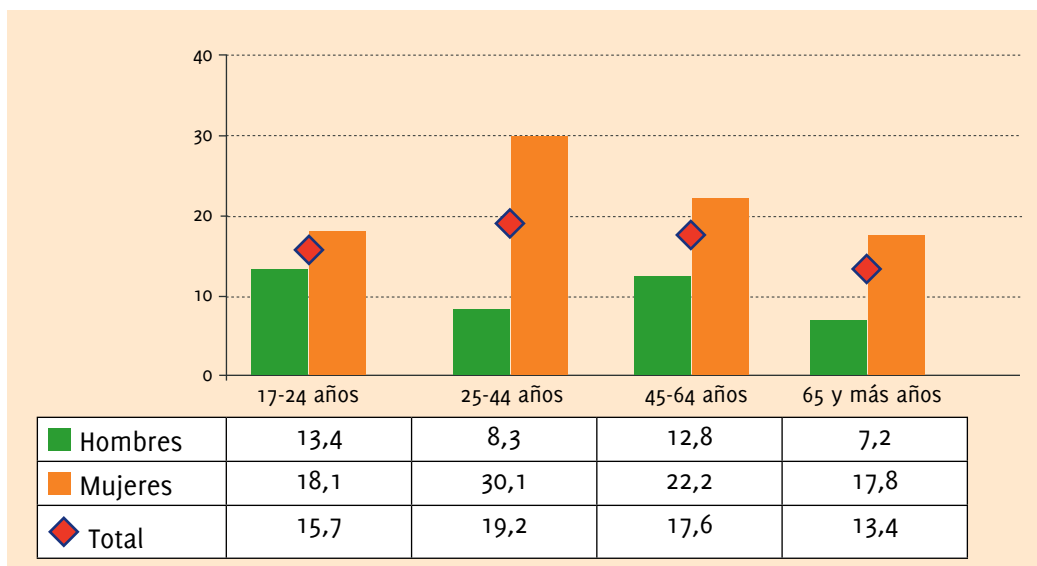


Fuente: Encuesta Mundial Salud Escolar. Ministerio de Salud. Chile 2004.

El estudio del Ministerio de Salud sobre Calidad de Vida sitúa en 15,7% la prevalencia de sintomatología depresiva en jóvenes entre 17 y 24 años, siendo también más alta en mujeres, donde llega al 18,1%. Esta cifra se ve elevada en los tramos etarios que le siguen: solo en los adultos mayores es más baja que entre los jóvenes. Entre los varones jóvenes alcanza la prevalencia más alta sobre cualquier grupo de edad.

La tasa de suicidio entre adolescentes y jóvenes en Chile es la más alta de Latinoamérica (10,5 en Chile, 4,8 en LA), ha ido en aumento en la última década (Romero, 2007) y tiene un peso más alto dentro de la mortalidad de este grupo que en la población general: 5% versus el 1,2% de la población total.

Síntomas Depresivos Último Año, por Grupos de Edad



Fuente: Encuesta nacional de Calidad de Vida, MINSAL, 2006

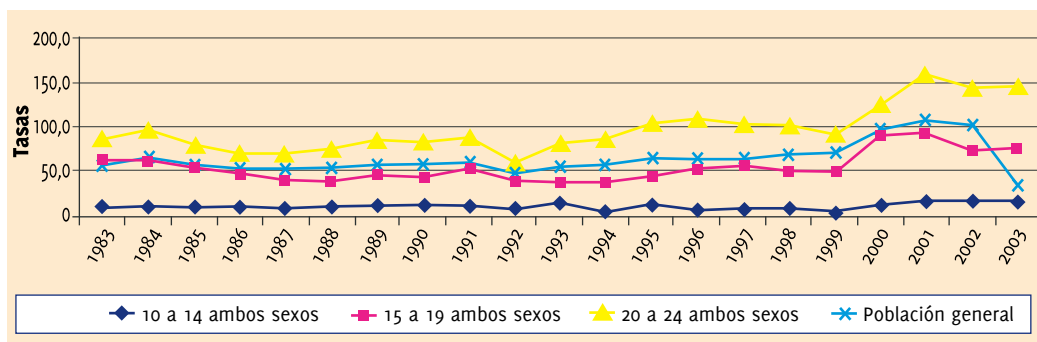
La Encuesta Mundial de Salud Escolar, en Chile, mostró una situación preocupante entre adolescentes menores de 16 años: sobre el 20% ha considerado el suicidio y más del 15% ha planificado hacerlo.

Los suicidios ocurren con más frecuencias en hombres (12,5 en el grupo de 15 a 24 años) que en mujeres (2,9 en el mismo grupo), aunque la relación de intentos de suicidio es inversa: más alta en mujeres.

La situación del suicidio ha sido estudiada también observando su comportamiento a través de los años, siendo posible apreciar que en el último tiempo tiende a aumentar en población adolescente y joven, como lo muestra el estudio "Epidemiología del Suicidio en Adolescentes" de la investigadora de la P. Universidad Católica de Chile, dra. María Inés Romero.

El siguiente gráfico resume en parte los resultados del estudio citado:

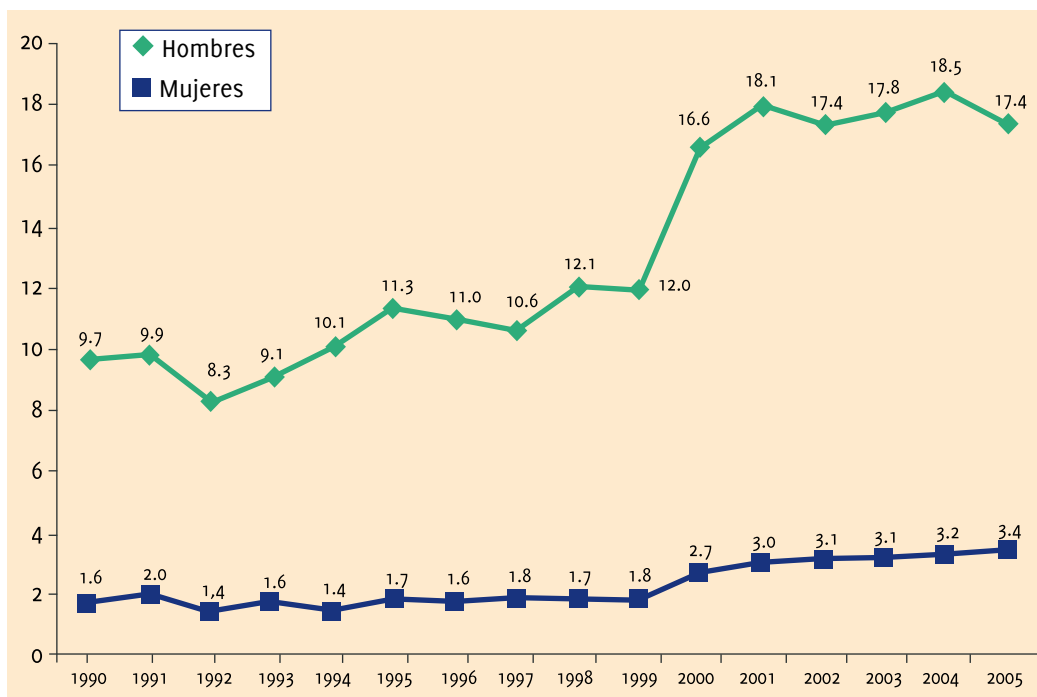
Mortalidad por suicidio en población general y en adolescentes, Chile, 1983 a 2003 (Tasa por 1.000.000)



Fuente: Epidemiología del suicidio en adolescentes. María Inés Romero, 2007, en prensa.

El año 1999 se introduce una nueva forma de registro de los casos de muerte por suicidio, por lo que el MINSAL realiza las correcciones metodológicas para evaluar el verdadero impacto de estas metodologías de registros en los datos de mortalidad por suicidio manifestada en el estudio anteriormente mencionado. La conclusión fue similar, si bien la intensidad fue distinta: el suicidio en la gente joven ha aumentado, lo que queda graficado en el siguiente gráfico:

Tendencia tasa de mortalidad por suicidio según sexo. Chile 1990 - 2005



IV. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sean estos inespecíficos, restrictivos o purgativos son un problema creciente pero del que no se poseen estudios de prevalencia nacional.

Durante el año 2007, según datos del Ministerio de Salud, el sector público prestó atención a 1.540 adolescentes entre 10 y 19 años por esta patología, lo que representó un 51% del total de las prestaciones por este trastorno. El porcentaje de varones llega al 19,09%.

Una investigación realizada por profesionales de la P. Universidad Católica de Chile (Correa, Zubarew, Silva y Romero, 2006) estimó el riesgo de prevalencia en la población estudiada - en este caso, adolescentes (11 a 19 años) mujeres escolares de la Región Metropolitana - en un 8,3%, siendo este más alto en los establecimientos de nivel socioeconómico bajo, donde asciende a 11,3%. A su vez, el grupo de edad donde se expresa el mayor riesgo de desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria es el de menor edad.

• Salud Nutricional

Tal como se ha mencionado en el párrafo anterior, la malnutrición por exceso ha pasado a ocupar un lugar importante en los problemas de salud que afectan a adolescentes y jóvenes.

El sedentarismo afecta al 82,2% de los jóvenes entre 17 y 24 años. Las cifras de sobrepeso son similares en todos los niveles educacionales (alrededor del 38%), en cambio la obesidad se manifiesta con más fuerza en la educación básica (31,1%), disminuyendo en la media (19,5%) y llegando a poco más de un 16% en la universitaria (Encuesta Nacional de Salud, 2006). El Síndrome Metabólico afecta a un 4,6% de la población entre 17 y 24 años, siendo más alto en hombres (5,4%) que en mujeres (3,8%).

Este conjunto de situaciones lleva a que los jóvenes entre 17 y 24 años considerados en riesgo cardiovascular alto y muy alto asciendan al 29,7% de este tramo etario (hombres: 33,9%, mujeres: 25,7%) (Encuesta Nacional de Salud, 2006)

La distribución de la malnutrición no es homogénea entre los niveles socioeconómicos, siendo un aspecto que afecta más a los sectores más pobres, como antes lo fuera la desnutrición, pasando a constituir otro factor de inequidad, como muestran los estudios de Calidad de Vida y Encuesta Nacional de Salud, del Ministerio.

• Salud Oral

La atención odontológica es una de las demandas más sentidas por adolescentes y jóvenes, según se expresa en los estudios de la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV). Si bien los programas promocionales y preventivos, como la fluoración del agua, los programas de altas integrales en escolares o la aplicación del sellante en el molar de seis años, han resultado en una mejora del índice COPD en población joven, lo que es una buena señal de la salud oral a futuro, sigue siendo una demanda la necesidad de ortodoncia y los problemas de la oclusión.

Los adolescentes que se encuentran en tratamiento corrector son un número mayor cada año, pero los altos costos de estos procedimientos y la escasa oferta desde el sector público son una grave inequidad que afecta a los más pobres, dañando su imagen corporal, deteriorando su autoestima y mermando sus posibilidades laborales: esta última situación ya fue diagnosticada y abordada en un programa dirigido a mujeres jefas de hogar llamado "Sonrisa de Mujer", con gran reconocimiento en la opinión pública.

Una segunda prioridad a abordar es la prevención y tratamiento de traumatismos dentoalveolares, los que tienden a aumentar como consecuencia de la mayor accidentabilidad que presenta este grupo. La oportunidad del servicio es un factor clave en la conservación de las piezas dentales, e incluso su relación costo/beneficio, al compararla con otras intervenciones posteriores.

Contexto de Políticas para Adolescencia y Juventud del Gobierno de Chile



Desde el año 1965, OMS expresó como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos respecto a este tema, ya que difieren en la fisiología y psicología de los niños y adultos.

El primer paradigma de atención de este grupo poblacional en Chile desde la estructura sanitaria fue durante muchos años considerarlos como la etapa del ciclo vital con los indicadores de morbimortalidad más bajos, de allí que no constituyeran tema de preocupación, quedando invisibilizados.

En la década de los años 80 aparecen las primeras publicaciones de indicadores de salud de este grupo poblacional en que empezaron a visualizar sus necesidades de salud a partir de los daños. El embarazo adolescente, el consumo de alcohol y drogas, así como la conducta violenta, entre otras, visibilizan a este grupo poblacional, pero desde el paradigma de la asistencialidad: la atención de los daños. Y en ese paradigma nos hemos encontrado hasta el día de hoy.

No se percibía la necesidad de invertir en salud de adolescentes y jóvenes desde la promoción y prevención, menos intencionando las oportunidades de crecimiento y desarrollo que les permitan adquirir las competencias y capacidades - tanto físicas, psíquicas como sociales - que les garanticen construirse en forma positiva.

El año 1994 se realiza el primer diagnóstico de salud de los adolescentes chilenos y el año 1995 se constituye el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. El año 1999 se publica el primer documento sobre Políticas Públicas en Salud de Adolescentes y Jóvenes, el cual nos invitaba a cambiar el paradigma asistencial, centrando nuestras acciones en las fortalezas, con enfoque holístico, integral y biopsicosocial.

Pasó una década para que las intervenciones hacia este grupo poblacional empezaran a adquirir cuerpo: es la primera mujer Presidenta de Chile, Dra. Michelle Bachelet Jeria, quien centra el quehacer de su gobierno en Equidad y Protección Social, visualizando las inequidades existentes en todo el ciclo vital. Por tal motivo, el año 2007 la Ministra de Salud, Dra. María Soledad Barría, convoca a concurso público el

cargo de Encargado/a Nacional del Programa de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile y se inicia un proceso de reestructuración de las Políticas y Programa de salud para este grupo poblacional.

La definición de políticas públicas desde el Estado de Chile en materias sectoriales de juventud se inicia en la década de los años 60. La aparición de “la juventud” como un grupo social con características definidas se hace más relevante, tanto desde el Gobierno –que en la llamada “Promoción Popular” fomenta la asociatividad juvenil– como en los movimientos universitarios y el Proceso de Reforma, en que se concede a los estudiantes participación en el gobierno universitario, culminando con el derecho a voto a partir de los 18 años, vigentes desde la elección municipal a inicios de los años 70.

Durante el período de quiebre institucional democrático se crea un organismo llamado “Secretaría Nacional de la Juventud”, el que es rechazado por los jóvenes y se limita a ser un organismo de propaganda, representando los intereses del gobierno militar y en ningún caso de los jóvenes, los que logran articular un movimiento estudiantil opositor, altamente participativo y decisorio en la lucha social que llevó al término de la dictadura.

El tema de la infancia y adolescencia ha sido relevado en la agenda pública social a partir de 1990, teniendo como marco de referencia los compromisos asumidos por Chile en la “Cumbre Mundial en favor de la Infancia” en 1990, y a partir de la suscripción de la Convención sobre los Derechos de los Niños (CDN), ratificada por nuestro país en ese mismo año.

El Gobierno de Patricio Aylwin crea el Instituto Nacional de la Juventud, como organismo encargado de la articulación de políticas públicas destinadas a jóvenes, rol que mantiene en la actualidad.

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

En su etapa inicial promueve la creación de Oficinas Municipales de la Juventud (OMJ) y las llamadas “casas de la juventud”, esfuerzo que fueron reemplazados por otras iniciativas, entre estas, los Infocentros Juveniles.

En los hechos, lo central de las políticas públicas en juventud del INJUV ha sido la consolidación institucional a partir del desarrollo sólido de estudios que entreguen diagnósticos actualizados de las diversas esferas de la situación de los y las jóvenes de 15 a 29 años con el objeto de tener bases serias a partir de las cuales elaborar políticas públicas desde el estado y el estimular algunas políticas sectoriales que den respuesta a temas que copan la agenda pública, principalmente los vinculados a sexualidad, consumo de sustancias adictivas y violencia juvenil.

La creación del CONACE ha significado un importante esfuerzo desde el Ministerio del Interior en la promoción de una juventud alejada de las drogas, dedicando una de sus áreas específicas de trabajo.

La violencia juvenil, analizada desde la perspectiva del delito, ha motivado la dictación de leyes de endurecimiento de penas, entre estas destacan la ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que rebaja la edad de imputabilidad y modifica el régimen de penas.

El Servicio Nacional de Menores, SENAME, es el organismo del Estado encargado de liderar, promover y fortalecer un Sistema Nacional de Protección de Derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados.

Debe destacarse la temática de la sexualidad juvenil, como la que más dedicación, gubernamental y social, ha requerido. Hitos destacados en la materia son la realización de las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad, Jocas, la dictación de una ley que modifica las sanciones por delitos sexuales con disminución de la edad de consentimiento voluntario para el inicio de la actividad sexual y la introducción de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad por el Ministerio de Salud, en la cual se ponen a disposición, de manera equitativa y procurando alcanzar a todos los miembros de la población, incluyendo a los y las adolescentes, todos los mecanismos técnicos en que la evidencia científica ha demostrado efectividad, salvo la anticoncepción de emergencia, por decisión del Tribunal Constitucional.

Desde el ámbito comunicacional la adolescencia y juventud han sido mayoritariamente visibilizados desde sus conductas de riesgo, es decir desde el daño. La imagen social de esta etapa del ciclo vital ha sido impactada por la oferta sensacionalista y de consumo que orienta el desarrollo de los temas sobre adolescencia y juventud.

En un estudio desarrollado por el Grupo de Trabajo Interministerial de Infancia y Adolescencia en 1999, en el marco del proceso de análisis de las políticas sociales dirigidas a grupos prioritarios, se constató la existencia de 93 programas, proyectos, servicios y/o beneficios dirigidos específicamente a los niños, niñas y adolescentes del país, implementados por la administración central del Estado. Desde el punto de vista de su cobertura, sólo un 5,4% de la oferta catastrada es de carácter universal (dirigida a todos los niños, niñas y adolescentes chilenos) y el 94,6% restante es de carácter selectivo, es decir, dirigida a grupos de niños, niñas y adolescentes que presentan problemas específicos. Desde la perspectiva del objetivo final que persiguen los programas, proyectos, servicios y beneficios estudiados, 8,6% de ellos son asistenciales, 24,7% corresponde a una oferta asistencial con componentes de inversión social, 26,9% corresponden a programas, proyectos, servicios o beneficios de inversión social con componentes asistenciales, y el 39,8% restante corresponde a una oferta propiamente de inversión social (Plan Integrado de Infancia y Adolescencia, 1999).

Si la oferta estudiada se clasifica según los ámbitos del desarrollo que aborda y el tipo de gestión con el que se implementa, nos encontramos que el 38,7% de dicha oferta es sectorial, un 61,3% es multisectorial y no se registra ningún programa, proyecto, servicio o beneficio de carácter propiamente intersectorial. En general la oferta pública, se orienta a lo que tradicionalmente ha sido la acción del Estado hacia los niños, niñas y adolescentes, es decir hacia una oferta sectorial centrada en educación, salud y justicia. Es decir, el análisis de la oferta de Políticas Públicas desde las estructuras del Estado en Infancia y adolescencia arrojó iniciativas sectoriales, muy bien intencionadas

pero enfrentadas desde diversos paradigmas de desarrollo. Por tal motivo, el año 2000, se constituyó un grupo de trabajo conformado, por representantes de los Ministerios: Secretaría General de Gobierno, Secretaría General de la Presidencia, Planificación y Cooperación, Trabajo y Previsión Social, Salud, Educación, Justicia, Vivienda y Urbanismo, Obras Públicas, Hacienda y Servicio Nacional de la Mujer; y de los siguientes servicios públicos: Servicio Nacional de Menores, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Instituto de Normalización Previsional, Instituto Nacional de la Juventud, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Fondo Nacional de la Discapacidad, Dirección General de Deportes y Recreación y Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. Además asisten profesionales en representación de Fundación Integra y Fundación de la Familia, dependientes del Gabinete de la Señora del Presidente de la República de aquella época. Sra. Luisa Durán, y redactan la primera Política Nacional a Favor de la Infancia y la Adolescencia 2001-2010 donde por primera vez se intenta dar una mirada intersectorial, pero desde la perspectiva de los menores de 18 años, sin considerar en toda su extensión la juventud.

Se concluye, en atención a lo expuesto, en que no hay una única Política Nacional de Adolescencia y Juventud en Chile, donde la especificidad de la adolescencia y la juventud se desarrollen de manera adecuada. Falta la integración de los diversos diagnósticos sectoriales con mirada país, donde el Estado junto a la sociedad civil definan el adolescente y joven que Chile necesita estimular para su proyecto país.

Es en este esfuerzo que esperamos contribuir, aunando miradas y construyendo un marco común que nos permita estimular el desarrollo de adolescentes y jóvenes, sujetos de derechos, parte integrante de una sociedad y país que crece con y para todos.

Política de Salud para Adolescentes y Jóvenes



A. Marco Conceptual

I. Conceptos de Adolescencia y Juventud

El concepto de adolescencia, entendido como la etapa de la vida en que culmina el desarrollo biológico y se alcanza la madurez sexual, es una construcción psicosocial reciente y no universalmente reconocida. En algunas culturas la edad de 12 o 13 años marca el final de la infancia y el comienzo de la adultez, sin que exista una etapa intermedia con características propias. En otras, son considerados niños o niñas mientras asisten al colegio y no han asumido responsabilidades económicas o sociales, aunque hayan sobrepasado la pubertad. En otras dejan de ser considerados niños o niñas si trabajan generando recursos, aunque no hayan alcanzado la pubertad.

Las definiciones y conceptos de preadolescencia, adolescencia y juventud es variado y depende del enfoque teórico desde el cual se analice.

En la siguiente tabla se resumen los diversos conceptos y cortes etarios en adolescencia inicial (Breinbahuer and Maddaleno 2004).

Variaciones de la clasificación de las etapas del desarrollo que abarcan de los 8 a los 14 años

Edades	8	9	10	11	12	13	14
Fuentes							
Acuff (1997)	Preadolescencia					Adolescencia inicial	
Campaña juvenil difundida por los medios de comunicación de los Estados Unidos (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 2004)		Preadolescencia					
Campaña Nacional contra la Drogadicción Juvenil difundida por los medios de comunicación (Oficina de Política Nacional de Control de Drogas de los Estados Unidos 2002b)		Adolescencia inicial					
Steinberg (1999)				Adolescencia inicial			
Neinstein (2002)		Adolescencia inicial					
Juszczak y Sadler (1999)		Adolescencia inicial					

Fuente: Breinbauer y Maddaleno 2004.

Para efectos de planificación sanitaria, el Ministerio de Salud adhiere a la definición de OMS, que delimita al grupo etareo de adolescentes a hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, aunque resulta más aceptada la definición de adolescencia como “la etapa de la vida en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual, los procesos psicológicos y las formas de identificación evolucionan desde los del niño a un adulto y se realiza una proceso desde el estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia”.

A su vez, el concepto “Juventud” se aplica a individuos con edades comprendidas entre los 15 y 24 años, aceptando que el término adolescencia resulta más concerniente al ámbito de la salud y juventud al enfoque desde el punto de vista sociológico.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto la expresión “Gente Joven”, considerando el grupo de 10 a 24 años inclusive, como un modo de ser más concordante con el reconocimiento de una misma etapa que cada vez se hace más extenso cronológicamente. De este modo se incluye tanto al grupo adolescente, de 10 a 19 años, como al de jóvenes, de 15 a 24 años.

En la mayoría de los países del mundo, la prolongación de la vida, la globalización y la modernización están determinando profundos cambios en la trayectoria de vida de las personas. Pierde sentido la secuencia natural de las distintas etapas. Estudiar - trabajar - casarse - tener hijos etc. ya no son necesariamente decisiones sucesivas para las/os jóvenes. Los padres y madres, e incluso abuelas/os, vuelven atrás con nuevas parejas o nuevos proyectos. La vida que llevan los adultos no es visualizada siempre como

“deseable” por las y los adolescentes y jóvenes. Mientras más acelerados son estos cambios, más se prolonga el período de la adolescencia (Dina Krauskopf, 1999).

En Chile predomina una cierta tensión entre considerar la adolescencia como un período de la vida en que se prolonga la dependencia de los padres y asumir que las y los adolescentes son un grupo de población con intereses y actitudes propias, incluyendo su innegable aporte al capital social y a la cultura. Como hemos descrito, esta tensión se da incluso en el plano legal.

Para el diseño de las acciones de salud dirigidas a este grupo de población, el Ministerio de Salud considera a las y los adolescentes como personas que:

- Son sujetos de derechos
- Son ciudadanos y ciudadanas
- Aportan significativamente al capital social de toda la población
- Son actores estratégicos del desarrollo del país
- Están expuestos a inequidades estructurales que afectan su salud

Desde el punto de vista sanitario, la adolescencia representa un período con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida: los principales logros en el crecimiento y desarrollo han tenido lugar; se ha superado la vulnerabilidad de la infancia respecto a muchas de las enfermedades, especialmente las infecciosas; la morbilidad es reducida, se dominan las claves sociales básicas. Además, existe energía disponible para nuevos aprendizajes, a lo que se suma el interés por la exploración de lo nuevo, lo que favorece el desarrollo de hábitos propios, distintos a los de la generación anterior.

II. Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las que se desenvuelven las personas, donde viven y trabajan, que reflejan sus diversas posiciones en las jerarquías de poder, prestigio y recursos. Los determinantes sociales de salud incluyen las características específicas del contexto social que inciden en la salud y al mismo tiempo, las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive, se traducen en efectos en salud.

El concepto de determinantes sociales de la salud da cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar los potenciales de salud, a lo largo de la vida de cada individuo y comunidad.

De la misma manera, el concepto determinantes sociales de la salud permite identificar el origen de las inequidades e identificar algunos de los factores significativamente asociados a la producción de las desigualdades, en el ámbito de la salud.

A partir de la Primera Reunión sobre Promoción de la Salud de Ottawa 1986, el concepto de salud, concebido desde el paradigma interdisciplinario en Alma Ata, se ligó cada vez más al enfoque de desarrollo humano, con énfasis en el entorno social en que el individuo está inserto, que determina sus condiciones de vida y desarrollo.

Este nuevo marco abandona el clásico criterio que le confería al medio social el carácter de un condicionante más de la salud, para considerar el contexto socio-cultural como la trama de lo que les ocurre a los y las adolescentes² y a la comunidad en general. A partir de la reunión de Ottawa, 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, como la paz, la educación, la alimentación, el trabajo, la recreación y la justicia a través de la participación activa.³

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se entienden como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud⁴. Las expresiones biológicas de la desigualdad social hacen referencia a como la población incorpora en su cuerpo y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte produciendo desigualdades sociales en la salud en una amplia variedad de indicadores⁵.

“La investigación médica se ocupa de las causas cercanas”. Son causas relativas a los agentes infecciosos, las deficiencias o excesos nutricionales, el hábito de fumar, la exposición a tóxicos⁶. A su vez, existen las “causas de las causas”, es decir, aquellas que determinan la exposición a esas infecciones, a esa dieta inadecuada, o a esas conductas poco saludables. Estas causas son objeto de la investigación social económica y política.”⁷

Los componentes centrales del marco teórico de análisis del enfoque de determinantes sociales de la salud se pueden resumir en el siguiente gráfico⁸:

2 OPS/OMS-UNFPA. *Recomendaciones para la Atención Integral de los y las Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Serie OPS/FNUAP N° 2.* Washington DC, Estados Unidos. Diciembre, 2000

3 OPS. *Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas.* Washington DC, Estados Unidos. Noviembre, 1998.

4 Solar, O; Departamento de Pobreza y Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, EIP-OMS Ginebra 2007.

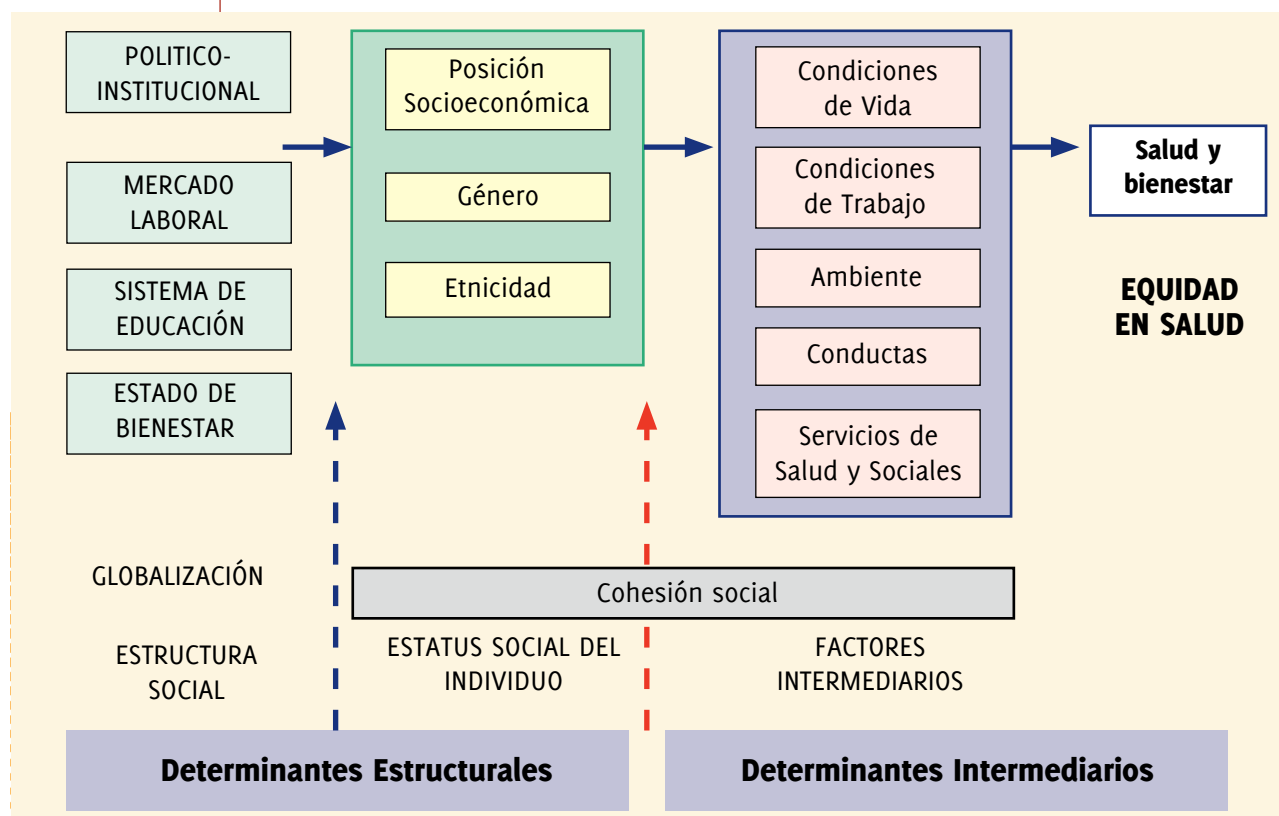
5 Krieger N. A glossary for social epidemiology J. *Epidemiology Community Health* 2001; 55:693-700

6 Fuente: Rose G. *The strategy of preventive medicine.* New York: OUP, 1992:98

7 Idem 10

8 Modified of Briefing paper Health inequalities: concepts, frameworks and policy authors H. Graham, M P. Kelly 2004, NHS.

Fig 1. Diseño y Evaluación de Políticas: Marco Conceptual Determinantes Sociales



Los indicadores de salud adolescentes están estrechamente ligados a algunos determinantes sociales. Es posible que dos de los más significativos en los y las adolescentes sean el género y el nivel socio-económico, con todos los otros elementos que van ligados a éste, como la educación y el acceso a los servicios por ejemplo. Ya se hizo mención a la fecundidad, el uso de sustancias, la violencia, así como muchos otros problemas de salud tienen también estrecha relación con éstos.

Es así como se distinguen 5 puntos de entrada de políticas en este nivel de análisis⁹:

- A: Intervenir sobre la estratificación social (ej. Educación)
- B: Intervenir sobre la exposición diferencial (ej. Regulando accesibilidad alcohol, tabaco, etc)
- C: Intervenir sobre la vulnerabilidad diferencial (ej. vacunación, soporte social y servicios básicos)
- D: Intervenir sobre la diferencial consecuencias (impacto social, económico y en salud) (ej. Equidad acceso servicios, por ejemplo SSR, protección en salud, mercado laboral flexible, equidad de acceso a la rehabilitación)
- E: Influencia sobre el contexto desde la perspectiva de la salud (ej. políticas de bienestar universales para el desarrollo de cohesión social)

⁹ Solar, O; Departamento de Pobreza y Equidad y Determinantes Sociales de la Salud, EIP-OMS Ginebra 2007.

Es importante, además, hacer la distinción conceptual entre los determinantes de salud y los determinantes de inequidad en la salud.

La acción sobre los determinantes sociales de la salud, tiene generalmente su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos, (determinantes intermedios), expresados en los promedios de salud.

La acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud, tiene su foco de intervención en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o a los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir, la jerarquía o posición social¹⁰, expresados en las brechas de salud.

Ahora bien, con el objeto de disminuir inequidades son 3 los enfoques en salud ¹¹:

- Mejorar la salud de los grupos o individuos más vulnerables o con mayor riesgo a través de políticas o programas focalizados
- Disminuir las brechas de salud entre grupos socioeconómicos extremos; reducir las diferencias entre los de mejor salud y los de peor salud
- Intervenir con un enfoque de disminuir la gradiente de salud, es decir a través de toda la jerarquía social

Para monitorizar los resultados de salud en los grupos vulnerables se deben tener cuidados, pues se podrían mejorar los promedios, pero no necesariamente las inequidades. Por lo que se requiere además monitorizar la brecha entre los grupos extremos, pero esto tampoco nos asegura que se modifique la gradiente de inequidad, por lo que debe ir acompañado de la abogacía y coordinación nacional e intersectorial que nos permita avanzar en este ámbito, elemento clave al momento de desarrollar y abordar una Política de Salud hacia este grupo poblacional.

Fig. 4. Enfoques Estilos de vida v/s Determinantes Sociales

FOCO	INDIVIDUO (alto riesgo)	SOCIEDAD (Gradiente)
Causa enfermedad	Conducta o factores de riesgo	Distribución de poder, prestigio y recursos (financieros y sociales)
Acción	Busca cambiar determinantes intermedios	Busca cambiar determinantes estructurales e intermedios
FIN	Salud del individuo	Comunidades saludables

Especial importancia adquiere entonces este enfoque en las necesidades de salud de este grupo poblacional, donde la evidencia demuestra que la carga de enfermedad de adolescentes y jóvenes puede ser resuelta sólo en un 25% por la prestación de servicios sanitarios, lo que impone el imperativo ético de contribuir a articular una Política Nacional para Adolescentes y Jóvenes que verdaderamente impacte en los indicadores que como sector nos hemos propuesto.

III. Enfoque Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del Niño y los Adolescentes adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y ratificadas por el Estado de Chile son la guía fundamental en que se enmarca éticamente el desarrollo de las presentes Políticas de Salud para la Gente Joven.

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

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

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, significó un acuerdo común de los pueblos del mundo para respetar y promover los derechos y las libertades de las personas y de los colectivos humanos en los ámbitos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y todos tienen el deber de comportarse fraternalmente los unos con los otros. Los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración no hacen distinción alguna de raza, edad, etnia, credo, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

En su artículo zero se establece que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” y en el artículo 25 señala: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestuario, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todas las niñas o niños nacidos de matrimonio o fuera de él, tienen iguales derechos de protección social”.

La Convención de Derechos del Niño/a y Adolescentes tiene importantes implicancias para los derechos fundamentales de todos ellos y ellas. El derecho a la supervivencia, el derecho al desarrollo de sus aptitudes físicas y mentales, el derecho a la protección contra todo aquello que vaya en menoscabo de su desarrollo y el derecho a participar en la vida familiar, cultural y social.

La defensa de la vida se encuentra en el fundamento ético de toda acción de salud. La salud es el bien superior y componente importante del nivel de vida y del bienestar individual y colectivo. La salud es un derecho básico para el desarrollo social y económico.

Todos los estados y ciudadanos están obligados jurídicamente a respetar los derechos humanos, proteger la dignidad humana e impedir cualquier violación de los derechos fundamentales de las personas.

B. Fundamentos Éticos

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

I. Respeto a la Autonomía

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

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

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

II. Derecho al Consentimiento Informado y a la Confidencialidad

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

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

Esta autonomía tiene como consecuencia directa la posibilidad del o de la adolescente o joven de dar consentimiento informado, es decir, conocer los riesgos y beneficios

de las alternativas terapéuticas y libremente autorizar un curso de acción propuesto por el profesional de salud.

Para asegurar el consentimiento informado, no sólo es necesario reconocer el derecho a la Autonomía. También se debe garantizar la Privacidad y la Confidencialidad entre adolescentes o jóvenes y el proveedor de acciones de salud. Esta Confidencialidad se debe entender como el compromiso de que la información entregada por el adolescente o joven, no será tratada con sus padres o terceros, salvo que se esté ante una situación de riesgo vital para el adolescente o joven, o que signifique riesgo vital para terceras personas. Ejemplos de estas situaciones excepcionales son la ideación suicida o el intento de suicidio u homicidio. La Confidencialidad resulta esencial no sólo para que el profesional de salud obtenga toda la información necesaria para proporcionar al adolescente o joven un cuidado óptimo y prevenir futuros daños, si no por que reconoce en ese sujeto su dignidad como persona a la cual respetar y contribuir honesta y generosamente en su crecimiento y desarrollo.

La confidencialidad es un derecho de los y las adolescentes y jóvenes y un deber del profesional de salud, quien debe prestar información y atención en forma oportuna, completa asegurando la comprensión por parte del usuario, de acuerdo a su etapa de desarrollo.

III. Respeto a la diversidad y pertinencia cultural

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

La existencia y reconocimiento de esta diversidad es un eje central de la Política de Salud para Adolescentes y Jóvenes, por cuanto pretende pertinencia cultural, como un factor crítico no sólo para asegurar el éxito de las intervenciones, si no desde una perspectiva y reconocimiento de derechos de autodeterminación y desarrollos culturales propios. Particular atención debe darse a los jóvenes excluidos o automarginados del sistema, donde, respetando su derecho a la diversidad, se debe procurar satisfacer en forma equitativa sus necesidades de salud.

Los jóvenes que manifiesten diversidad no optativa, como son los discapacitados físicos, sensoriales y/o mentales, ameritan la existencia de planes especiales, con modelos adecuados a sus necesidades y particularmente garantes de los derechos de aquellos que no pueden cautelarlos por ellos mismos.

Finalmente, el respeto por la diversidad implica que el personal de salud no puede emitir juicios sobre la conducta y/o apariencia de los adolescentes y jóvenes que atiende y no debe confundir ni imponerles, convicciones personales. Si la acción del profesional se viera constreñida por esta situación deberá derivar al adolescente o joven a otro profesional, pues de ningún modo debe dejar sin atención o solución su demanda de salud.

IV. Respeto al Principio de Beneficencia

Es una obligación asegurar el bienestar de adolescentes y jóvenes, a través de actuar positivamente en su beneficio y más aún, maximizar los beneficios que se puedan alcanzar. El Principio de Beneficencia se aplica preferentemente en las decisiones de sustitución. Es decir, actuar positivamente en su beneficio cuando el respeto a la autonomía está limitado por diversas situaciones específicas. El deseo y deber paternal y social de proteger a los adolescentes no puede ni debe tensionar el principio de beneficencia si existe una adecuada justificación para ello, como por ejemplo, si los padres, profesores o personal de salud abdican de su responsabilidad frente a un adolescente en peligro.

V. Respeto al Principio de No Maleficencia

Este principio puede formularse como “nunca hacer mal a otro u otra”. Busca siempre el bien individual de las personas. La obligación es minimizar y -cada vez que sea posible- remover las causas de daños a través de aplicar estrategias de prevención y educación en salud.

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

Esto va más allá de la prevención de enfermedades. El Estado debe asegurar la promoción de la salud para alcanzar los estándares de logros, propuestas, metas y calidad de vida más altos de salud.

VI. Respeto al Principio de Justicia

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

VII. Respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos

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

Estos Derechos deben ser reconocidos como la posibilidad de experimentar la intimidad de acuerdo al propio sentir, desarrollo valórico y cultural del individuo y la puesta en práctica de la capacidad reproductiva de acuerdo a su desarrollo, deseos y posibilidades individuales.

Estos Derechos forman partes esenciales e inseparables de la salud y de la educación, pues sin ellos resulta imposible el desarrollo del cuidado en salud y la demanda de servicios para conservar y promover la salud integral de adolescentes y jóvenes.

C. Propósito

El Propósito último de esta Política es contribuir al máximo estado de bienestar bio-psico-social de la población de Adolescentes y Jóvenes en Chile, con equidad, enmarcado este bienestar en la promoción del Desarrollo Humano.

El Estado debe garantizar los bienes primarios de desarrollo de los individuos y sus comunidades, donde salud cumple un papel esencial en el proceso de oportunidades. Esta inversión no sólo se justifica como un imperativo ético vinculado a los derechos básicos, sino también como una condición sine qua non para el crecimiento y desarrollo social del país, al fortalecer el capital humano.

Esta Política expresa la preocupación y decisión que tiene el sector salud por contribuir a la calidad de vida de la Gente Joven.

El fundamento de esta Política es el reconocimiento de los y las adolescentes y jóvenes como sujetos de Derechos y Deberes. Esto obliga al sector salud a la satisfacción de sus necesidades reales, y a estimular permanentemente a los jóvenes y adolescentes a ser protagonistas de la búsqueda del estado pleno de bienestar.

El imperativo ético de nuestro sector es trabajar por la formación de una persona conocedora tanto de los factores que la protegen como de aquellos que la ponen en riesgo tanto a nivel individual como colectivo; una persona capaz de enfrentar y en lo posible superar la adversidad. Un equipo de salud que se pone a disposición de las necesidades de salud de su población, de manera empática, colaboradora y con capacidades técnicas adecuadas y oportunas.

D. Principios Rectores

La Política de Salud para Adolescentes y Jóvenes se fundamenta en Principios Rectores que actúen como ejes fundamentales de nuestro accionar, orientados a alcanzar un verdadero desarrollo humano.

1. Equidad

El acceso a distintas alternativas educacionales, sociales y económicas, condicionan las conductas de adolescentes y jóvenes. Las limitaciones para una buena nutrición y la mayor exposición a enfermedades afectan el desarrollo adolescente.

La posibilidad de acceder a actividades educativas básicas y a las del desarrollo de un oficio y profesión son aún limitadas en el nivel socioeconómico más desvalido, lo mismo que a nivel rural.

La Política de Protección Social del Gobierno tiene como propósito alcanzar la Equidad Social, buscando generar condiciones de efectiva igualdad de oportunidades de desarrollo para toda la población. Dicha política ha tenido tres grandes objetivos: erradicar del país las formas extremas de pobreza; lograr mejor distribución de los frutos

del crecimiento y mejorar en forma significativa la calidad de vida de los segmentos más pobres de la población.

La pobreza en Chile está en descenso desde el inicio de los gobiernos democráticos, quedando mucho camino aún por recorrer.

Enmarcados en la Política Protección Social del Gobierno, ponemos énfasis en la necesidad de superar las condiciones de pobreza que impiden a un importante número de adolescentes y jóvenes, acceder a las oportunidades de desarrollo.

En salud esto implica hacer el mayor esfuerzo por mejorar la calidad de vida de la población pobre, condición *sine qua non* para dar el salto hacia un verdadero desarrollo humano y de la Nación.

2. Desarrollo Humano

Desarrollo Humano se entiende como el reconocimiento de que el fin del desarrollo no es sólo el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de un pueblo, si no más bien de la calidad de vida y del bienestar de los individuos que la componen. El Desarrollo Humano involucra no sólo la maximización del estado de salud de las personas, sino también el mejoramiento de las condiciones de educación, ingreso y participación de las personas. En un concepto más amplio, Desarrollo Humano, junto a desarrollo social, desarrollo político y desarrollo económico constituyen los pilares fundamentales del estado de salud de una nación.

La promoción de la adolescencia y juventud se ve como un proceso por medio del cual los individuos y sus comunidades ejercen control sobre los determinantes del desarrollo saludable para mejorar así su bienestar (OPS, 1998). Se consideran un conjunto amplio de influencias sociales, económicas y políticas.

3. Autonomía y Confidencialidad

Ejes fundamentales por sus connotaciones éticas son el respeto por la autonomía, es decir la capacidad que adquiere con su desarrollo el adolescente y el joven para determinar por sí mismo lo que es mejor para su salud y la confidencialidad, que implica respetar la reserva que debe unir la relación de usuario/a y profesional de salud, reconociendo en ello que el sujeto es el adolescente o joven. Ambos valores tienen limitantes, que radican en el Principio de Beneficencia, a través del cual los agentes de salud deben velar por que las decisiones de la persona no atenten gravemente contra su salud o la de los que lo rodean.

4. Integralidad

Desarrollo humano implica abordar al adolescente y joven desde una perspectiva integral, dando cuenta en lo individual de sus múltiples dimensiones, biológica, psicológica y social: el o la adolescente y joven visto entonces como un todo, un ser integral, no fraccionado según los intereses de los equipos de salud.

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

Una integralidad haciéndose efectiva en todos los niveles de acción de salud, como son las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

5. Universalidad

Asumiendo la diversidad cultural, religiosa, valórica, ideológica, social y económica de nuestra sociedad y las diferencias de género, éstas políticas asumen un carácter global y universal para todos los adolescentes y jóvenes en Chile.

Se pretende de este modo promover la no discriminación y la igualdad en el derecho a acceder a un verdadero Desarrollo Humano.

6. Intersectorialidad

Si asumimos que nuestro objetivo fundamental es promover el Desarrollo Humano, este no puede ser alcanzado con acciones realizadas exclusivamente desde el sector salud. Es así como el enfoque de determinantes sociales de la salud, en el cual la sistematización desde la evidencia científica nacional e internacional de las necesidades de intervenciones integradas con otros sectores de la comunidad queda de manifiesto, busca asegurar el logro del impacto en las metas sanitarias propuestas. Estas Políticas deben acompañarse de un trabajo mancomunado, coherente y coordinado con otros sectores del Gobierno y de la sociedad civil.

7. Participación

La participación de adolescentes y jóvenes se expresa en la forma como son parte en el proceso, en las decisiones y las actividades diseñadas y ejercen influencia y control sobre ellas. El aporte que los propios jóvenes pueden hacer en el diagnóstico, planificación, programación, ejecución y evaluación de las actividades que se lleven a cabo en virtud de concretar las tareas aquí enunciadas, es fundamental: deben ser actividades no para ellos y ellas, si no con ellos y ellas.

La participación juvenil significa generar las oportunidades de empoderamiento de los jóvenes en la toma de decisiones que afectan a su salud. Asimismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia su propia salud y la de los demás, condición fundamental para lograr personas plenas y sanas.

8. Flexibilidad

Reconociendo que éstas Políticas están pensadas globalmente, su aplicación debe dar cuenta de la diversidad de realidades a nivel local. Por esta razón, la Política de

Salud para Adolescentes y Jóvenes debe ser flexible, pues su expresión se concreta en estrategias diseñadas por los propios equipos de salud, en el contexto de un marco general común.

Asimismo, la rápida evolución de las condiciones en que se desarrolla nuestra sociedad, determina que deba contemplar la flexibilidad necesaria para reevaluarse constantemente, como lo hemos desarrollado en esta oportunidad.

9. Fortalecimiento Familiar

La primera y más importante red de apoyo de los y las adolescentes y jóvenes debe ser su familia. No obstante lo anterior, estas redes de apoyos muchas veces no cuentan con las herramientas necesarias para darles un adecuado acompañamiento, ya sea por que las necesidades económicas han determinado que los padres y otros adultos tengan que trabajar más horas, sin disponibilidad para sus hijos, o por que son familias dañadas, inmersas completamente en conductas de riesgo.

Si queremos abordar efectivamente iniciativas de promoción y prevención hacia este grupo poblacional debemos enfrentar el trabajo con sus familias actuando coordinadamente en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario.

E. Estrategias de Acción

La Política de Salud para los adolescentes y jóvenes de Chile se traduce en las estrategias que se describen a continuación:

I. Relevar la Salud de la Gente Joven

Durante largos años las necesidades de salud de los y las adolescentes y jóvenes no se visualizaron en el sistema de salud, en las diversas estructuras del Estado ni en los medios de comunicación. Sólo se han destacado sus necesidades a partir de los daños, es decir de los problemas y no de sus potencialidades, llegando a generalizarse una estigmatización de esta etapa del ciclo vital.

Fue reconocido su importancia dentro del Ministerio de Salud a partir del año 1995 en que se crea el Programa de Salud del Adolescente.

Es perentorio revisar la actual legislación vigente que regula directa o indirectamente la atención de salud de este grupo poblacional, de manera de estimular el desarrollo de un marco regulatorio conceptual único del Estado de Chile que se oriente al desarrollo de todos y todas los ciudadanos de este país en igualdad de condiciones.

Releva la salud de los adolescentes y jóvenes implica además continuar estimulando el desarrollo de la investigación, difusión y formación de recursos humanos en los centros académicos universitarios, que contribuyan a promover el interés del conocimiento por este grupo.

Finalmente, debe contemplar la necesidad de promover una mayor preocupación desde otros sectores tanto de la sociedad civil como del Estado, propendiendo a un trabajo mancomunado hacia la gente joven y una mayor preocupación por las temáticas juveniles.

II. Potenciar el Empoderamiento de adolescentes y Jóvenes

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

La participación creciente de adolescentes y jóvenes en el diagnóstico, priorización, diseño, ejecución y evaluación de las acciones de salud, asociadas a un mayor empoderamiento generacional en la sociedad, son elementos básicos que el sector debe promover en la comunidad.

El aporte que los propios adolescentes y jóvenes pueden hacer en la realización de las actividades que se lleven a cabo, en virtud de concretar las tareas aquí enunciadas, es fundamental para su éxito. Asimismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia su propia salud y la de su entorno, familia y sociedad.

III. Promoción de hábitos de vida saludables: pesquisa de factores de riesgo y estímulo de factores de protección y prevención de conductas de riesgo

El accionar de los Servicios de Salud hacia la Gente Joven debe orientarse a promover el desarrollo de destrezas y habilidades para el cuidado propio y de los demás en salud. Es imprescindible asociar - a las prestaciones asistenciales de salud - acciones de Promoción y Prevención individuales y comunitarias: adquisición de hábitos de vida que protejan y mantengan saludables a las y los adolescentes y jóvenes.

IV. Desarrollo de servicios dirigidos a la gente joven

Se debe potenciar el desarrollo de servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes: se debe buscar la forma de implementar espacios diferenciados, accesibles y amigables para este grupo, donde se resguarde la privacidad, oportunidad, integralidad, calidad y la interdisciplinariedad de la atención.

Se debe posibilitar la introducción de innovaciones organizacionales cuando sean necesarias para alcanzar dichas características.

• Formar y capacitar a los Equipos de Salud dirigidos a la Gente Joven

Con el objeto de dotar de herramientas a los equipos de salud de los diversos niveles de atención, se requiere la sensibilización y capacitación del mayor número posible de estos en los temas de adolescencia y juventud. El objetivo es entregar herramientas que les permitan desarrollar de mejor manera iniciativas en los diferentes niveles de gestión, tanto conceptuales como prácticas y que los doten de habilidades de manejo relacional con este grupo poblacional.

Necesitamos equipos competentes que entiendan la importancia de las intervenciones a desarrollar y sean capaces de acoger, escuchar, recoger, interpretar, atender y responder a las necesidades de la población joven.

Es necesario también estimular, en nuestro país, el desarrollo de especialistas en Salud de Adolescentes y Jóvenes, que lideren a los equipos y difundan los conocimientos sobre el tema.

- **Desarrollar una Red Asistencial que satisfaga las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes**

Desarrollar una Red Asistencial que satisfaga las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes.

Así como es importante el desarrollo de servicios orientados a la gente joven, es también necesario relevar estos servicios insertos en la red asistencial del sistema de salud público y privado.

A nivel de atención Primaria es necesaria la coordinación con los demás programas existentes y su inserción en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, con énfasis en promoción y prevención, trabajo intersectorial y comunitario, con las y los adolescentes y jóvenes.

A nivel de atención secundaria y terciaria se necesita la estructuración de servicios adecuados a este grupo poblacional, con enfoque biopsicosocial, multidisciplinario en interacción con el resto de los servicios clínicos. Se requiere constituir equipos de especialistas que trabajen con patologías crónicas, capacitados en el manejo de adolescentes y jóvenes, de manera de otorgarles una atención integral en cada prestación de servicios, que puedan acceder a los servicios en casos con otras necesidades de salud. Junto con lo anterior, desarrollar programas de traspasos de pacientes complejos desde la medicina del niño a la del adulto, idealmente llegando a desarrollar a largo plazo la medicina del adolescente en nuestros servicios de salud, donde se estimule, por ejemplo, la permanencia en el sistema escolar y se disminuyan los porcentajes de abandonos de tratamientos.

Se deberán constituir equipos que enfrenten las demandas de patologías emergentes propias de este grupo poblacional, de manera de dar respuesta a las necesidades específicas de salud de grupos de adolescentes. A modo de ejemplo: intentos suicidas o trastornos de conducta alimentaria.

- **Formulación de Normas de Atención de Adolescentes y Jóvenes**

Para cumplir con el rol de garantizar la mejor calidad en las prestaciones de salud a la gente joven, es necesario formular una normativa que las guíe y regule. De este modo se podrán implementar servicios que satisfagan las necesidades de nuestra población de adolescentes y jóvenes, logrando un lenguaje y un modo de enfrentar la salud de este grupo poblacional en base a una forma consensuada, en beneficio del usuario, que permita evaluar el impacto de estas políticas

Esta normativa deberá enmarcarse en el contexto de las presentes definiciones de política pública, en concordancia con los principios antes expresados. De esto dependerá la posibilidad de garantizar la mejor atención de los adolescentes y jóvenes chilenos.

- **Garantizar el acceso a la atención para todos los adolescentes y jóvenes en Chile.**

Existen barreras al acceso de adolescentes y jóvenes a las atenciones de salud, que no se presentan para otros segmentos de la población, que vulneran los principios de autonomía y confidencialidad necesarios para la atención del paciente: recursos económicos y/o uso de seguros de salud con autorización de los padres, entre otras.

Es absolutamente necesario analizar y buscar formas innovadoras para garantizar el acceso de salud para este grupo poblacional. Dichas acciones deberán enmarcarse en la promoción y prevención de conductas de riesgo, las que comprometen no sólo al joven sino también a quienes lo rodean, por lo que se puede avanzar en plantear que la atención de la gente joven cae en el ámbito de los Bienes Públicos.

- **Potenciar el trabajo de políticas integradas con el Íntersector que promuevan desarrollo humano y equidad.**

Como se ha señalado el Desarrollo Humano no es un fin exclusivo del Sector Salud. Para que los adolescentes y jóvenes accedan a él es necesario trabajar integradamente con otros sectores, desde el Estado y la sociedad civil. Por esta razón, se debe poner énfasis en promover el fortalecimiento del trabajo intersectorial al mismo tiempo que se debe estimular desde el Estado la definición de una Política Pública en Adolescencia y Juventud que otorgue un marco conceptual común de desarrollo con mirada país del adolescente y joven que estimula Chile.

Referencias Bibliográficas



- A. Rae Simpson, Ph.D: Ser Padres de Adolescentes: Una síntesis de la Investigación y una base para la acción; Proyecto Ser Padres de Adolescentes Centro para la Comunicación de Salud de Harvard, OPS, 2001
- Aguayo, Francisco; Morales, Francisca; Romero, Sabine: “Manual de Paternidad Activa” CIDE, Santiago, 2001
- Baeza C., Jorge; Sandoval M., Mario “Emergencia de Nuevos Valores en la Juventud Chilena Actual” Universidad Católica Silva Henríquez – UNESCO, archivo electrónico, 2007
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE: “Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile” CONACE – ONUDD – CICAD/OEA, Santiago de Chile, 2005
- Correa, M. Loreto; Zubarew, Tamara; Silva, Patricia, Romero, María Inés: “Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana”, Revista Chilena de Pediatría, v.77 n.2 Santiago, abril 2006
- Dides, C.; Benavente, C.; Pérez, S.; Guajardo, A.; Morán, J.: Estudio MINSAL-UNFPA sobre percepciones, actitudes, significaciones, opiniones, prácticas y demandas de adolescentes y jóvenes sobre salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, Programa Género y Equidad FLACSO – Chile, Diciembre 2007
- Instituto Nacional de la Juventud: “5ta. Encuesta Nacional de Juventud” INJUV Revista Observatorio de Juventud, Santiago de Chile, 2007
- Instituto Nacional de la Juventud: “Análisis intercensal período 1992 – 2002: Informe sobre las principales tendencias de la población joven en Chile en el período 1992 – 2002” Documento de Trabajo N°2, Departamento de Estudios y Evaluación Septiembre 2003
- Krauskopf, Dina: “Dimensiones críticas de la participación social de la juventudes” UNFPA, Costa Rica, 1999
- MIDEPLAN: “Política nacional a favor de la infancia y la adolescencia 2001 – 2010” Grupo de Trabajo Interministerial de Infancia y Adolescencia, Diciembre 2000

- Ministerio de Educación: “Informe final Comisión de Evaluación y Recomendaciones sobre Educación Sexual” MINEDUC – Serie Bicentenario, Santiago de Chile 2005
- Ministerio de Educación: “Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad” MINEDUC, Santiago de Chile, 2005
- Ministerio de Educación: “Política de Educación en Sexualidad: Para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación”, MINEDUC, 4ta edición, Santiago de Chile, 2001
- Ministerio del Interior, CONACE : “ Séptimo Estudio Nacional de Drogas en población general de Chile 2006”
- Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN: “Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2006, MIDEPLAN, Santiago de Chile 2006
- Ministerio de Planificación, Instituto Nacional de la Juventud, Comité Intergubernamental en Juventud: “Chile se Compromete con los Jóvenes: Plan de Acción en Juventud” INJUV, Santiago de Chile, 2004
- Ministerio de Salud: “Atención amigable para adolescentes en establecimientos de atención primaria. Orientaciones Técnicas” MINSAL – Grupo Asesor en Adolescencia y Sexualidad, Santiago de Chile, 2004
- Ministerio de Salud de Chile: “Encuesta Nacional de Calidad de Vida” MINSAL, Santiago de Chile, 2008
- Ministerio de Salud: “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”, MINSAL, 2008
- Ministerio de Salud: “Política de Salud para Gente Joven”, MINSAL, Santiago de Chile, 1997
- Ministerio de Salud, CDC, GSHS, OPS/OMS: “Encuesta Mundial de Salud Escolar”, Chile 2004
- Ministerio del Trabajo – Servicio Nacional de Menores, OIT - INE: “Trabajo Infantil y Adolescente en Cifras”, Santiago de Chile 2004
- Olavarría, José: “Varones adolescentes: que poco sabemos de ellos” disponible en www.flacso.org
- Organización Panamericana de la Salud, OPS: “Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción” OPS-OMS, Asociación Mundial de Sexología (WAS), 2000
- Organización Panamericana de la Salud, OPS: “Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes”, OPS/OMS, 2ª. Edición, 1999

- Pan American Health Organization PAHO: “Youth: Choices and change”, NORAD – SIDA – PAHO, 2005
- Proyecciones y Estimaciones de Población.1950-2050. Serie de la Publicación (CEPAL): OI N° 208
- Schutt-Aine, Jessie MPH; Maddaleno, M, MD, MPH: “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas”, OPS – ASDI – NORAD, 2003
- YouthNet/Family Health International: “Guía para la Participación de los Jóvenes: Evaluación, Planificación e Implementación”, FHI – YouthNet- Advocates for Youth – USAID, PAHO, NORAD, 2005
- Valdes, Teresa; Guajardo, Gabriel: “Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos sexuales en Chile (1990-2002)”. Río de Janeiro, Brasil: CLAM, 2007

