

# Bases Programáticas

Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S.

Autores:

Marco Díaz Alvarado  
Carlos Garita Arce  
Minor Sequeira Solano  
Mauricio Campos Campos  
Paula Muñoz Chacón

Costa Rica,  
Noviembre 2005



Caja Costarricense de Seguro Social  
Dirección Desarrollo de Servicios de Salud  
Departamento de Salud Integral de las Personas  
Programa de Atención Integral a la Adolescencia

**Copyright** PAIA-Programa de Atención Integral a la Adolescencia  
Departamento de Salud Integral a las Personas  
Caja Costarricense de Seguro Social  
2005

Las publicaciones del Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. (PAIA) gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, a condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción hay que formular las correspondientes solicitudes a:

Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA),  
Apartado Postal 1434-1011, San José, Costa Rica:  
Teléfonos (506) 295-22-99, 295-23-69, 223-89-48,  
Fax (506) 223-59-92; E-mail: [mdiaza@ccss.sa.cr](mailto:mdiaza@ccss.sa.cr)  
Página del PAIA en internet: [www.binasss.sa.cr](http://www.binasss.sa.cr)  
sitio: adolescencia

**Autores:**

Marco Díaz Alvarado  
Carlos Garita Arce  
Mynor Sequeira Solano  
Mauricio Campos Campos  
Paula Muñoz Chacón

Segunda Edición  
Noviembre, 2005  
San José, Costa Rica

Diseño, Diagramación e Impresión, Roxana Marín  
Tel.: (506) 392-6650 • [roxanamarin@racsa.co.cr](mailto:roxanamarin@racsa.co.cr)

Fotografías de las páginas divisorias:  
Cortesía del Programa de Pequeñas Donaciones  
Fondo para el Medio Ambiente Mundial





Presentación .....	6
Introducción .....	7
Situación de Salud de los y las Adolescentes en Costa Rica .....	11
Antecedentes Históricos .....	57
Marco Conceptual y Filosófico de la Atención Integral de los y las Adolescentes .....	79
Marco Legal .....	97
Visión, Misión y Propósito del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S .....	133
Objetivos del Programa Atención Integral a la Adolescencia .....	135
Enfoques del Programa Atención Integral a la Adolescencia .....	139
Descripción del Programa Atención Integral a la Adolescencia .....	145
Áreas Prioritarias del Programa Atención Integral a la Adolescencia .....	155
Estrategias Generales del Programa Atención Integral a la Adolescencia .....	165
Reflexiones .....	185
Organigramas Funcional y Estructural del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S .....	187
Referencias Bibliográficas .....	193
Anexos .....	199

*“...hablamos tanto del joven en crecimiento y sus problemas como del impacto que produce este crecimiento en el ambiente adulto y en la sociedad adulta, y de las trabas que oponen a este crecimiento y a las modificaciones que implica.*

*¿Cuáles son los motivos para que la sociedad no modifique sus rígidas estructuras y se empeñe en mantenerlas aún cuando el individuo cambia? ¿Qué conflictos conscientes o inconscientes hacen que los padres ignoren o no comprendan la evolución del hijo?*

*El problema muestra así otra cara -escondida hasta hoy bajo el disfraz de la adolescencia difícil: -es la de una sociedad difícil, incomprensiva, hostil e inexorable a veces frente a la ola de crecimiento lúcida y activa que le impone la evidencia de alguien que quiere actuar sobre el mundo y modificarlo bajo la acción de sus propias transformaciones”.*

*Arminda Aberastury*





## Agradecimientos

*El Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y la C.C.S.S. hacen un reconocimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) por su apoyo continuo al trabajo en salud con la población adolescente nacional a lo largo de más de 16 años, a través de proyectos de Cooperación Técnica y financiera no reembolsables.*

*Sin este apoyo muchos de los avances de la seguridad social costarricense en materia de adolescencia no tendrían el desarrollo alcanzado hasta hoy.*

*Esta publicación, así como muchos de los trabajos de investigación y publicaciones aquí citados, son posibles gracias a esta cooperación.*

*Muy en especial nuestro agradecimiento a la **Máster Patricia Salgado Muñoz**, oficial auxiliar del UNFPA, quien junto a su equipo de trabajo ha sido una valiosa aliada del sector salud y una incansable defensora de los derechos de los y las adolescentes.*

## Dedicatoria

*La Caja Costarricense de Seguro Social y el Programa Atención Integral a la Adolescencia, desean reconocer en esta obra a dos insignes expertos en adolescencia que en los últimos años han dedicado gran parte de sus vidas a la salud y desarrollo de la adolescencia, a la **Dra. Julieta Rodríguez Rojas**, fundadora, ex Directora del PAIA y ex Gerenta Médica de la Institución, y al **Dr. Solum Donas Burak**, ex Asesor en Adolescencia para América Latina de la Organización Panamericana de la Salud.*

*Ambos hoy retirados de la función pública, pero siempre activos con ideas, acciones y su permanente compromiso en favor de la Adolescencia y del sistema de salud y seguridad social costarricense. Su trabajo es un ejemplo para todas y todos los que laboramos en este campo.*

*¡Muchas Gracias!*

## Presentación

*Desde 1989 la C.C.S.S. desarrolla el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, como reconocimiento de que esta es una población con necesidades particulares, distintas a las de la población general, que requiere de toda una red de servicios diferenciados que favorezcan su salud y desarrollo integral adecuado.*

*El reto ha sido difícil y aún hay muchas tareas y retos por delante, sin embargo se han logrado grandes avances gracias al esfuerzo de muchas y muchos funcionarios de todos los niveles operativos de las distintas regiones del país y de los aportes de adolescentes líderes que en forma voluntaria han trabajado con gran entusiasmo en el complejo proceso de promover la construcción de la salud como una tarea de toda la sociedad.*

*Ahora, con la presentación de esta segunda edición de las Bases Programáticas del Programa Atención Integral a la Adolescencia, la C.C.S.S. reafirma su compromiso con la adolescencia costarricense, ubicándola como una población prioritaria del sector salud.*

*Aquí se expresan las políticas en materia de salud de adolescentes, en respuesta a las distintas normativas y directrices de la Agenda Nacional de la Niñez y Adolescencia, el Plan Nacional de Desarrollo y el marco jurídico nacional que cubre los derechos en salud de este importante grupo poblacional.*

*Junto con el nuevo Modelo de Atención a la salud de los y las adolescentes, de seguro estas Bases Programáticas servirán de guía para fortalecer la promoción y prevención de su salud, así como frente de batalla para disminuir condiciones como el embarazo en la adolescencia, la violencia, conductas autodestructivas, accidentes, el riesgo de adquirir el VIH-Sida y muchos otros flagelos que atentan contra el potencial humano y desarrollo de nuestras generaciones jóvenes y el futuro del país.*



Dr. Marco Antonio Salazar Rivera  
Gerente División Médica  
Caja Costarricense de Seguro Social



## Introducción

*La cobertura de la población adolescente en los servicios de salud de la C.C.S.S., es la más baja de todos los grupos poblacionales, siendo de alrededor de un 40% en promedio a nivel nacional.*

*Estas tasas de cobertura son aún más bajas en las zonas rurales, en los y las adolescentes no escolarizados (los cuales por esta misma condición son población de alto riesgo) y en la población adolescente masculina en general.*

*En esta situación influyen varios factores, entre ellos, los viejos paradigmas que consideran a la población adolescente como “sana” desde la perspectiva de su condición biológica (y no integral, excluyendo los riesgos psico-sociales); factores adulto-céntricos y médico centristas, que no toman en cuenta la participación y los aportes de esta población a la construcción social de la salud; el predominio en la Institución de paradigmas médico-biológicos sobre los de la promoción de la salud y la prevención; el hecho de que los servicios de salud en general no son muy amigables para recibir adolescentes en el sentido de que su infraestructura, personal, etc., se adapte a las necesidades particulares de esta población; factores de género, que hacen que los varones en general tengan menores hábitos de auto-cuidado y acudan sólo en casos de extrema necesidad a los servicios, y otros factores de distinta complejidad.*

*Estas bajas coberturas de la población adolescente se constituyen en un verdadero problema de salud pública, especialmente cuando tomamos en cuenta el incremento de condiciones en la adolescencia relacionadas con riesgos psicosociales y no meramente de la esfera de su salud física. Esto se ha hecho patente gracias al uso del tamizaje de riesgo psicosocial en los servicios de salud, como herramienta de apoyo en las distintas consultas que ofrece la Institución.*

*Los resultados de estos tamizajes nos indican entre otras cosas, la necesidad de proveerles a los adolescentes con consejería en salud sexual y reproductiva que favorezca que tengan acceso a información y actitudes adecuadas que promuevan estilos de vida responsables con respecto a su sexualidad.*

*Otras condiciones graves de este mismo orden son el aumento de accidentes (asociados a conductas de riesgo), la violencia, el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción, el síndrome depresivo y los intentos / ideas de suicidio o sus equivalentes por medio de conductas autodestructivas y otros como los trastornos de alimentación, el sedentarismo, etc.*

*Ante esta realidad hay que rescatar avances importantes en la C.C.S.S. gracias a los aportes de muchísimos funcionarios y funcionarias de todo el país, y que con el respaldo de las autoridades institucionales han consolidado el “Programa Atención Integral a la Adolescencia” como una red con puntos de enlace en todas las Direcciones Regionales del país, Áreas de Salud, Hospitales Nacionales y Clínicas Periféricas desconcentradas, pero hay aún retos y tareas muy grandes por asumir para que sea una realidad el abordaje integral de la salud de las y los adolescentes.*

*Esta segunda edición de las Bases Programáticas del PAIA, junto con el nuevo Modelo de Atención en Salud de los y las adolescentes en la C.C.S.S., constituyen las políticas institucionales en materia de Salud Integral a la población adolescente y son la respuesta de la C.C.S.S. al nuevo marco jurídico que protege los derechos de esta población, así como también a distintas normativas de gobierno que establecen la obligatoriedad de brindar servicios de manera prioritaria a la niñez y adolescencia, como son la Agenda Nacional de la Niñez y Adolescencia 2000-2010, el Plan Nacional de Desarrollo, y directrices del Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia del presente Gobierno Central de la República, entre otros.*

*Se presenta aquí una actualización de la situación de salud de los y las adolescentes a partir de los últimos datos estadísticos recopilados en el país, especialmente los concernientes a la condición de VIH-Sida, cuya prevención es una prioridad para el país según los compromisos adquiridos en las Metas del Milenio.*

*Asimismo, se actualizó el Marco Legal, los Enfoques y Áreas Prioritarias del quehacer institucional en materia de salud de adolescentes, en concordancia con el espíritu de la Reforma del Sector Salud y la actual reestructuración de la C.C.S.S., y con los*

*lineamientos de las autoridades superiores y lo suscrito por la C.C.S.S. en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Anual Operativo y los compromisos de gestión.*

*Así, estas políticas institucionales en materia de salud de Adolescentes pretenden ser el derrotero que promueva un cambio de paradigmas y un relanzamiento del quehacer institucional para que la población adolescente sea abordada por el sistema de salud desde una visión integral, con un trabajo de equipo y en red multidisciplinario e intersectorial, en el que programas educativos y promocionales de estilos de vida saludables sean un eje vital para favorecer el bienestar y el desarrollo humano de esta población.*

*Aquí es importante resaltar que el abordaje de la población adolescente incluye necesariamente el trabajo con sus padres y la familia en general, lo que implica un rescate de las escuelas para padres de familia y la importancia del modelaje apropiado para la preservación de los valores fundamentales de nuestra sociedad.*

*Esta tarea no es sencilla, especialmente si tomamos en cuenta la influencia en la construcción de la salud de condiciones de contexto graves como la pobreza, la discriminación y la violencia en todas sus formas, la deserción escolar, la globalización, el desempleo y el avance de un modelo económico regido por fuerzas del mercado y el “libre comercio”, que no necesariamente promueven la solidaridad, una distribución equitativa de la riqueza y los programas sociales de apoyo a la población de mayor riesgo, entre otras cosas.*

*Vivimos un momento trascendental para la sobrevivencia del Sistema de Salud Costarricense.*

*Hay en este momento gran presión y cuestionamiento sobre la organización, funcionamiento y financiamiento de la C.C.S.S..*

*La crisis se exalta con el conocimiento público del caso de corrupción a raíz del préstamo finlandés a la institución y que involucraba a políticos, ex-presidentes y jefes institucionales, y se agravó con la tragedia del incendio en el Hospital Calderón Guardia en que lamentablemente fallecieron 19 personas en la madrugada del 12 de julio del 2005.*

*Desde el PAIA, estamos interesados en dar nuestros mejores aportes en apoyo a nuestras autoridades y en defensa del sistema de salud y seguridad social costarricense, seguros de que gracias a la C.C.S.S. ha habido un acceso equitativo y solidario de la población a los servicios de salud, lo que ha contribuido al desarrollo del país y su paz social.*

*Los que desde hace varios años trabajamos en el campo de la salud de la población adolescente, sabemos de los enormes recursos y potencial de esta población, de sus aspiraciones, sueños y capacidades de aportar al desarrollo de sus comunidades y del país cuando se les facilitan espacios de participación social reales y adecuados a sus condiciones.*

*Ellos y ellas, nos han demostrado que hay esperanza y es posible construir una sociedad y un futuro mejor, y nos inspiran a las y los funcionarios de salud a seguir adelante en nuestro trabajo y continuar transformando en oportunidades los múltiples obstáculos que nos encontramos en el camino.*

**Dr. Marco Vinicio Díaz Alvarado**

*Director del Nivel Central  
Programa Atención Integral a la Adolescencia  
Departamento de Salud Integral a las Personas  
C.C.S.S.*





## Situación de Salud de los y las Adolescentes en Costa Rica

## **Adolescencia como población de alta prioridad**

En los últimos años las autoridades de Gobierno y los jefes de la institución han manifestado que la Niñez y la Adolescencia son prioritarias como eje vital del desarrollo de nuestro país.

De hecho, Costa Rica se ha comprometido a través de distintos tratados y convenios internacionales a adoptar medidas que favorezcan el bienestar y desarrollo de este grupo poblacional.

En este sentido es de trascendental importancia la cumbre iberoamericana conocida como la “Declaración de Panamá”, dedicada exclusivamente al análisis de la situación de la niñez y la adolescencia en nuestros países, y cuyo texto inicia así:

### **Declaración de Panamá**

*“Unidos por la Niñez y Adolescencia,  
Bases de la Justicia y la Equidad en el Nuevo Milenio”*

“Los Jefes de Estado y el Gobierno de los 21 países Iberoamericanos, reunidos en la Ciudad de Panamá, República de Panamá, los días 17 y 18 de noviembre del 2000; convencidos que para lograr el desarrollo humano sostenible, la consolidación democrática, la equidad y la justicia social, y con base en los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, es de importancia estratégica dedicar especial atención a la niñez y la adolescencia, decidimos, una vez más, examinar conjuntamente la situación de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica con el ánimo de formular políticas y promover programas y acciones que aseguren el respeto de sus derechos, su bienestar y desarrollo integral”.

### **Luego procede**

“Destacamos que la población de nuestros países, pronto alcanzará los seiscientos millones de habitantes, que los niños, niñas y adolescentes, conforman la mayoría de nuestras poblaciones y son fuente de creatividad, energía dinamismo, iniciativa y renovación social.

Nos congratulamos que la mayoría de nuestros países han logrado reducir las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años, erradicar algunas enfermedades inmunoprevenibles, así como

aumentar las tasas de matriculación y egreso de la educación primaria y disminuir el analfabetismo. Sin embargo, la persistencia de altos índices de pobreza y pobreza extrema, de situaciones de exclusión social y desigualdad socioeconómica, de la insuficiente cobertura de los servicios de salud y educación, y las carencias y rezagos que muestran varios indicadores, demandan un renovado esfuerzo colectivo para consolidar las tendencias positivas y asegurar la efectiva observancia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, es preciso subrayar que la población infantil y adolescente constituye un grupo de edad que, por su propia naturaleza, resulta particularmente afectado por los factores socio-económicos negativos, sobre los cuales se hace necesario actuar con firmeza a fin de evitar o reducir de modo sensible los efectos perturbadores del debilitamiento del tejido socio-familiar, causa de situaciones tales como el abandono familiar, la paternidad irresponsable y los conflictos con la ley.

Reconocemos la importancia fundamental de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho en nuestras sociedades y el papel rector y normativo del Estado en el diseño y ejecución de políticas sociales en beneficio de ellos y como garante de sus derechos, y reiteramos nuestro compromiso de construir las bases del desarrollo pleno de sus potencialidades y su integración social, ante las oportunidades y retos que ofrece el mundo globalizado de hoy.

En este sentido, reafirmamos nuestra adhesión a los principios y propósitos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, y demás convenciones, declaraciones e instrumentos internacionales de carácter universal y regional, que comprometen la voluntad de nuestros gobiernos a asegurar a los niños, niñas y adolescentes el respeto de sus derechos, su acceso a mejores niveles de bienestar y su efectiva participación en los programas de desarrollo integral”.

Luego se formulan una serie de acciones para la equidad y justicia social en nuestros países, que abarcan especialmente políticas en salud, educación, combate a la pobreza extrema, etc.

La totalidad de los compromisos se pueden consultar en la red de internet en: [www.comunica.es/cumbres/declaraciones](http://www.comunica.es/cumbres/declaraciones)

## Aspectos demográficos

La población adolescente y juvenil de Costa Rica constituye un grupo demográficamente importante, que en el año 2000 representaba un total de 821.082 adolescentes, distribuido en cuatrocientos veintinueve mil diecinueve adolescentes (429.019) de 10 a 14 años, trescientos noventa y dos mil sesenta y tres adolescentes (392.063) de 15 a 19 años y trescientos cuarenta y dos mil setecientos veintiocho jóvenes (342.728) de 20 a 24 años, lo cuál significa que los adolescentes son el veintiuno coma seis por ciento (21,6%) y los jóvenes el nueve por ciento (9%) del total de la población. Un treinta coma seis por ciento (30,6%) del total de la población es adolescente y juvenil (INEC, 2001), lo cual nos plantea que casi una tercera parte de la población de Costa Rica pertenece a estos grupos etáreos. De allí su importancia que el sector salud y en específico la Caja Costarricense de Seguro Social lleve a cabo acciones importantes de salud dirigidas a esta población.

La distribución en cuanto a sexos muestra un ligero predominio de hombres sobre mujeres que significa un 2,73% en el grupo de 10 a 14 años, 2,61% en el grupo de 15 a 19 años y 0,37% en el grupo de 20 a 24 años. La necesidad que se implementen estrategias que incorporen una atención tanto a hombres como a mujeres se convierte en un imperativo programático, que desde el Programa Atención Integral a la Adolescencia se ha incorporado, no solo en la atención en morbilidad sino en las estrategias de prevención y promoción de la salud.

A continuación se presenta la siguiente distribución geográfica de la población adolescente ubicada en edades entre los 15 a 18 años y del grupo juvenil de los 19 a los 24 años, para el año 1998.

### Distribución de la población joven, año 1998

Rango	Área Metropolitana	Resto Central	Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Norte	Atlántica	Total
15-18 años	74.806	98.988	21.455	14.045	28.617	26.981	26.981	279.327
19-24 años	104.942	115.196	24.269	16.530	30.816	33.164	33.164	340.702
<b>Total</b>	<b>179.748</b>	<b>214.184</b>	<b>45.724</b>	<b>30.575</b>	<b>59.433</b>	<b>60.145</b>	<b>60.145</b>	<b>620.029</b>

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1998.

### Datos del año 2002

Según el documento sobre el estado de la Niñez y la adolescencia el país cuenta con una población relativamente joven en un proceso de envejecimiento incipiente y tasas de fecundidad que se pueden considerar relativamente bajas.

Según los datos recopilados hasta el año 2002 se estima que la población costarricense es de unos 3.997.883.

El grupo de niños y niñas de 5 a 12 años y adolescentes de 13 a 17 años representan en conjunto cerca de un 28% de esta población, que en términos absolutos asciende a 1.113.987 personas para el año 2002.

El grupo de personas con edades entre 13 y 17 años representan un 10.81% de la población general (432.196 adolescentes).

Para el 2002, los grupos de personas de 13 a 17 años presenta un crecimiento moderado de un 0,4%.

A continuación se presentan los datos de números reales y absolutos de cantidad de población según grupo etáreo.

#### Cantidad de población según grupo etáreo

Grupos de Edad	Absoluto	%
0 a 4 años	352.619	8,82
5 a 12 años	674.791	16,88
13 a 17 años	432.196	10,81
Total menor de 18 años	1.466.606	36,68
18 y más	2.531.277	63,32
<b>Población Total</b>	<b>3.997.883</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Encuesta de Hogares 1998-2002.  
Datos en [www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr) o <http://ccp.ucr.ac.cr/encuestas>.

## **Educación en adolescentes**

El Censo de Población del año 2000 revela que del total de adolescentes con edades entre 13 y 19 años (563.436), 345.287 (61,3%) asisten a centros de educación regular, mientras que 218.149 (38,7%) no asisten a ningún centro de educación (INEC, 2001). Queremos subrayar que la población que no asiste al sistema de educación formal es bastante importante, siendo así evidente la necesidad de desarrollar estrategias novedosas que apunten a responder a las necesidades de salud integral de estos y estas adolescentes, que no se encuentran concentrados en centros educativos. En ese sentido se tiene un enorme reto para los y las funcionarias de la Caja Costarricense de Seguro Social que deben detectar y captar a esta población que es la que se encuentra en mayor riesgo psicosocial.

Asimismo, según dicho Censo, el porcentaje de analfabetismo para el grupo de edad de 10 a 14 años es de un 8,08%, en el grupo de 15 a 19 años es de 5,81% y en el grupo de 20 a 24 años el porcentaje de analfabetismo es de 6,29%. En ese sentido las estrategias de detección, captación, atención y promoción de la salud deben contemplar a los y las adolescentes que no leen, de modo que la información no se transmita únicamente por vía de los medios escritos.

## **Población económicamente activa y empleo**

En cuanto a los que no trabajan ni estudian, se cuenta con estimaciones que indican una población aproximada a los 20.000 niños y adolescentes (Pinsoni, 1999).

Pinsoni (1999) elaboró dos cuadros estadísticos que muestran la condición laboral de los segmentos poblacionales definidos, en el primero se abarca la población económicamente activa que va de los 5 a los 18 años y más.

El siguiente cuadro nos muestra que la población trabajadora de adolescentes costarricenses es bastante importante, siendo así que se rompe con el estereotipo que los y las adolescentes no trabajan, o se dedican exclusivamente a estudiar. De allí la necesidad de programar actividades en horarios no tradicionales, valga decir, que interrumpen los procesos laborales. Esto impone un gran reto al sector salud, el cual es la necesidad de considerar

que los y las funcionarias que trabajen con adolescentes tengan que contar con horarios diferentes u otro tipo de incentivos, para poder incidir en pro de la salud integral de esta población.

#### **Población económicamente activa**

		P.E.A.	Tasa de Participación
<b>Total Nacional</b>	<b>3.340.909</b>	<b>1.426.690</b>	<b>42.7%</b>
<b>5 - 11 años</b>	522.058	30.384	5.8%
<b>12 - 14 años</b>	222.491	30.384	16.4%
<b>15 - 17 años</b>	207.846	80.325	16.4%
<b>18 y más</b>	2.052.805	1.275.526	62.1%

Las labores a las que se dedican las personas menores de edad detectadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en el año 2000, se nos muestra en la siguiente distribución:

#### **Labores a las que se dedican las personas menores de edad**

Actividad	Porcentaje
Peón Agrícola	42.0%
Peón de construcción	4.7%
Pianguero	2.8%
Salonera	2%
Servidora doméstica	4.7%
Acarreador	4.6%
Ayudante de cocina	2.3%
Ayudante mecánico	2.4%
Cajero	2.3%
Demostradora	2.8%
Dependiente	13.2%
Empacador	6.6%
Misceláneo	5.4%
Operario	8.7%
<b>Total</b>	<b>100% (2360)</b>

Se puede notar el porcentaje tan importante en labores de peón agrícola, lo que indicaría a un adolescente en riesgo de problemas biopsicosociales, no en esta etapa de la vida, sino en edades posteriores; además de dificultades en el proceso de crecimiento y desarrollo. Si a lo anterior le sumamos labores similares como operario, acarreador y obrero de construcción, la problemática crece todavía más.

Por otro lado, en el caso más evidente de las servidoras domésticas, somete a las adolescentes a riesgos de abuso y deja en evidencia como todavía sigue siendo un mercado importante para el sexo femenino y deja inferir la existencia de un subregistro en las tareas tradicionales de la mujer, que sirven de dominación y sumisión como son las tareas domésticas de las mujeres en sus propios hogares como algo que se realiza no solo sin pago, sino sin horario y sin posibilidad de reclamar, lo que se ha denominado “la doble jornada” a la que sigue siendo sometida la mujer.

Los resultados de la investigación elaborada por Valverde y otros (2001) sobre conductas de riesgo (Valverde y otros, 2001), muestra que la mayoría de la población adolescente trabaja menos de 10 horas por semana, reportando salarios mensuales que van desde los 100 colones hasta los 8.000 colones. Un 43,3% de la población encuestada reporta una jornada semanal que excede en horas lo planteado por el Código de la Niñez y la Adolescencia. Sólo el 22,4% de la población que trabaja actualmente sigue estudiando. Existe un 27,04% de la población que no estudia ni trabaja. Casi el 72% de la población que trabaja reporta que su patrono no le paga seguro. Casi la cuarta parte de dicha población dice tener que levantar cosas pesadas y el 13,33% manifiesta manejar sustancias tóxicas.

Este último resultado confirma que los y las adolescentes se encuentran no solo explotados sino expuestos a grandes riesgos debido a la esfera laboral en la cual están inmersos.

### **Datos del año 2002**

Según el documento del Estado niñez y adolescencia correspondiente a datos de trabajo en menores de edad para el año 2002 se estima que un total de **113.523** niños, niñas y adolescentes desarrollan actividades laborales.

Estos menores forman parte de un grupo de 99.846 hogares que se enfrentan con importantes dificultades para obtener los recursos necesarios de subsistencia, así lo demuestran los resultados de la EHPM (Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples) del 2002. Por lo tanto se puede afirmar que existe un vínculo común entre trabajo infantil y pobreza, la cual es una de las causas de la inserción precoz de esta población al mercado laboral.

- En este año, por cada **100** niños, niñas y adolescentes ocupadas y ocupados, alrededor de **70** habitan en zonas rurales y **30** en zonas urbanas.
- Se registra una mayor tasa de participación de la población infantil masculina y adolescente.
- La población activa esta compuesta en un **71,5%** por hombres y en un **56,7%** por adolescentes.
- La tasa de participación global de niños, niñas se distribuye de la siguiente manera: un **3,2%** del grupo de 5 a 9 años, un **8,6%** del grupo de 10 a 14 años y **28,1%** del grupo de las y los adolescentes.
- Por cada 100 niños, niñas y adolescentes trabajadores: 32 de ellos se encuentran en situación de pobreza (**21.3%**) y pobreza extrema (**10.6%**).

Según los resultados de la Encuesta de Trabajo Infantil y Adolescente en Costa Rica publicados por el INEC en el 2003 se estima que un **7,3%** de la PEA del país estaba conformada por niños, niñas y adolescentes cuya edad varía entre 5 y 17 años; es decir, unas **127.077** personas, con una distribución porcentual según las regiones:

- 50 % en la Región Central,
- 12,3% en la Huetar Atlántica,
- 12,0% en la Región Brunca,
- 11,1% en la Chorotega,
- 8,5% en la Huetar Norte,
- 6,7% en el Pacífico Central.

Según los resultados de la EHPM 2002 de las labores que realizan los niños, las niñas, los y las adolescentes se distribuyen de la siguiente forma:

- 43,4% en el sector agrícola
- 21,7% en el comercio y reparación de vehículos y enseres

- 9,0% en la industria manufacturera,
- 7,0% trabaja en el sector de la construcción,
- 5,9% en el servicio doméstico,
- 4,8% en hoteles y restaurantes,
- 3,2% en servicios sociales, comunitarios y personales,
- 1,8% y 1,7% en actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler y transporte, almacenamiento y comunicación, respectivamente.

Estas son actividades productivas que no requieren mayor experiencia y capacitación, son intensivas en mano de obra y con baja remuneración.

Por último, la población económicamente activa está conformada por:

- 10,3% de niños y niñas de 5 a 9 años de edad,
- 29,1% de niños y niñas de 10 a 14 años,
- 60,6% de adolescentes.

### **Salud sexual y reproductiva**

De acuerdo a resultados de la *Encuesta Social de Salud Reproductiva* (2001), se observa que las costarricenses están recibiendo información anticonceptiva a edades cada vez más jóvenes. La proporción que recibió esta información antes de los 15 años de edad fue 29% (1999), comparado con el 21% de 1992; entre 15 y 19 años pasa a un 56%, cuando antes era un 50%. Hay por tanto un claro incremento en la información y educación sexual que reciben las jóvenes del país.

Según esta misma encuesta las fuentes de información son básicamente cuatro: las aulas (cursos/charlas), los círculos de amigos, el consultorio médico y el hogar (madre o pariente). Los medios de comunicación de masas aparecen con una importancia menor (4% para radio, TV e impresos). El perfil de las fuentes de información está, sin embargo, cambiando substancialmente. El cambio mayor es la sustitución del consultorio por el aula y, especialmente, por el hogar como la fuente donde los jóvenes reciben las primeras informaciones de planificación familiar. El 26% dijo haber recibido información de la madre u otro pariente, comparado con el 20% en la encuesta anterior. La difusión por interacción social, es decir, por amistades, se mantiene estable en

23% de las fuentes primarias de información. Parte del cambio descrito es, simplemente, consecuencia del envejecimiento de las generaciones pioneras de la planificación familiar, las que ahora pueden transmitir a sus hijas la información que en el pasado tuvieron que aprenderla por su cuenta. Otra parte del cambio parece deberse a la mayor cobertura escolar y a la inclusión de la educación sexual en la enseñanza formal.

Según una investigación realizada por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, llevada a cabo por Valverde y otros (2001), en el grupo de adolescentes de 10 a 12 años, respecto a la educación de la sexualidad, los y las adolescentes refieren haber hablado sobre sexualidad con su maestra en un 42,2% de los casos, seguido de un 31% que reporta haberlo hecho con su madre y tan sólo un 12,2% con su padre. Los principales medios por los cuales los adolescentes de este grupo reportan haber obtenido información sobre este tema son: la televisión, en un 26%, los libros (11,9%), y la radio en un 6,3%.

Según Valverde y otros (2001), los y las adolescentes entre los 13 a 17 años, manifiestan en un 76,4% conocer el preservativo como método anticonceptivo, las pastillas, son el segundo método anticonceptivo más conocido (61,1%), seguido con una gran diferencia por el DIU (15,9%) y las inyecciones (9,9%). Sin embargo, pese a que un 87,5% de la población sexualmente activa en este rango de edad dice conocer el preservativo como un método anticonceptivo, únicamente un 60,86% lo utiliza, siendo significativamente más alto el porcentaje de uso del mismo entre la población masculina (66,40%), que en la femenina (52,13%).

Dicho estudio nos agrega que los y las adolescentes entre 13 y 17 años y que son sexualmente activos, un 39,13% expresan no utilizar ningún método anticonceptivo, sucediendo esto en mayor medida entre las mujeres (47,86%) que entre los hombres (33,52%). Únicamente un 24,08% de esta población refiere haber usado en todas sus relaciones sexuales algún método anticonceptivo. Un 33,11% reporta haber tenido de 1 a 3 relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos y un 14,72% refiere haberlo hecho sin anticoncepción 4 veces o más. Un estudio llevado a cabo por la Asociación Costarricense de Gineco-obstetricia y Medicina Infanto-Juvenil (2005) muestra que los jóvenes tienen su primera relación sexual entre los 12 y 14 años (41%), seguido de un 38% que manifestaron que esa

experiencia fue mucho antes de los 15 (probabilidad de tener relaciones con mayor número de parejas y mayor exposición al VIH/SIDA).

En ese sentido, Valverde y otros (2001) mencionan que a pesar de la importancia del uso del condón para la prevención del VIH/SIDA y otras ETS, la principal razón que comunican los y las adolescentes para utilizar el preservativo es el embarazo (23,41%).

Estos resultados en la población adolescente sexualmente activa, llaman a la reflexión sobre las acciones a realizar, sugiere que las estrategias de educación sexual deben apoyarse en metodologías participativas que permitan asimilar mejor la información.

Lo expresado en el estudio anterior, parece tener coincidencia con lo planteado por *Encuesta Social de Salud Reproductiva* (2001) donde el porcentaje de mujeres en unión libre que alguna vez han usado anticonceptivos en el grupo de 15 a 19 años es de un 87%, pero que lo estén usando en la actualidad es de un 70%. Sin embargo de las mujeres en unión libre en las edades entre 15 a 24 años, baja de un 70% (1992), a un 64% (1999). Esta información es muy relevante porque nos señala el riesgo en que se encuentran las adolescentes no sólo de segundos embarazos, sino también de enfermedades de transmisión sexual, pero nos muestra además que el riesgo aumenta conforme se incrementa la edad, además de que a pesar que la información sobre sexualidad ha aumentado, el uso de algún método anticonceptivo disminuye. El comentario ineludible en este punto, se dirige a que podría deberse dicha tendencia a la no existencia de acciones dirigidas en lo preventivo y educativo, tanto en el sector salud como en el de educación a este grupo etáreo, fundamentalmente cuando ya no se encuentran en ningún sistema educativo.

El número deseado de hijos ha mostrado en nuestro país una tendencia a disminuir de un valor de 4.6 en el año de 1976, hasta uno de 2.7 en 1999. La disminución se da en todos los grupos de edad. Además, en el grupo de 15 a 19 años el porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, bajó en 1992 de 24.4% a 16.1% en 1999; haciendo la salvedad que para la *Encuesta Social de Salud Reproductiva* (2000) solo se incluyen las mujeres entre 18 y 19 años. Para este mismo grupo de edad para 1999, el número de hijos deseado es de 2.2. En ese sentido, desde las expectativas de las adolescentes, lo que el Sector Salud debe

procurar es que dichos embarazos ocurran en un período de adultez y no de adolescencia.

En cuanto a si deseaban o no tener un hijo en mujeres que estaban embarazadas, vemos que en el grupo de 15 a 19 años, el 55.9% si lo deseaba; el 20.6% deseaba esperar; el 23.5% no lo deseaba. En referencia a las mujeres en edad entre 15 a 19 años que desean un nuevo hijo vemos que el 83.3% si lo desea contra un 16.7% que no lo desea. En cuanto a la concordancia con los deseos de la pareja en este mismo grupo en lo referente al mismo número de hijos, tenemos que el 83.9% concuerda en el mismo número de hijos, 12.9% de las parejas quieren tener más hijos, y 3.2% quieren tener menos hijos. Estas cifras nos permiten introducirnos en un asunto muy complejo: el deseo y la normativa cultural y social. El deseo no necesariamente quiere decir, planificación, ya que puede tratarse de un fenómeno inconsciente que actúe de manera eficiente en la adolescente; de igual manera son los mandatos culturales y sociales, que tienen una fuerza sobre la construcción del deseo de las personas, que no se debe desestimar. De todas maneras siendo el porcentaje tan alto de adolescentes que si deseaban tener un hijo en la adolescencia, merece una atención especial en términos de trabajar sobre los procesos de vida de ellas y no sólo en las acciones educativas tradicionales que apuntan a la información.

En el grupo de mujeres entre 18 y 19 años, de las entrevistadas, el porcentaje en unión es de 35%, el de solteras de 60% y el de desunidas de 5%. Si analizamos esta información tomando en cuenta lo expresado anteriormente, se muestra un fenómeno todavía más especial, el 55.9% deseaban tener un hijo en la adolescencia y solo el 35% están en unión, lo que presenta que la disminución del embarazo en la adolescencia es un aspecto muy complejo, ya que no remite necesariamente al proyecto de tener una pareja estable.

Según datos de la Caja Costarricense de Seguro Social, el número de partos y abortos en el país queda distribuido de la siguiente manera:

### Partos y abortos en hospitales y porcentaje

Edad	1998	1999	2000
<b>Total</b>	<b>83.248</b>	<b>85.645</b>	<b>85.017</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
10 - 14 años	0.79	0.86	0.93
15 - 19 años	19.30	19.72	20.31
20 - 24 años	27.71	28.26	28.54
25 - 29 años	23.46	22.89	22.50
30 - 34 años	16.89	16.37	15.95
35 - 44 años	11.60	11.69	11.54
45 - 55 años	0.20	0.22	0.23
Desc.	0.04	-	-

Embarazadas atendidas. Fuente: Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, C.C.S.S.

Las adolescentes aportan el 21.24% de los partos y las jóvenes el 28.54%. Es así que ambos grupos constituyen el 49.78% de los partos, es decir, casi el 50% de los partos son productos de personas adolescentes y jóvenes. Esto nos plantea la necesidad permanente de tener un programa sistemático, bien elaborado, diferenciado y atendido por personal capacitado para atender a una población que posee características particulares, en donde deben incorporarse estrategias que apunten a una prevención del embarazo en la adolescencia y una atención integral de las adolescentes y jóvenes embarazadas.

López (2002), nos agrega “La proporción de madres menores de 20 años para el total de nacimientos en Costa Rica ha registrado un constante aumento en la década de los 90’s, pasando de representar un 16% del total de nacimientos en 1990 a un 21,3 en el año 2000” (Cuadro1).

Si bien en Costa Rica, el número total de nacimientos ha descendido en el periodo 1990-2000, no se observa lo mismo para

el grupo de mujeres menores de 20 años. Para éstas los nacimientos se han incrementado en 3624 nacimientos en el periodo analizado, casi igualando el descenso promedio para todos los grupos de edad de mujeres.

**Cuadro 1**  
**Nacimientos totales, de madres adolescentes,**  
**no casadas y de padre desconocido**  
**Costa Rica 1990-2000**

Año	Total Nº	<20 años		Madre no Casada %	Padre Desconocido %
		nº	%		
1990	81.939	13.028	15,9	38,5	21,1
1991	81.110	13.221	16,3	40,3	22,4
1992	80.164	13.307	16,6	40,6	22,8
1993	79.714	13.472	16,9	42,1	23,8
1994	80.391	14.390	17,9	44,7	24,9
1995	80.306	14.857	18,5	45,9	25,8
1996	79.203	15.049	19	47,1	27,2
1997	78.018	15.292	19,6	47,9	27,4
1998	76.982	15.473	20,1	49,3	27,9
1999	78.526	16.098	20,5	51,1	30,4
2000	78.178	16.652	21,3	52,7	31,2
Cambio 90-00	-3.761	3.624	5,4	14,2	10,1

Fuente: Luis Rosero, Centro Centroamericano de Población, UCR.

En el cuadro 1 se observa además, la proporción de nacimientos en madres no casadas, que ha aumentado de un 38,5% en 1990 a un 52,7% en el año 2000, lo que representa un 14,2% de aumento en el periodo. Los nacimientos de “padres desconocidos”, también han aumentado de un 21 a un 31%, con un aumento porcentual de un 10% en total.

Se presenta en conjunto esta información, por considerar que estos constituyen nacimientos posiblemente problemáticos, y además, es en el grupo de madres adolescentes, en el que se observa una mayor proporción de madres solas o de nacimientos mal llamados de “padres desconocidos”.

Al analizar la fecundidad por grupos de edad (Cuadro 2), se observa para el periodo 1990-2000, que en Costa Rica se ha registrado un descenso importante de la Tasa de Global de Fecundidad que pasó de 3,17 hijos por mujer a 2,35 en el periodo. Los grupos etáreos que más han contribuido a esta disminución

son los mayores de 30 años, (en un 54% las mujeres de 45 a 49 años; en un 46% las mujeres de 40 a 44 años,; en un 37% las mujeres e 35 a 39 años y con un 33% las de 30 a 34 años) mientras que el grupo de adolescentes menores de 20 años solamente han reducido su fecundidad en un 7%.

**Cuadro 2**  
**Tasas de fecundidad por grupo de edad**  
**Costa Rica 1990-2000**

Año	Tasa	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	Global							
1990	3,17	0,0933	0,1689	0,1577	0,117	0,0703	0,0243	0,0026
1991	3,08	0,0927	0,1665	0,1513	0,1114	0,0675	0,0235	0,0025
1992	2,99	0,09	0,1621	0,1467	0,1083	0,0662	0,0223	0,0021
1993	2,92	0,0876	0,1612	0,1448	0,1051	0,0624	0,021	0,0017
1994	2,89	0,0904	0,1618	0,1431	0,1016	0,0599	0,0197	0,0019
1995	2,84	0,0903	0,1584	0,14	0,1011	0,0575	0,0189	0,0017
1996	2,66	0,0862	0,1467	0,1319	0,0957	0,0531	0,0171	0,0014
1997	2,52	0,086	0,1392	0,1216	0,0908	0,0492	0,0166	0,0012
1998	2,43	0,0847	0,1371	0,1177	0,0849	0,0465	0,014	0,0014
1999	2,42	0,0861	0,1368	0,1173	0,0828	0,0457	0,0138	0,0011
2000	2,35	0,0864	0,1316	0,1143	0,0784	0,0442	0,0133	0,0012
Cambio %	-26%	-7%	-22%	-28%	-33%	-37%	-46%	-54%

Fuente: Luis Rosero, Centro Centroamericano de Población, UCR.

“Esta relativa constancia de la fecundidad de las mujeres menores de 20 años en el país ha determinado el aumento constante de la proporción de los nacimientos de este grupo de madres; señalando además que persisten patrones de inicio temprano de la reproducción biológica en nuestra población, que han permanecido relativamente invariables a lo largo del tiempo” (p 1-2).

Además nos agrega López (2002) “Las muertes de niños/as menores de un año cuyas madres son adolescentes, presenta una ligera sobre representación, con relación al número de nacimientos registrados en ese grupo de edad. Aproximadamente una cuarta parte de los niños y niñas fallecidos corresponden a madres adolescentes, con un 2 a un 3% más de fallecidos sobre los nacimientos reportados de madres de esa edad (...). Para el año 1998, la Tasa de Mortalidad Infantil en el país fue de 12,6 por mil nacidos vivos y para el grupo de madres menores de 20 años, se estimó en 15 por mil, para un exceso de 2,4 puntos. En 1999 el exceso en la tasa fue de 1,4 puntos para madres adolescentes y para el año 2000 la tasa específica de Mortalidad Infantil para madres adolescentes excedió al promedio nacional en 0,8 puntos.” (p. 3).

Como parte de la actualización de datos sobre embarazo adolescente se reportan los siguientes según el Estado de los derechos de Niñez y Adolescencia.

### **Datos del año 2000**

Según el Estado de los derechos de Niñez y Adolescencia. 2001:

- Se reportaron 7.699 nacimientos de madres adolescentes menores de 18 años (9.8 % del total de nacimientos).
- 7.088 nacimientos correspondieron a madres con edades entre 15 y 17 años.
- 611 de las madres tenían menos de 15 años.
- El INAMU indica que un 87.2% del total de madres menores de 19 años se dedican a labores domésticas, un 7.8% estudia y 8 de cada 10 no tienen ingresos propios ni independencia económica.

### **Datos de año 2001**

Según el Estado de los derechos de Niñez y Adolescencia. 2002:

En el año **2001**

- Un 20,2% de los partos ocurrieron en mujeres menores de 19 años, en cifras absolutas 14.860 adolescentes.
- Un 80% de las madres adolescentes no tenían relación marital.
- La mortalidad infantil para este grupo presentó una tasa de 15 por mil, mientras que el promedio nacional fue de 12,6 por mil; en términos porcentuales significa que el 25% de las muertes de niños o niñas ocurren en adolescentes.
- En términos geográficos, Limón, Puntarenas y Guanacaste son las provincias con una mayor incidencia de embarazo adolescente.

### **Datos del año 2002**

En el **2002**:

- Entre el rango de edad de los 12 a 14 años se reportaron 468 nacimientos y 5 de madres menores de 12 años de edad.
- Las provincias de San José y Limón son las que reportan más madres adolescentes.

- En el grupo de edad de 12 a 14 años, San José reportó 123 nacimientos en el 2002, y Limón 110.
- El total de madres adolescentes entre 15 y 17 años en el 2002 llega a 6.351.
- En este caso, son las provincias de San José y Alajuela las que presentan más nacimientos, seguidas de Limón.
- El grupo de edad entre 12 y 17 años presenta altos porcentajes de partos espontáneos y partos prematuros.

### **Aprendizaje y comportamiento sexual**

En 1999, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, efectuó un estudio cualitativo sobre conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad y salud sexual y reproductiva, con grupos focales de adolescentes de las áreas de salud de Golfito, Guápiles y Santa Barbara de Heredia (Rodríguez, Garita, Sequeira y Díaz, 1999). Entre las conclusiones que mostró dicho estudio en relación a ese tema, pueden destacarse las siguientes:

- Durante los juegos infantiles, los jóvenes aprendieron que el movimiento del cuerpo y el desplazamiento en el espacio, son muy importantes y que la violencia es parte de las relaciones entre las personas.
- Las jóvenes aprendieron que la tarea más importante es cuidar a otros, que su misión en la vida es ser madre y comportarse maternalmente, que siempre deben ser delicadas, tiernas y bonitas, que apartarse de estos estereotipos tiene su precio.
- En las dinámicas familiares, las y los adolescentes aprenden sobre las relaciones de poder que se expresan en las familias, y la influencia en ellas del género, la edad y el dinero.
- Los adolescentes plantean sus proyectos de vida, desde profesiones u oficios tradicionalmente masculinos. Las adolescentes, en su mayoría, no estructuran un proyecto de vida independientemente de los roles de madres y compañeras.
- Ni adolescentes mujeres ni varones demostraron tener estrategias definidas para hacer posible sus proyectos de vida. El entorno social de las tres comunidades ofrece pocas posibilidades para ello, además de que los y las participantes pertenecen a estratos sociales medios y bajos.

- El proceso de construcción de las identidades genéricas, presenta características sexistas definidas, la masculinidad y la feminidad se presentan como antagónicas.
- Este antagonismo se nutre de mitos que se inculcan desde la infancia y se refuerzan en el transcurso de la adolescencia.
- Existe gran confusión entre los conceptos sexo, sexualidad y relaciones sexuales.
- Los conocimientos en la esfera de la sexualidad se expresan principalmente desde el punto de vista biológico, limitando la sexualidad a la genitalidad.
- Los y las adolescentes elaboraron un vínculo directo entre relaciones sexuales y reproducción.
- Las muchachas mencionaron la existencia de un vínculo entre el amor y las relaciones coitales, cuando éste no existe, censuran estas relaciones.
- Desde la deseabilidad social, los adolescentes de ambos sexos consideraron necesaria la “madurez” para tener relaciones sexuales. Pero la idea de madurez es ambigua, la identificaron con tener determinadas edades y comprensión de lo que es “bueno” y lo que es “malo”.
- Frente a los cambios físicos de esta etapa de la vida, en la mayoría de las respuestas de las adolescentes, hubo actitudes de rechazo hacia su propio cuerpo.
- Se asume un doble parámetro para clasificar conductas y actitudes sexuales apropiadas para un sexo e inapropiadas para el otro. Tanto los varones como las muchachas, identifican las relaciones previas al matrimonio como desprestigiosas para las mujeres.
- Los adolescentes confundieron enfermedades de transmisión sexual con enfermedades del aparato reproductor.
- El SIDA fue la enfermedad más nombrada y manejan una serie de mitos sobre su origen y forma de transmisión.
- Presumen que eligiendo la pareja fuera de los grupos de riesgo, se protegen del SIDA, y que el matrimonio en sí, es una forma de protección.
- Confunden los métodos de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual con métodos de planificación.
- El método de protección más mencionado es el condón, pero a la vez es del que más desconfían.
- Se hizo evidente el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos.

También respecto al tema de conducta sexual, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, realiza una investigación sobre masculinidad en adolescencia que nos propone resultados complementarios a la citada anteriormente. Dicha investigación fue conducida por Garita (2001), la cual consistió en un estudio cualitativo con grupos focales de adolescentes de distintos sectores del país (zona rural, zona urbano-popular y zona urbano-marginal).

Al respecto, esta investigación plantea las siguientes conclusiones:

- El hombre es ser no mujer, es decir, construye su masculinidad en oposición a las mujeres. Sin embargo, esto no es monolítico, existen adolescentes que piensan que hay tareas que antes eran señaladas como exclusivas de las mujeres, tales como lavar, planchar, etc. relacionadas directamente a la esfera doméstica y que ahora consideran pertenecen a ambos sexos.
- El hombre tiene características sexuales y físicas específicas que son definitorias y de las cuáles las fundamentales son los órganos genitales.
- La fuerza física es esencial a la masculinidad y tiene que estar siendo continuamente mostrada y probada ante los demás, a través de someterse a conductas de riesgo.
- En la adolescencia temprana, de 10 a 14 años, los hombres deben fundamentalmente relacionarse con otros hombres, porque si no esto significa que es homosexual. Por el contrario, los adolescentes y los hombres jóvenes, de 15 a 24 años deben relacionarse con mujeres, porque si no son catalogados como homosexuales y excluidos del grupo.
- La masculinidad atraviesa por la posibilidad de tener relaciones sexuales( promiscuas) con varias mujeres, lo cual le impide la construcción de vínculos más estables. Esto nos comunica que la masculinidad atravesaría por una debilidad en iniciar y sostener vínculos con una persona significativa. Este es un aspecto que, sin embargo, no se puede generalizar a todos los adolescentes dichosamente, ya que algunos piensan que lo importante es formar una pareja y en el marco del matrimonio.
- Los hombres no deben permitirse expresiones de afecto ni sentirse vinculados a otra persona. Este aspecto nos refuerza lo dicho anteriormente, pero nos agrega como la

masculinidad puede, cuando es así entendida, convertirse en un mutilador del hombre mismo, al cercenarle un aspecto fundamental como es la posibilidad de comunicar su esfera afectiva y creer en la otra persona como alguien que puede comprender y ayudar.

- Los hombres nacieron para ser responsables económicamente del hogar, de la esposa y de los hijos. Este aspecto nos refuerza lo expuesto anteriormente, donde el hombre se ubica, por lo menos en su “imaginario”, en una soledad frente a las responsabilidades económicas de la familia y en disociación del resto de las y los miembros de la misma, especialmente de su pareja.
- Los adolescentes rurales consideran al ser masculino en estrecha relación con la reproducción y, en algunos casos, con la agresión física a la esposa.
- Los homosexuales no son hombres. Esta es una consigna básica en todos los grupos de adolescentes.
- El aprendizaje de la sexualidad se da principalmente a través de los amigos, en la calle y por los medios de comunicación colectiva. Los padres no desempeñan una función educativa y cuando lo hacen, ya llegan tarde con la información.
- En los adolescentes urbano populares los papás brindan información a través de facilitarles material pornográfico, tales como películas o revistas. Con ellos fortalecen el aprendizaje de relaciones sexuales desafectivizadas en donde el hombre es un objeto para sí mismo al igual que la mujer y por esto es que el ser hombre aparecería como aquel que es capaz de desvincularse.
- La masturbación aparece en todos los adolescentes como una práctica común, que es comentada por todos ellos y que es considerada como parte del proceso de autoconocimiento. Sólo un pequeño grupo considera que es pecado, sin embargo, ello no les impide la práctica, sino que en palabras de ellos, igual lo hacen pero con culpa.
- El intentar ver a la mujer desnuda y los tocamientos son otros de los aspectos que practican como parte del desarrollo de la sexualidad, porque sienten que las relaciones sexuales coitales serán su destino a corto plazo. Además, existe el mito de que el hombre tiene que ser experimentado, tiene que buscar aprender utilizando cualquier medio, pues por otro lado no puede preguntar, pues sería confesar su inexperiencia.

- El hombre debe siempre insistir en tener relaciones sexuales, aunque en primera instancia la mujer se niegue, porque la mujer, consideran ellos, lo hace como estrategia, porque la mujer también quiere. Esto hace que un mandato en el comportamiento del hombre sea buscar que la mujer acepte tener relaciones sexuales y nunca desistir. Esto preocupa particularmente pues puede llevarlos a conductas abusivas, sin que ellos se percaten que lo están haciendo.
- No todos los hombres adolescentes piensan de esa forma. Hay quienes consideran que se debe insistir, pero si la mujer les quita la mano cuando intentan tocarla ya no se debe insistir más. Otros piensan que la relación sexual se debe dar sólo cuando los dos estén de acuerdo.
- Los mensajes que reciben de padres y maestros es que tengan cuidado en no contraer una Enfermedad de Transmisión Sexual y no dejar a una mujer embarazada. Pero no sienten que les den una educación integral, que explique otros aspectos de la sexualidad.
- Hay mucha presión de los amigos para tener relaciones sexuales. Este es un elemento bastante común en todos, la presencia de amigos siempre está asociado a mostrar que se tienen o se va a tener relaciones sexuales, para ver así afirmada su masculinidad. En caso de que uno haya tenido relaciones sexuales puede recurrir a la mentira, aunque para ello tengan entonces que denigrar una mujer.
- Creen que la Iglesia Católica ve el sexo en todo y que utiliza el tema para ganar protagonismo. Esto es mencionado en términos de que algunos representantes de la Iglesia Católica, desempeñan un rol censor de algunos aspectos de la publicidad y que más bien, “ven sexo” donde los adolescentes ni siquiera lo han pensado así.
- El papel que desempeñan los padres de familia y el sistema escolar en la enseñanza de la sexualidad es mínimo, tampoco la Iglesia Católica desempeña un papel importante.

A su vez, en una investigación más reciente el Programa de Atención Integral a la Adolescencia conducida por Valverde y otros (2001), donde se realiza una encuesta a adolescentes de ambos sexos de todo el país, basándose en un muestreo estadístico nacional representativo, se revisa la magnitud de distintos factores de riesgo a los cuales se expone la población adolescente. En materia de sexualidad, los resultados que mostró dicho estudio pueden resumirse de la siguiente manera:

En el grupo de 10 a 12 años y 11 meses, se manifiestan diversas concepciones sobre sexualidad:

- Visión poco clara sobre el significado de la sexualidad, definiéndola únicamente como algo normal e importante (2,6%).
- Sexualidad como mala y dañina (6,3%). Se incluyen acá, las concepciones que denotan algo malo, feo, relacionado con el abuso y con la violación.
- Se define desde lo biológico, fisiológico y reproductivo (15,5%).
- Conceptualización de la sexualidad desde los vínculos y determinan a la misma, como aquello que tiene que ver con las relaciones humanas en general, con el amor y el aprecio (25%).

Además agregan, que los y las adolescentes de 13 a 17 años, manifiestan que han tenido relaciones sexuales en un 25,8%, siendo más numeroso en los hombres (30,8%) que en las mujeres (20,5%). En relación a este mismo tema, las regiones de salud en donde se reportan los porcentajes más importantes son la Huetar Atlántica (36,2%), la Pacífico Central (32,7%), la Huetar Norte (32,7%) y la Brunca (27,6%). Con relación a la edad de la primera relación sexual, la mayor concentración de datos se da entre los 14 y los 16 años, teniendo su punto máximo, en los 15 años (con un 7,1%), lo cual resulta coincidente con estudios anteriores en esta materia.

La investigaciones enunciadas anteriormente, lo que dejan muy en claro es que existen todavía con mucha fuerza patrones de socialización tradicionales en términos de la construcción genérica, pero además un grupo bastante importante de adolescentes que están teniendo relaciones sexuales y de manera ocasionales o temporales, que conduciría a que se corra el riesgo que sean con diferentes personas. Esto llama la atención a un Sistema de Salud que debe dar respuesta en todos los escenarios (establecimiento de salud, comunitario, escolar, laboral y familiar), en torno a la temática de la salud sexual y reproductiva.

### **Nutrición**

La dieta de los y las adolescentes costarricenses, según un estudio realizado por Monge (2000) con adolescentes del Gran Area

Metropolitana y de las áreas rurales aledañas, mostró que cerca del 35% presentaron una ingesta de ácidos grasos superior al 10% del valor energético total (VET), más del 70% no ingieren ni siquiera un 7% del VET derivado de ácidos poliinsaturados y cerca del 75% no alcanzaron a consumir ni un 10% del VET proveniente de los ácidos grasos monoinsaturados. Cerca del 50% de los jóvenes reportaron un consumo de colesterol mayor a 100/1000 kcal. El análisis de la relación de ácidos saturados y poliinsaturados evidenció que la dieta de más del 80% de los jóvenes presenta características con riesgo cardiovascular (aterogénicas), situación que se confirmó al estudiar el Índice Colesterol-Grasa saturada. La dieta tiende a ser más aterogénica en los jóvenes urbanos que en los rurales.

Por otro lado, se ha evidenciado un consumo de fibra menor a los 10g/1000 Kcal. en más del 50% de los y las adolescentes estudiados y una ingesta inferior a la recomendación mínima de "EDAD+5" en más del 70%. Esto puede estar asociado al bajo consumo de frutas y vegetales de los y las adolescentes.

Además Monge (2000) reportó que en cuanto al consumo de las frutas y vegetales en adolescentes de 13 a 17 años, el promedio de frutas fue 1.21 y el de vegetales de tan solo 0.42 porciones, lo cual está marcadamente distante de la recomendación de "5 al día". Adicionalmente en cerca del 40% de los y las jóvenes se ha determinado una ingesta de vitamina B12, A, Equipo de Atención Integral a la Adolescencia y hierro entre el 30-70% de la recomendación dietética (RDA). Alrededor del 15% de los y las adolescentes reportaron ingestas de esos nutrientes inferiores al 30% de la RDA.

En más del 25% de los y las adolescentes se ha evidenciado una ingesta de zinc, magnesio y folato inferior al 50% de la RDA y en más del 80% una ingesta de calcio inferior a los 2/3(867 mg) de la Ingesta Diaria Recomendada (IDR) para el mineral. De estos, cerca del 50% ni siquiera consume diariamente el 30% de la IDR de calcio (433 mg). Esta información sugiere, que en la mayoría de jóvenes estudiados la consolidación de la masa ósea está siendo restringida.

## **Enfermedades de transmisión sexual y SIDA**

Según Valverde y otros (2001) en relación al conocimiento en los y las sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual, sobresale el hecho de que sólo un 38,9%, un 28,9% y un 11,6% aseguran haber oído hablar sobre la gonorrea, la sífilis y el herpes respectivamente.

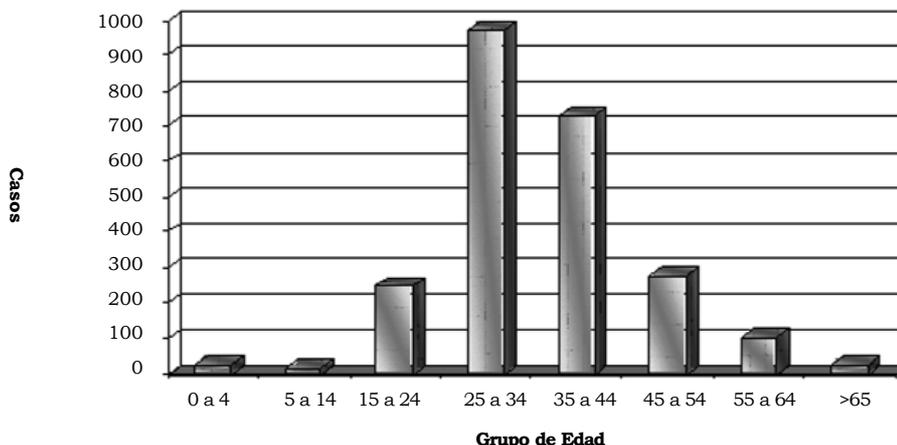
Un 95,5% de la población de 13 a 17 años y 11 meses refiere haber oído hablar sobre el SIDA. No obstante, al preguntar por las enfermedades de transmisión sexual conocidas, sólo un 80% reconoce al SIDA entre ellas.

Únicamente un 25,7% de la población reconoce el uso del preservativo, como un medio mediante el cual se puede evitar el contagio del SIDA. Algunos otros métodos mencionados son la abstinencia (12,5%), “protegerse”, pero sin tener claro de qué manera (11,4%) y conocer a la persona con quien se tiene relaciones (7%).

Esto nos plantea que el desconocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual, aunado a la omnipotencia juvenil, genera conductas de riesgo bastante importantes para adquirir dichas enfermedades además de VIH/SIDA.

En el siguiente gráfico se pueden observar los casos de SIDA, según el grupo etáreo, para el caso de Costa Rica y acumulados desde el año 1983 al 2003. Al respecto podemos notar que la cúspide del gráfico se sitúa en el grupo de edad de 25 a 34 años (superior a los 900 casos), aunado al hecho de que el grupo de 15 a 24 (superior a los 200 casos) se contempla un número importante que presentan dicha patología. El señalamiento apunta a que la población que se muestra con SIDA en ese grupo de edad, tenía que haberse infectado precisamente en la adolescencia, lo que nos conduce a la enorme preocupación que genera las conductas de riesgo de los y las adolescentes y las consecuencias mortales que se están generando. Urge de esta forma, diseñar estrategias más agresivas que promuevan cambios actitudinales en los y las adolescentes.

### Casos de SIDA según grupo de edad Costa Rica 1983-2003



Fuente: Dirección General de Salud. Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2004.

### Conductas de riesgo

El entendimiento de las conductas de riesgo es vital para el manejo adecuado de estrategias de promoción de la salud e intervenciones con la población adolescente. En este sentido el PAIA tiene un interés especial en los estudios y trabajos de investigación que ayuden en la comprensión tanto de las conductas de riesgo como las conductas protectoras en este período de la vida.

En una investigación realizada por Molina, Durán, Donas y Rocabado (1999) con adolescentes de 12 a 19 años, de una muestra nacional con una encuesta en centros educativos y domicilios, se encontró que un 14.2% dijo haber portado cuchillo o navaja al menos una vez durante el último mes, además un 10.6% llevó alguna durante el mismo período algún tipo de arma al centro educativo. La violencia así se está convirtiendo en algo cotidiano dentro del proceso de desarrollo, ya sea, porque sienten que tienen que defenderse o porque consideren el atacar como un elemento permanente en sus vidas. Esto nos lleva a plantearnos un serio problema en torno a una sociedad que apunta a la violencia y en donde los y las adolescentes empiezan a formar parte bastante activa de este proceso.

Valverde y otros (2001) señalaron que en la población de 13 a 17 años el 19,6% se ha peleado a puñetazos (25,5% de hombres y 13,5% de mujeres), debido fundamentalmente por problemas por los amigos y por que los retan. El arma que más portan son las cuchillas o navajas en un 5,4%. Existe un 6,50% del grupo de 13 a 17 años que ha sido arrestado en los últimos seis meses. De este mismo grupo existe un 30,30% que conducen algún tipo de vehículo automotor. De los que conducen: el 10,79% afirma haber participado en piques, un poco más de la mitad usa el cinturón de seguridad, y aproximadamente la mitad lo usa cuando va de acompañante. Un 22,7% de la población ha viajado en vehículo con chofer que había consumido licor.

Es claro, nuevamente, que la recurrencia a la violencia o a componentes autodestructivos, está apareciendo con mayor frecuencia en los y las adolescentes, que es resultado de una sociedad que muestra lo cotidiano y normal que es la misma en la vivencia de todos, sin un ojo crítico. Surge, entonces, que el Sector Salud promueva de una manera abierta y directa la cultura de paz entre los y las adolescentes, que los lleve a alejarse de la violencia o cualquier conducta de riesgo como sinónimo de adolescencia.

Utilizando siempre los resultados de esta misma investigación, se cita que un 40,5% de la población entrevistada ve televisión de 1 a 2 horas, 34,5% ve de 2 a 4 horas y el 19,6% ve más de 4 horas diarias. Un 33,7% de la población juega video juegos de 1 a 2 horas diarias. Un 85% de la población manifiesta no utilizar Internet. Así, la importancia de la televisión sigue siendo relevante en esta población, con los contenidos que se transmitan; de allí, la necesidad que se produzcan contenidos donde se promuevan valores que apunten a la solidaridad, equidad y amor, y no dirigido a conductas de riesgo, como parece ser la tónica.

En la población de 10 a 12 años, se encontró una relación significativa entre el castigo físico y los aspectos que podrían disminuir el sentirse apreciado por los adultos(as) y en última instancia sentirse una persona importante. De este grupo de edad, un 25,3% se siente inseguro en sus propias casas en algún momento (razones: sensación de miedo no específico y porque le dejan solo en la casa. (Valverde y otros, 2001). La necesidad de incorporar el ambiente familiar como un elemento importante para la promoción de la salud integral de los y las adolescentes, se muestra como vital. Siendo así que se debe realizar acciones

concretas y específicas con los padres y madres de familia, para promover un núcleo familiar favorecedor de una adolescencia sana.

En el grupo de 13 a 17 años, existe un 27,8% que desearía cambiar algo de su cuerpo (de las mujeres el 36,7% y de los hombres el 19,3%). Las razones referidas con más frecuencia son el peso y la estética corporal. (Valverde y otros, 2001). Este aspecto es como un cuchillo de doble filo, ya que la preocupación por el cuerpo puede permitir el interés de los y las adolescentes por el auto cuidado, lo que conlleva a reducir estilos de vida riesgosos; pero, dada la promoción de una estética del cuerpo estereotipada y sumamente orientada a la delgadez, podría más bien incidir en el fortalecimiento de patologías como la anorexia y la bulimia. De allí, que es necesario la búsqueda de estrategias que orienten este interés, de por sí natural en la adolescencia, al desarrollo de un auto cuidado.

### **Consumo de alcohol, fumado y drogas ilícitas**

En una investigación realizada por Bejarano y San Lee (1997), con jóvenes entre 12 y 24 años de edad de zonas urbanas y rurales de todo el país, observaron que el comportamiento en cuanto a la ingesta de café es inferior en 8 puntos porcentuales a la observada a nivel nacional (60%).

El consumo indebido de benzodiazepínicos, es decir la ingesta sin prescripción, en el joven costarricense con edades entre 12 y 24 años, es de 1.3%; este porcentaje sería relativamente alto si se considera que la edad promedio de inicio en el nivel nacional es de 31.7 años. En cuanto al consumo de tranquilizantes alguna vez en la vida, el 77% corresponde a mujeres, siendo que el mayor porcentaje tuvo su inicio antes de los 18 años de edad. El consumo se efectuó asociado a problemas agudos de ansiedad y de insomnio.

La prevalencia de vida de consumo de tabaco es de 22.3%, que es inferior a la hallada en la población en general que fue de 35.2%. En comparación con los datos obtenidos en 1990, en la población de 12 a 21 años, se aprecia un incremento de casi nueve puntos porcentuales cinco años después, circunstancia que llama a preocupación. La experiencia de haber fumado alguna vez en la vida es más prevalente en varones que entre mujeres; además es

significativamente mayor entre personas con educación universitaria (30%), que entre individuos con educación primaria o secundaria (21.2%). Esto merece un gran tratamiento en términos de adicción, porque en este aspecto parece que el mayor nivel educativo no se está constituyendo en un factor protector, sino que más bien se muestra como un factor de riesgo. Implica de esta forma, que hay que trabajar para disolver el binomio nivel académico-fumado.

La prevalencia general de consumo de alcohol es de 48.5%. La edad de inicio de consumo de alcohol en los y las jóvenes costarricenses es de 15.53 años. La bebida de inicio para un 55.5% fue la cerveza, seguida por un 14.5% que comenzó con guaro. La bebida de consumo actual para un 72% es la cerveza. Las crisis étlicas o “tandas” (ingesta con embriaguez dos o más días seguidos) se presentan en 29% de los varones y el 10% de las mujeres. Llama la atención no solo la cantidad de adolescentes que están tomando licor sino también el patrón de consumo, ya que podría conducir a adultos con alcoholismo a edades muy tempranas.

El consumo de marihuana alguna vez en la vida corresponde al 2.4% de los y las jóvenes de 12 a 24 años. El consumo es significativamente mayor entre el grupo de los varones, donde de cada diez que habían experimentado con esa droga, menos de dos eran mujeres. Existe una asociación entre el consumo activo de alcohol y haber probado marihuana, entre quienes habían experimentado con marihuana, un 65.2% es consumidor activo de alcohol.

La proporción de consumo de cocaína es de 0.7% y de crack de 0.5%, siendo la edad de inicio para cocaína de 18.57 años y la de crack de 18.25 años.

En relación a este mismo tema, sobre consumo de sustancias legales e ilegales por parte de adolescentes, en la investigación realizada por Valverde y otros (2001), se señalan los siguientes datos:

Con relación al fumado, de acuerdo a los datos obtenidos, “el 5,6% de los y las menores de trece años (6,2% de los hombres y 5,1% de las mujeres) han probado un cigarrillo alguna vez” (p. 93). Es en la Región Central Sur (Sur y Norte) donde más adolescentes

reportan haber probado el tabaco. La segunda región con mayor índice de prueba de tabaco para los y las adolescentes de 10 años a 12 años es la Huetar Atlántica, y para los y las adolescentes de 13 a 17 años, es la Región Huetar Norte.

“Respecto al momento de la vida en que se tiene ese primer contacto, dentro de la población de 10 a 12 años, en un 1,2% de los casos (siendo la edad con mayor concentración de datos la de 10 años)” (p. 95). Antes de los trece años, el 9,8% de la población total reporta haber fumado un cigarrillo completo, y es la edad de los 14 años donde más sujetos (7,3%) reportan haber fumado el primer cigarrillo completo.

Sobre el patrón de consumo de la población que continua fumando, 24,9% fuma todos los días y el resto fuma en forma menos frecuente y regular; mostrándose de esta forma que existe casi una cuarta parte de la población de adolescentes que inician el fumado que lo continúan haciendo, quedando muy en claro que existe un riesgo muy elevado en la adolescencia de que aquellos que inicien el consumo de tabaco luego desarrollen una adicción; de allí, lo indispensable de trabajar en medidas preventivas para que no inicien consumo o para que habiéndolo hecho no se pase a una adicción.

Otro dato de interés es “que mientras el 23,2% de quienes fuman ven el cigarrillo como algo positivo para el desarrollo de la persona, solo 4,6% de quienes no fuman comparten esta percepción. Coincidentemente, mientras el 74,5% de quienes fuman, ven esta conducta como algo negativo o muy negativo, 95% de quienes no fuman la conciben de esta manera” (p.99). Este es un aspecto que nos llama la atención, ya que el Sector Salud debe preocuparse en realizar campañas que aumenten la percepción donde se rompe el binomio cigarrillo-desarrollo de la persona.

Surge también otra relación interesante en los adolescentes entre los 13 y los 17 años, mientras 29,4% de quienes estudian han fumado un cigarrillo completo y solo el 11,3% sigue fumando, 43,3% de quienes no estudian lo han probado y el 20,1% sigue fumando. Esto no significa necesariamente que quienes no estudian estén en más riesgo de fumar, sino que implica que también hay un porcentaje importante de adolescentes que no

estudian, no queriendo decir con ello que no se tengan que realizar acciones importantes con la población que no estudia.

Con respecto al consumo de alcohol, esta investigación señaló lo siguiente: “mientras el 16% de los y las menores de trece años (18,2% de los hombres y 13,8% de las mujeres) ha probado alguna vez bebidas alcohólicas, 62,6% de los y las adolescentes de 13 a 17 años y 11 meses (61,4% de los hombres y 63,9% de las mujeres) lo ha hecho (...). Es en las regiones Huetar Norte (29,6%), Central Norte (18,9%) y Central Sur (15%) donde más adolescentes del segmento entre los 10 y 12 años reportan haber probado bebidas alcohólicas alguna vez. En cuanto a los y las adolescentes de 13 a 17 años y 11 meses, las regiones donde más sujetos reportan haber probado bebidas alcohólicas son la Huetar Norte (69,4%), la Brunca (66,1%) y la Huetar Atlántica (64,7%)” (p. 100).

La principal motivación para probar el alcohol, mencionada por los y las adolescentes entre 13 y 17 años es la curiosidad. No obstante, en el grupo de 13 a 17 años, manifiestan además el “ser invitado” o que “otros le hayan regalado” como motivaciones del primer contacto con bebidas alcohólicas. En la edad de 11 años se concentra la mayoría de datos (4,3%) sobre la edad de primer contacto con las bebidas alcohólicas. En la población de 13 a 17 años, la edad más frecuente en la que se reporta el primer contacto es a los 12 años (15,7% del total).

En la población de adolescentes mayores de 13 años, 11,1% de la población total refiere seguir consumiendo al menos una vez a la semana, siendo la Región Pacífico Central (16,3%) donde más se reporta un consumo de al menos una vez por semana.

Un 1% de la población de 10 a 12 años y 4% de la de 13 a 17 años manifiestan haberse emborrachado entre 1 o 2 veces en los últimos tres meses. Este último segmento de edad reportan en un 2,5% haberse emborrachado más de dos veces en los últimos tres meses.

Sobre las percepciones “que los y las adolescentes poseen sobre el consumo de bebidas alcohólicas, y la relación que establece con su propio patrón de consumo, un 21% de quienes toman regularmente ven dicha conducta como algo positivo para el

desarrollo de la persona, solo un 4% de quienes no lo hacen, comparte esta percepción” (p. 104).

“Un 34,9% de los y las adolescentes de 10 a 12 años y 11 meses, creen que la principal razón del consumo de bebidas alcohólicas de gente de su edad es porque les gusta y se divierten, y en la población de adolescentes mayores un 36,1% plantea que la gente de su edad consume alcohol porque le gusta. Otras razones planteadas por los y las adolescentes en este respecto, se relacionan con problemas personales y familiares y la necesidad de aceptación de otros (8,4% de los y las adolescentes de 13 a 17 años y 11 meses)” (p. 104).

En lo relativo al consumo de drogas ilegales, un 8,9% de la población de 13 a 17 años 11 meses (12,5% hombres y 5,1% de las mujeres) señala haber probado drogas ilícitas alguna vez. Las regiones donde más se reporta este fenómeno son: Central Sur (10,4%), Huetar Atlántica (9,5%) y Central Norte (9,4%).

Informan que la principal motivación para el primer contacto con la droga en la población que ha probado fue la curiosidad (51,46%). La segunda motivación reportada fue “por que les han ofrecido”.

Frente al 3,7% de la población de 10 a 12 años que les han ofrecido drogas, hay un 26,4% de la población de 13 a 17 años que les han ofrecido drogas. En los lugares donde con más frecuencia se señala que les han ofrecido drogas es en la comunidad o barrio (44,77%), la institución educativa (21,24%) y fiestas (17,97%). En las regiones en donde fue más frecuente este ofrecimiento de drogas se encuentran la Central Sur (29%), Central Norte (28,7%) y Huetar Norte (28,65%).

Con respecto a la percepción sobre porqué los y las adolescentes de su edad consumen este tipo de drogas, las principales razones fueron los problemas familiares y porque les gusta o por vicio.

Es importante dejar muy en claro las estrategias comunales que se tienen que llevar a cabo para la prevención de las drogas, ya que es el foco principal donde se obtiene y promueve, pero además la vigilancia de los centros educativos y de las familias, ya que en estos ámbitos de un aparente control es donde se está dando el mayor espacio para el consumo de las drogas.

## Delincuencia

De acuerdo con los datos suministrados por las diferentes instancias del Organismo de Investigación Judicial, se procede a mostrar a los imputados individualizados para 1998 y 1999.

Grupos de edad	Presuntos imputados	
	1998	1999
14 años	-	3
15-17 años	17	24
18-19 años	14	22
20-29 años	78	106

Sobresale para 1998 como para 1999 el grupo de 20 a 29 años, el cual abarca el 46% de edades obtenidas para 1999, lo que a su vez puede interpretarse como que aproximadamente una de cada dos personas individualizadas en este tipo de hechos se encuentran en esas edades.

Como dato relevante destaca la individualización para 1999, de 27 personas entre los 14 y 17 años. Este conjunto de presuntos autores ha venido en aumento en los últimos años, llegando a representar un porcentaje importante (11%). Esto nos comunica de un y una adolescente que está en condiciones de vida de gran vulnerabilidad, lo suficiente, como para establecerse una tendencia de aumento de la delincuencia, como forma de procurarse su sobrevivencia.

En cuanto a las víctimas por homicidio culposo, tenemos la siguiente distribución:

Grupos de edad	Víctimas de homicidio culposo			
	1998	%	1999	%
10-17 años	48	8.3	49	8.0
18-19 años	19	3.3	25	4.0
20-24 años	71	12.2	69	11.4

Tanto para 1998 como para 1999, el grupo de personas fallecidas en homicidios culposos con edades entre los 20 y 24 años se constituye como el de mayor participación. La juventud de esta manera está siendo afectada negativamente por el componente de violencia.

Sin embargo se observa a este respecto que las tasas más altas de personas homicidas se sitúan entre los 18 y los 34 años.

Las tasas de homicidio de las personas menores de 18 años son inferiores a las de los adultos de entre 18 y 44 años de edad; esto es importante de mencionar ya que en otros países es verdaderamente alarmante que la mayor cantidad de homicidios se dé por parte de la población adolescente.

- Con respecto a datos sobre delincuencia juvenil más actualizados se refiere que la cantidad de menores de edad entre los 12 y 18 años que se encuentran en conflicto con la **Ley de Justicia Penal Juvenil** oscilan entre **302** en 1997 y **226** en el año 2000.
- Los adolescentes privados de libertad se alojan en el **Centro Juvenil Zurquí**. Este centro, a setiembre de 2002 contaba con **50** varones y una mujer; a esa misma fecha había **344** cumpliendo otras medidas alternativas.
- La mayoría de los menores de edad en conflicto con la Ley penal tienen características comunes como lugar de residencia (zonas urbano marginales), violencia familiar, bajo nivel de escolaridad y deterioro personal por el consumo, el abuso y la adicción a las drogas.

#### Cantidad de menores con sanciones, 1997-2000

Sanciones impuestas	1997	1998	1999	2000
Total	302	246	297	226
Amonestaciones y Advertencias	95	61	39	31
Libertad Asistida	90	71	136	102
Ordenes de Orientación y Orientación y Supervisión	42	30	28	24
Internamiento en Centro Especializado	49	53	56	40
Otros	26	31	38	29

Fuente: Poder Judicial Sección de Estadísticas.

## Morbimortalidad adolescente

### *Morbimortalidad de la población de 10 a 14 años*

Las consultas que realizaron los adolescentes de 10 a 14 años durante el año 1997 en la Caja Costarricense de Seguro Social, en mujeres fueron principalmente enfermedades del sistema respiratorio (25.61%), enfermedades de la piel y subcutáneo (11.03%); comportamiento similar en hombres, enfermedades del sistema respiratorio (26.36%), enfermedades de la piel y subcutáneo (9.23%). En ese mismo sentido, los principales egresos hospitalarios para este grupo de edad en el grupo de hombres fue: causas externas (16.69%), enfermedades del sistema digestivo (13.74%), enfermedades del sistema respiratorio (7.50%), en las mujeres fue enfermedades del sistema digestivo (15.20%), causas externas (11.28%), enfermedades del sistema respiratorio (10.85%).

Según los datos recopilados hasta el año **2002** se nota que en este rango de edad se da el consumo más bajo de servicios de salud de la C.C.S.S. Este grupo consume:

- Menos del 7% de las atenciones de urgencias,
- Menos del 5% de las consultas y
- Menos del 3,5% de los egresos hospitalarios.

## Atención de urgencias

Las causas más frecuentes de atención de urgencias en los años 1996 y 2001 fueron:

### Atención de urgencias

Diagnóstico	1996	2001
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	20%	27%
Causas externas	24.9%	19.5%
Signos y síntomas generales	11%	8.3%
Asma	8%	4%
Infecciosas y parasitarias	6.7%	9%

## **Hospitalización**

Las personas de 10 a 14 años tienen bajas tasas de hospitalización. Las causas de hospitalización están relacionadas con:

- Lesiones y traumatismos por causas externas (alrededor del 20% en los varones y del 10% en las mujeres,
- Apendicitis que es la causa simple más frecuente para ambos sexos,
- En las mujeres inician su aparición causas relacionadas con el embarazo.

## **Mortalidad**

Este grupo presenta una de las tasas más bajas de **mortalidad** de toda la población (0.28 por 1000 habitantes en el 2002).

En el año 2001 se produjeron 105 defunciones en este grupo de edad, para una tasa de mortalidad de 0,24 por 1000 habitantes y una razón de masculinidad de 16 varones por cada 10 niñas.

Las causas más comunes de mortalidad en el año **2001** son las causas externas (10.9/100 mil hab.), las más comunes son:

- Ahogamiento (3.25/100 mil hab.)
- Accidente por vehículo motor (2.78/100 mil hab.)
- Atropello (1.39/100 mil hab.)
- Suicidio (1.16/100 mil hab.)

Otras razones importantes de defunción son

- Tumores (4.6/100 mil hab.) y
- Enfermedades del sistema nervioso (3.02 /100 mil hab.)

Se presentan aumentos leves en las tasas de los tumores malignos, anomalías congénitas y suicidio.

## **Morbimortalidad de la población de 15 a 19 años de edad**

En cuanto a la consulta de médicas de mujeres de 15 a 19 años para **1997**, tenemos que de un total de 366.023 consultas, las causas principales son: sin hallazgo patológico 25.59%, enfermedades del sistema respiratorio 12.50%, enfermedades del

sistema genitourinario 14.22%, enfermedades de la piel y subcutáneo 7.02%, enfermedades del sistema digestivo 5.50%, enfermedades del sistema osteomuscular 4.40%, embarazo parto y puerperio 3.30%, trastornos mentales 2.54%. Sobre los egresos hospitalarios se nos muestra que: embarazo, parto y puerperio (80.73%), enfermedades del sistema digestivo (3.23%).

En referencia a las atenciones en urgencias para mujeres de 15 a 19 años en **1996** se nos presenta el embarazo, parto y puerperio con un 25.70%, enfermedades del sistema respiratorio 22.03%. Para **1998**, tenemos que de un total 16.063 consultas sobre aspectos relacionados con el parto y abortos, el 8.78% corresponden a este último aspecto. En ese sentido del total de egresos que son 24.696, embarazo, parto y puerperio representa el 79.91%, donde el parto normal es el 29.30%, amenaza de parto prematuro el 8.35% y aborto el 5.81%.

En los hombres de 15 a 19 años para **1997** según egresos hospitalarios se nos muestra: causas externas (27.89%), enfermedades del sistema digestivo (18.37%), enfermedades del sistema genitourinario (9.52%). Aunque estadísticamente no es significativo queremos resaltar los trastornos mentales con un 4.74% en relación a las mujeres con un 1.26%.

Las urgencias en hombres de 15 a 19 años para **1996** se distribuye de la siguiente forma: causas externas (34.51%), enfermedades del sistema respiratorio (26.21%), signos y síntomas generales (10.89%). Queremos resaltar causas externas, ya que en ellas se clasifican heridas, traumas, fracturas, quemaduras, envenenamientos.

Según los datos recopilados hasta el año 2002 en este grupo de población que corresponde en ese momento al 10,5% del total poblacional refiere que el consumo de servicios de la C.C.S.S. corresponde a:

- Menos del 9% de las urgencias
- 6% de las consultas
- 8% de las hospitalizaciones

A partir de este grupo de edad que se registra un mayor consumo de servicios por las mujeres en todas las áreas de atención, relacionado directamente con la actividad reproductiva.

### Atención en emergencias

Las causas más frecuentes de atención en emergencias en los años 1996 y 2001 son:

Causas de atención en emergencias	1996	2001
Infecciones agudas de las vías respiratorias	14%	19.7%
Lesiones por causas externas	18.26%	15.7%
Embarazo, parto y puerperio	16.75%	10%
Signos y síntomas generales	10.7%	8.08%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.7%	7.3%

Las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores son la causa de consulta más frecuente para ambos sexos en ambos años, seguidas de lesiones por causas externas en los varones y embarazo normal en las muchachas.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias muestran un aumento importante en el año 2001 respecto a 1996.

#### Datos 2002 con respecto a la consulta externa:

- Los controles de salud sin patología fueron la primera causa (34.6%) de consulta sobre todo en las mujeres
- Las enfermedades respiratorias implicaron la segunda causa de consulta en este grupo (11.6%)
- La tercera correspondió al sistema genitourinario (9%)
- La cuarta, a enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (7.8%)

Son frecuentes también las causas externas en los varones, y los trastornos en el embarazo en las mujeres.

## Hospitalizaciones

Las lesiones por causas externas son las que producen más de la cuarta parte de las hospitalizaciones de los varones de 15 a 19 años de edad.

En este grupo las **hospitalizaciones** femeninas superan a las masculinas; la razón de feminidad es de 5,1 en 2002 mujeres por cada varón.

Para la población femenina en este grupo de edad el parto normal representa el alrededor del 30% de sus hospitalizaciones seguido por amenaza de parto prematuro (alrededor del 7%), luego aparece el aborto y el traumatismo obstétrico que pasó a segundo lugar en 2002 con un 11%.

## Mortalidad

La tasa de **mortalidad** en este grupo es muy baja. Según datos brindados por Instituto de Estadísticas y Censos en Estadísticas vitales, para el año **2000**, tenemos la siguiente información con respecto a muertes causadas por accidentes:

Edad	1998	1999	2000
10-14 Años	23	32	24
15 - 19 Años	48	48	63
20 - 24 Años	74	78	70

Es evidente que el comportamiento en el grupo de 15 a 19 años ha tenido una tendencia a incrementar notablemente, contrario a los otros dos grupos de edad. Sin embargo, es importante señalar que en todos los grupos el número de muertes por accidentes sea bastante significativo.

Las tasas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años, según la información suministrada por el Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud C.C.S.S., son las siguientes:

Causa básica de muerte	1992			1997		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa	61.31	84.20	37.44	68.75	95.18	41.26
Población	300.118	153.200	146.918	346.176	176.504	169.673
Defunciones	184	129	55	238	168	70
Infecciosas y parasitarias	0.33	-	0.68	1.44	1.70	1.18
Tumores	9.33	13.05	5.45	9.24	10.76	7.66
Gland. Endoc. y Desnutrición	-	-	-	1.16	0.57	1.77
Anemias	0.67	0.65	0.68	0.87	1.70	-
Enfer. Sistema Nervioso	5.66	7.18	4.08	6.93	7.37	6.48
Enfer. Sistema Circulatorio	3.33	4.57	2.04	3.76	4.53	2.95
Enfer. Sistema Respiratorio	0.67	1.31	-	2.02	2.83	1.18
Enfer. Sistema Digestivo	0.67	-	1.36	0.87	1.70	-
Enfer. Sistema Genitourinario	0.33	0.65	-	1.73	1.13	2.36
Embarazo, parto y puerperio	1.00	-	2.04	0.58	-	1.18
Enfer. Piel y subcutáneo	2.33	0.65	4.08	0.29	-	0.59
Anomalia congénita	1.67	0.65	2.72	1.16	1.13	1.18
Causas externas Mortalidad	35.32	55.48	14.29	36.40	57.22	14.73
Causas mal definidas o desconocidas	1.00	1.31	0.68	2.31	4.53	-

El cuadro nos muestra un aspecto muy importante y es que las causas externas representan el 36.40% de la mortalidad, lo que nos estaría comunicando de muertes que pueden ser prevenibles por aspectos culturales, laborales, personales o comunales. Además vemos que en términos de género es el hombre donde más aparece, orientándonos de este modo las estrategias, ya que tenemos que trabajar fuertemente con la población masculina en el desarrollo del auto cuidado.

Es importante agregar que en la mortalidad por las causas externas las tasas más importantes para **1997** están relacionados con accidentes de tránsito (11.84), suicidio (7.22), ahogamiento y sumersión (4.33) y homicidio (4.33); con una mayor tendencia en los hombres en todos los casos.

La tasa de **mortalidad** en este grupo es muy baja. Presenta una reducción desde 1972 (1.02 por mil habitantes), hasta el 2001 (0.55 por 1000 mil habitantes) y el 2002 (0.58 por 1000 habitantes).

Por otro lado y haciendo referencia a los datos obtenidos hasta el año 2002 las causas principales de **mortalidad** en el año **2001** son también las **causas externas** (29.93 /100 mil hab.):

- Accidentes con vehículo de motor (8.27/100 mil hab.)
- Homicidio (5.84/100 mil hab.)
- Ahogamiento (4.38/100 mil hab.)
- Suicidio (4.38/100 mil hab.)

Todas estas causas con más frecuencia en los varones. Otras causas importantes:

- Defunciones por tumores (8.52/100 mil hab.)
- Enfermedades del sistema nervioso (5.35/100 mil hab.)

**La información anterior fue tomada de la página de la C.C.S.S. en Internet: [www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm](http://www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm)**

### **Suicidio**

El suicidio en jóvenes es una realidad cada vez más latente en nuestro país y que al igual que en la mayoría de países alrededor del mundo, va en aumento.

El suicidio entre los adolescentes ha tenido un aumento dramático recientemente a través del mundo y nuestra nación no es la excepción.

En Costa Rica se tiene una tasa de 7-8 suicidios por 100.000 habitantes.

En las últimas décadas se ha observado un dramático cambio en las causas de mortalidad adolescente. Hace 50 años los adolescentes morían en gran parte de causas naturales, mientras que ahora mueren de causas consideradas como externas.

El Organismo de Investigación Judicial (OIJ) informó en un estudio realizado que entre **1986** y **1998** se presentaron **2.210** suicidios. Analizando los rangos por edades se encontró que 50 de esos casos correspondían a menores de 15 años, 198 eran de jóvenes de 15 a 20 años de edad y 306 entre los 21 a 25 años. Una cuarta parte (**554**) menores de 25 años. De los datos se determinó que 317 tenían entre 26 y 30 años. Por lo tanto, un **13.8 %** de los suicidios se dieron en el período de adolescencia y juventud (10 a 25 años). El **39.3%** del total de suicidios fueron en jóvenes menores de 30 años.

En el estudio de Valverde y otros (2001), señaló en los adolescentes de 10 a 12 años, un 10,7% han deseado hacerse daño o acabar con su vida en algún momento. En el grupo de 13 a 17 años, este porcentaje se eleva hasta el 20,2%. En los y las adolescentes de 10 a 12 años, un 7,7% no habla con nadie cuando se siente mal, en los de 13 a 17 años es un 20,6%. Existe un 10,2% de 13 a 17 años que han intentado hacerse daño o acabar con su vida.

Según los registros del Organismo de Investigación Judicial (OIJ), en cuanto a los suicidios a diferencia de años anteriores para 1999 no ocurrió ninguno en menores de 15 años, pero en su lugar hubo un incremento de seis personas comprendidas entre los 15 y los 19 años, cuyo volumen había sido bastante estable en los últimos tres años, destacando que 5 de estas 28 víctimas eran mujeres comprendidas entre los 15 y los 17 años.

Grupo de edad	Suicidios-año				
	1995	1996	1997	1998	1999
Hasta 15 años	8	9	17	6	0
16 a 19 años	19	21	22	22	28
20 a 29 años	69	61	55	81	68

En referencia a los intentos suicidas el grupo de mayor incidencia es el de 25 a 39 años, el cual acumula el 36%, continuando en orden de importancia el grupo de 10 a 17 años con un 27.2% en donde juegan un papel predominante las mujeres, pues de los 34 casos pertenecientes a este grupo, 29 fueron del sexo femenino y en tercer lugar se encuentra el grupo de 18 a 24 años.

Grupo de edad	Intento suicidio			
	Total	%	Hombres	Mujeres
10-17 años	34	27.2	5	29
18-24 años	26	20.8	10	16

El tema de los suicidios tomó gran importancia en el país por las reveladoras cifras a partir del año 2000. En este año se suicidaron 263 personas, de las cuales 16 eran menores de edad.

Las tasas de mortalidad por 100 mil habitantes en jóvenes de 10 a 14 años, y de 15 a 19 años presentan los siguientes datos correspondientes a Suicidio:

Grupo de edad	1972	1992	1997	2001
10-14 años	0.38	0.58	1.72	1.16
15-19 años	6.59	4.51	6.87	4.38

Datos del cuadro tomados de [www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm](http://www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm)

Según el **Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible** se presenta a continuación una comparación del total de suicidios desde 1987.

Desde 1987 hasta el 2003 (17 años), el total de suicidios en el país ha sido mayor que los homicidios, exceptuando solo 4 años (1991,1992, 1994 y el 2001), en que ocurrió lo contrario. El total de homicidios desde 1987 han sido 3308, mientras que los suicidios ocurridos ascienden a 3473 desde el mismo año. Esto nos indica que en nuestro país la principal causa de muerte por violencia, aún más que el homicidio, es el suicidio. Tomando en cuenta los datos de los años 2002 (282 suicidios) y 2003 (329 suicidios) se confirma la importancia de la preocupación por la creciente tasas de suicidios en el país. Este crecimiento es constante desde el 87 hasta la actualidad, con ciertas fluctuaciones según el año.

## Comparación por edad

### Tasas por 100 mil habitantes de suicidios por grupo etario Costa Rica 1999-2003

Grupo etario	Tasas por 100 mil Habitantes
Menos de 12 años	0.1
12-14 años	1.0
15-17 años	6.4
18-19 años	7.8
20-24 años	10.6
25-29 años	10.6
30-34 años	10.6
35-39 años	9.4
40-44 años	10.3
45-49 años	10.2
50-54 años	9.8
55-59 años	10.9
60-64 años	8.7
65 años y más	9.6

Fuente: Estado de la Nación.

Las tasa más alta de suicidio se dan en el rango de las personas de 55-59 años de edad. Sin embargo es alarmante ver que le siguen los rangos de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 con tasas de 10.6, tomando en cuenta que en estas edades se encuentra la mayor cantidad de la población costarricense, la población adulta-joven y económicamente activa.

### **Violencia social en adolescentes (suicidio y homicidio) datos del informe alternativo (1998-2003) COSECODENI**

Si se tomara el total de muertes por suicidio y homicidio en el país en los años 2000, 2001 y 2003, las personas con edades entre 0 y 19 años representan aproximadamente el 10% del total de muertes por estas causas.

Es alarmante observar la cantidad de menores que opta por el suicidio, especialmente si notamos los datos del año 2002, donde 48 adolescentes murieron por suicidio, más del doble de los que murieron por homicidio (20). Este tipo de muerte violenta afecta en mayor cantidad a hombres, relacionada con la tendencia a la resolución de los conflictos por vías violentas.

También podemos observar lo que se ha llamado el fenómeno de “juvenilización” de la violencia, donde cerca del 10% de los hombres que mueren por suicidios y homicidios tienen entre 0 y 19 años, pero que se evidencia aún más en la población femenina, donde casi un 26% de las mujeres que murieron por suicidio u homicidio tenían entre 0 y 19 años de edad.

Según los datos mencionados en el Informe Alternativo, un 27.6% de las mujeres que murieron por suicidio eran adolescentes tenían 19 años o menos. En el caso de las mujeres que fueron asesinadas, un 23.7%, casi una cuarta parte, eran de 19 o menos años, lo que aumenta la preocupación acerca de la vulnerabilidad que sufren las adolescentes y mujeres jóvenes en el país.

Por último es importante manifestar que las tasas de suicidio de las personas menores van en aumento según los años y aunque son relativamente más bajas que las de otros grupos etarios, no se debe olvidar que se ha registrado que del total de personas que egresan de los centros de salud por intentos de suicidio, un 36% corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años.

Con el análisis de los datos enunciados en el siguiente cuadro se evidencia la diferencia entre las muertes violentas ocurridas por suicidio y las ocurridas por homicidio, siendo estas últimas la minoría. Así como también se observa la tendencia sostenida de una mayor cantidad de suicidios en hombres y el aumento conforme los años del suicidio en mujeres.

### **Datos finales**

Por último a este respecto y para tener una idea de la importancia de la problemática del suicidio en adolescentes podemos observar los datos mencionados por el periódico la Nación según el registro del Departamento de Planificación de Estadísticas Policiales del Poder Judicial, según los cuales se registraron un total de 49 muertes por suicidio en adolescentes de 10 a 19 años en el 2002, 37 muertes en el 2003 y 39 en el 2004.

La problemática del suicidio en la adolescencia, está adquiriendo cada vez más dimensiones preocupantes, ya que la tendencia no está bajando sino por el contrario, tiende a aumentar. Por tanto, se hace imperativo que el Sector Salud, lleve a cabo acciones inmediatas para la prevención y atención, con acciones concretas y decididas en este aspecto.

**Total de defunciones por suicidio y homicidio,  
en jóvenes de 19 años y menos, según sexo  
Costa Rica 2000, 2001, 2002**

<b>Año 2000</b>	<b>19 años y menos</b>	<b>% del total de muertes</b>
<b>Suicidios y Homicidios</b>	66	13.7
Suicidios	33	13.6
Homicidios	33	13.7
<b>Hombres</b>		
Suicidios y Homicidios	51	12.3
Suicidios	27	12.6
Homicidios	24	11.9
<b>Mujeres</b>		
Suicidios y homicidios	15	22.4
Suicidios	6	21.4
Homicidios	9	23.1

<b>Año 2001</b>	<b>19 años y menos</b>	<b>% del total de muertes</b>
<b>Suicidios y Homicidios</b>	48	10.7
Suicidios	22	10.7
Homicidios	26	10.7
<b>Hombres</b>		
Suicidios y Homicidios	33	8.4
Suicidios	15	8.5
Homicidios	18	8.3
<b>Mujeres</b>		
Suicidios y homicidios	15	26.8
Suicidios	7	24.1
Homicidios	9	32.1

<b>Año 2002</b>	<b>19 años y menos</b>	<b>% del total de muertes</b>
<b>Suicidios y Homicidios</b>	68	13.2
Suicidios	48	17.1
Homicidios	20	8.5
<b>Hombres</b>		
Suicidios y Homicidios	48	10.8
Suicidios	33	13.7
Homicidios	15	7.3
<b>Mujeres</b>		
Suicidios y homicidios	20	28.2
Suicidios	15	37.5
Homicidios	5	16.1

Datos tomados del Informe Alternativo 1998-2003 COSECODENI.



## Antecedentes Históricos

### **Los comienzos del PAIA**

Desde 1914 existía en el Ministerio de Salud, entonces llamado Secretaría de Salubridad, el Departamento Sanitario Escolar que realizaba actividades de prevención y de promoción de la salud tales como comedores escolares, colonias veraniegas, desparasitación, etc. Este departamento dio origen al Departamento de Salud Materno Infantil y posteriormente al Departamento de Salud del Niño y del Adolescente.

### **Década de los setenta**

En esta década surgieron diversas iniciativas que trajeron a la luz pública la problemática de la salud del adolescente y contribuyeron a esbozar los primeros lineamientos para su atención. Así en 1976, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Costa Rica, se realizó el Seminario Salud y Juventud, en el que participaron funcionarios de diversas instituciones y que se constituyó en un primer foro, del cual salieron recomendaciones en torno a la atención y prevención de los problemas de salud de los y las adolescentes, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial.

En este momento se destacó todo lo relacionado con la problemática del embarazo en la adolescencia, y en general los problemas de salud sexual y reproductiva de este grupo etáreo, así como la necesidad de sistematizar la recolección de la información Bioestadística de acuerdo a quinquenios, a partir de los 10 años de edad, pues hasta ese momento las estadísticas de salud producidas por el Ministerio de Salud y la C.C.S.S., no desagregaban a los y las adolescentes de la población adulta, por lo cual no se podía conocer su morbimortalidad. Este fue un primer logro, pues desde entonces el Ministerio de Salud y la C.C.S.S., llevan sus estadísticas, separando el grupo de 10 a 14 años 11 meses y el de 15 a 19 años 11 meses, y desagregadas según sexo.

En esta misma década nace en el Hospital Calderón Guardia el servicio de psiquiatría infanto juvenil, dirigido a la atención de los niños y adolescentes, en cual continúa funcionando hasta la fecha.

La dirección del Hospital Nacional de Niños y su Departamento de Pediatría Social crearon el servicio de Medicina Escolar y del

Adolescente, el cual se desarrolló desde 1978 hasta 1983 y es el precedente de la actual clínica del Adolescente de dicho hospital.

En 1979 la Asociación Demográfica Costarricense, preocupada fundamentalmente por el aumento de embarazos en jóvenes adolescentes solteras, abrió el Centro Limonense de Información, donde se ofrecían servicios de educación sexual y anticoncepción para jóvenes de ambos sexos.

### **Década de los ochenta**

La década de los ochenta es fecunda en iniciativas de notable fuerza, base de los logros de la siguiente década, en donde se involucran un amplio sector de Instituciones Nacionales y de Agencias Internacionales, que promueven y favorecen las líneas de acción orientadas a la atención de la adolescencia.

En 1981 los Trabajadores Sociales del Hospital de San Rafael de Alajuela, frente a la alta demanda de adolescentes con inquietudes sobre sexualidad y problemática familiar, social, psicológica y médica, reconocieron que la atención a los y las adolescentes no podía ser brindada por una sola disciplina y es así como se creó el primer Programa de Atención Integral a la Adolescencia, en Alajuela. Este programa funcionó desde sus inicios en los colegios de secundaria de dicha provincia, mediante convenio de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Educación Pública, donde la primera, aportaba el recurso humano y el segundo, la planta física en el interior de los colegios.

Esta iniciativa, si bien fue muy valiosa por su enfoque de trabajo en equipo interdisciplinario e interinstitucional, olvidó el alto porcentaje de adolescentes de ambos sexos, que desertaban tempranamente del sistema educativo, y que a pesar de estar en alto riesgo de sufrir distintas problemáticas no fueron entonces cubiertos por este esfuerzo.

En 1984, la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en un esfuerzo pionero de las autoridades institucionales, se propone la búsqueda de un modelo de atención que garantice la salud de los y las adolescentes.

Para ello convoca a los profesionales de diferentes disciplinas, especializados en adolescentes y pertenecientes a distintos

ámbitos, tales como INCIENSA, Ministerio de Educación, Caja Costarricense de Seguro Social y Universidad de Costa Rica, para constituir la Comisión Asesora de Salud del Adolescente, adscrita a la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dicha Comisión tenía las funciones de asesorar en el área de salud de los y las adolescentes y de elaborar una propuesta de salud para estos. En 1985 la Comisión organiza un taller, donde por primera vez se contó, con un espacio específico para analizar las diferentes experiencias individuales y grupales, tanto de investigación como de programas de atención para adolescentes, que se realizaban en el país. Como parte de su función asesora, la citada comisión, presentó en 1986 a las autoridades de la C.C.S.S., un primer documento que contiene el diagnóstico de la situación del adolescente en Costa Rica, en un marco de análisis orientado a la prevención, donde se caracteriza la situación demográfica de la preadolescencia y adolescencia y su problemática, desde los enfoques médicos, psicológicos y sociales. También se hace una primera propuesta de estructuración de un programa nacional para abordar la salud integral del grupo etáreo de 7 a 19 años.

Es este esfuerzo el primero al interior de la Caja Costarricense de Seguro Social, que cambia de paradigma y abandona la visión de que los y las adolescentes por ser fundamentalmente sanos no requieren de servicios de salud, sino que por el contrario, pasa a reconocer las características y necesidades de los y las adolescentes y propone una adecuación de los servicios de salud para convertirlos en lo que hoy se conoce como Servicios Amigables para los y las Adolescentes.

En esta iniciativa se buscaba a su vez incluir a los y las preadolescentes, pues se consideraba que solo iniciando tempranamente un trabajo preventivo era posible reducir problemas como el embarazo en la adolescencia, el consumo de alcohol y tabaco, etc.

En 1985 la División de Población de la UNESCO para América Latina y el Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud, realizaron un seminario denominado “Taller de Estrategias para prevención del Embarazo en Adolescentes”. De estas experiencias surge un documento base sobre sexualidad, el embarazo y la reproducción en la adolescencia.

En 1985 en el Hospital Nacional Psiquiátrico se integra en la consulta externa el Equipo de Adolescentes Tardíos y en el Centro de Diagnóstico, se inicia la Atención a los Adolescentes Tempranos.

En este mismo año el Ministerio de Salud reestructura el Departamento Materno Infantil y se constituye el Departamento de Salud del Niño y del Adolescente.

En 1987 el Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., con base en la labor realizada por la primera comisión, consideró necesario nombrar una segunda comisión denominada “Medicina del Adolescente” con el propósito de “definir la política institucional en esa área, profundizar en los programas operativos existentes y poner en marcha otros que fuera necesario establecer” (Oficio N° 1165, 13 de abril de 1987, Presidencia Ejecutiva). Esta comisión quedó integrada por profesionales de distintas disciplinas del campo de la salud, representantes de tres instituciones: C.C.S.S., Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica.

Las funciones de dicha comisión fueron múltiples y variadas. Fungió como asesora, ejecutora, docente y brindó apoyo en investigación y asistencia técnica. Impulsó la actualización del diagnóstico de morbimortalidad del adolescente, y en 1988 realizó un taller de autodiagnóstico del adolescente con la producción de un documento denominado “Primer Taller de Autodiagnóstico de la Problemática Adolescente”, remitido a la Organización Mundial de la Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Este taller fue muy importante, pues se constituyó en la primera ocasión en que se hizo una consulta a la población adolescente de ambos sexos, dándoseles un papel protagónico en la definición de sus necesidades. Los resultados sorprendieron a los profesionales organizadores del evento, en el tanto los y las adolescentes en sus respuestas, dejaron muy claro como su problemática de salud tenía múltiples causas, que se interrelacionan entre sí y que resultaban comunes a problemáticas que parecían ser muy disímiles, como por ejemplo el embarazo en la adolescencia o la fármaco dependencia.

En este mismo año, en la búsqueda por obtener apoyo técnico y financiero, que ayudase a impulsar el desarrollo del nuevo programa institucional dirigido a los y las adolescentes, las

autoridades de la C.C.S.S. sometieron a consideración del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el proyecto denominado: “Atención Integral del Adolescente con énfasis en Sexualidad y Reproducción”

Este proyecto cuya dirección fue ejercida conjuntamente por la Dirección del Programa Institucional, fue clave en la adquisición de las habilidades y destrezas que han caracterizado a los funcionarios del PAIA de la C.C.S.S., tales como su capacidad de lograr el apoyo de diferentes organismos internacionales, organizaciones del Sistema de Naciones Unidas, de ONGs Internacionales, e incluso del Sector Privado, captando y gerenciando fondos externos, todo lo cual se ha traducido en un fortalecimiento del Programa Institucional.

Es en este momento, además cuando por vez primera la C.C.S.S. crea plazas especiales para profesionales de distintas disciplinas, que vienen a integrar el Nivel Central del Programa Nacional, con su accionar planificador, normativo, definidor de políticas, planes y programas. También se crearon plazas de psicólogos y trabajadores sociales que fueron a fortalecer la parte operativa sobre todo en el área psicosocial de tres regiones de salud, que dada la magnitud de la problemática de sus adolescentes se consideraron prioritarias: Huetar Atlántica, Brunca y la Pacifico Central.

Es también en el año de 1987, cuando se inició el proceso de normatización con la producción del Manual de Normas Técnico Administrativas, el Primer Manual de Funciones y las Primeras Normas de Atención de Morbilidad Prevalentes de los y las adolescentes. Se trabajó también en la elaboración de instrumento básicos para la atención de los y las adolescentes, tales como una historia clínica y un instrumento discriminador de riesgo psicosocial.

En 1987 se incluyó en el Plan Quinquenal de la Caja Costarricense de Seguro Social (87-91), políticas de atención a la adolescencia para ser asumidas en el área Materno Infantil de la Institución.

Además se creó en la Caja Costarricense de Seguro Social, el Departamento de Medicina Preventiva formado por la Sección Materna, la Sección del Niño y del Adolescente y la Sección de Educación para la Salud.

El Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica desarrolló una investigación nacional sobre Políticas y Servicios de Salud para la Adolescencia, con énfasis en sexualidad y reproducción, bajo el auspicio de la Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En 1987, la Secretaría Técnica de Población del Ministerio de Planificación Nacional realizó un diagnóstico sociodemográfico para determinar las áreas prioritarias de la Administración Arias Sánchez (1986-1990), que condujo a identificar la atención de la adolescencia como área prioritaria.

En 1988, se creó, en el Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Dirección del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, separándolo de la Sección del Niño.

En este mismo año, el Ministerio de Salud formó la Comisión Intraministerial de Atención del Adolescente y solicitó que se aumentase su participación en la Comisión de Medicina del Adolescente, lo cual formalizó la participación de dicha Institución en esta Comisión.

Esta comisión fue creada por decreto ejecutivo del Presidente de la República Dr. Oscar Arias y jugó un papel muy importante durante varias administraciones en la formalización del trabajo intersectorial. Dicho decreto fue derogado al inicio de la administración Rodríguez Echeverría, al sustituirse por el Consejo de la Infancia y la Adolescencia el cual fue creado por ley de la República.

La Comisión de Medicina del Adolescente anteriormente citada, organizó una serie de actividades educativas con el propósito de capacitar a todos los miembros de su equipo, así como a funcionarios de diferentes instituciones que laboraban con programas de adolescentes. La Agencia Internacional para el Desarrollo (AID), otorgó a la Comisión de Medicina Adolescente, treinta becas para observar programas de atención en salud de adolescentes en Estados Unidos.

La fundación Kellogg's financió un programa de cuatro años en la Región Chorotega denominado "Fortalecimiento de los Servicios Materno Infantiles", el cual en su componente de capacitación incluyó cursos relacionados con la salud del adolescente y dio origen a la creación de una Comisión Regional de Atención Integral a la Adolescencia y tres Locales, en la provincia de Guanacaste.

En 1988 el Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco dependencia (IAFA) realiza un estudio de prevalencia sobre el uso de alcohol y drogas en los jóvenes.

En mayo de 1989 se inició la ejecución del proyecto del Fondo de Población de las Naciones Unidas, bajo la Dirección del Programa de Atención Integral a la Adolescencia del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y en coordinación con el Departamento del Niño y del Adolescente del Ministerio de Salud. De acuerdo con el enfoque de riesgo se decidió iniciar el proyecto en la Región Huetar Atlántica y posteriormente extenderlo a la totalidad de las regiones del país.

Este proyecto, cuya duración fue de cuatro años, y por ende proyectó su accionar a la década de los noventa, fue todo un éxito, y dejó institucionalizados al interior de la C.C.S.S., equipos de Atención Integral a la Adolescencia, laborando a lo largo y ancho de todo el país. Incluso es en este contexto que nació la primera "Casa del Adolescente", en Guápiles, Región Huetar Atlántica, como una experiencia pionera que ofrecer a los y las adolescentes un nuevo modelo de servicio, más adecuado a sus características y necesidades.

### **La década de los noventa**

Esta década se inicia con un hecho muy importante, la ratificación por parte de Costa Rica de la Convención de los Derechos del Niño, la cual fue aprobada por las Naciones Unidas en 1989. Esta Convención a pesar de su nombre, cobija a los y las adolescentes hasta los 18 años, y al ser vinculante para nuestro país, dota al Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., de un nuevo marco jurídico, que fortalece su quehacer, al consagrar el derecho a la salud, como un derecho inalienable para este grupo etareo y al definir más claramente las responsabilidades del estado en ese sentido.

La Convención de los Derechos del Niño se convirtió en ley de la República con el número 7184 y fue publicada en la Gaceta el 09 de Agosto de 1990. A su vez al interior de la C.C.S.S., el Programa de Atención Integral a la Adolescencia continua fortaleciéndose con el apoyo de nuevos proyectos financiados por el UNFPA. Es en el contexto de uno de esos proyectos, que en mayo de 1994 nace la Línea Telefónica Cuenta Conmigo, una línea de consejería integral, especial para adolescentes. Con el diseño e implementación de la misma, se buscaba fortalecer las estrategias preventivas del PAIA, utilizando una herramienta amigable para los y las adolescentes, los cuales se conoce gustan de hablar por teléfono y hacer además uso de una fortaleza del desarrollo institucional del país, el hecho de que la red telefónica con teléfonos públicos y privados, se encuentra accesible para los y las jóvenes, en los más recónditos lugares de Costa Rica.

Para posicionar adecuadamente dicha línea telefónica entre la población adolescente, se realizó un concurso a nivel nacional, con apoyo de la empresa privada, para que los y las adolescentes, le diesen nombre a la misma. El nombre “Cuenta Conmigo” con el cual se le denomina desde entonces, fue creación de un adolescente varón de 15 años.

En sus inicios esta línea telefónica no tuvo tan amplia aceptación, pues el costo de la llamada era cubierto por él o la adolescente o su familia, sin embargo esto cambia radicalmente en 1996 cuando se logra que esta se convierta en un número 800, (800-22-44-911), siendo desde entonces las llamadas gratuitas para los y las adolescentes y sus padres de familia, y la C.C.S.S. quien asume los costos. Desde entonces se ha dado un incremento anual en el número de llamadas, habiéndose recibido durante el año 2003 la cifra de 13.972 llamadas efectivas.

Otro hecho importante de destacar es, que si bien, inicialmente los profesionales que respondían las llamadas telefónicas eran financiados por el UNFPA, desde 1996, al terminarse el proyecto específico, la línea se institucionaliza definitivamente y sus funcionarios pasan a ser funcionarios de la C.C.S.S., adscritos al nivel Central del PAIA.

Otro importante avance que ocurre en la década de los 90, lo constituye en 1993, la aparición dentro del PAIA de un nuevo sub-programa o sub-área, la promoción de la participación

protagónica de los y las adolescentes. Con este útil sub-programa, se da un salto cualitativo al incorporar al Programa Atención Integral a la Adolescencia activamente a los y las adolescentes, y buscarse el cambiar otro paradigma, al pasar de visualizar a los y las adolescentes como problemáticos o como problemas, a verlos como un recurso, y enfatizarse que son personas humanas con una gama de potencialidades y habilidades, que pueden por ende actuar como multiplicadores en salud para su mismo grupo de edad, sus familias y comunidades.

Este proceso de organización, capacitación y estímulo del liderazgo adolescente, se continua en el nuevo milenio habiéndose ya realizado seis Congresos Nacionales de Adolescentes Protagonistas.

Los integrantes de este movimiento nacional, que consta de múltiples grupos repartidos por toda la geografía costarricense, tienen una cúpula elegida democráticamente, cuyos representantes son adolescentes hombres y mujeres, de las siete regiones de salud del país. Esta cúpula sesiona mensualmente en la Sede del Nivel Central del PAIA de la C.C.S.S., con acompañamiento de los profesionales de este, pero con agenda propia, que ha incluido la producción de su propio boletín denominado: Sociedad Joven, del cual han publicado ya dos ediciones, gracias al apoyo financiero de la OPS. La temática y la metodología del Congreso Nacional es también actualmente responsabilidad de esta Red Nacional de Adolescentes Protagonistas.

La década de los 90 nos aportó también un nuevo marco legal, tremendamente innovador, que nos planteó la necesidad de abordar el trabajo con la adolescencia desde el enfoque de derechos legitimando mucho del quehacer pionero del programa de la C.C.S.S., como el del sub-programa o sub-área anteriormente citada.

Este nuevo marco legal incluye dos nuevas leyes, el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley N°7739, publicado en la Gaceta del 6 de febrero de 1998 y la Ley General de Protección Integral a la Madre Adolescente, ley N° 7735 vigente desde 1997.

En los albores del nuevo milenio, no podemos afirmar que estas dos nuevas leyes se han operativizado en toda su magnitud, ni al

interior de la C.C.S.S., ni de ninguna otra institución pública. Por ejemplo aún no se ha logrado reglamentar ambas leyes, y se requiere adecuar el reglamento del seguro por el estado, para dar cumplimiento cabal a las mismas, pero se está en este proceso. Las autoridades institucionales durante la administración Rodríguez Echeverría han girado múltiples circulares pidiendo el acatamiento de estas leyes.

La década de los noventa sobre todo a partir de 1994, marca además el inicio de la implementación de la Reforma del Sector Salud, que empezó a operar bajo los siguientes contenidos:

- El Sistema Nacional de Salud pondrá énfasis en alcanzar dos grandes metas: reducir las diferencias existentes en oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios.
- El Ministerio de Salud es el órgano rector, lo que favorecerá la intersectorialidad, para trabajar junto con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en el mejoramiento de la educación en salud y por un medio ambiente saludable.
- El derecho de los ciudadanos de acceder a los servicios de salud y el aseguramiento, es garantizado por el monopolio del seguro estatal que es la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), brindando servicios en tres niveles de atención que deben trabajar en forma coordinada y eficiente, teniendo como base la Atención Primaria de Salud. En el primer nivel de atención el objetivo es crear 800 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales deben brindar un programa de atención integral básico que contiene: atención integral del niño (0-9 años), atención integral al adolescentes (10-19 años), atención integral a la mujer, atención integral al adulto (25-59 años) y atención integral a la Tercera Edad. Estos “paquetes” son de aplicación universal, están destinados a la prevención y educación en salud, así como a la atención de la morbilidad prevalente de cada grupo etario.
- Las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud se han organizado de la siguiente forma: la C.C.S.S. actúa como financiador - comprador de servicios que prestan las clínicas y hospitales (la gran mayoría le pertenecen). Sin embargo más

recientemente se han desarrollado cuatro áreas de salud en manos de cooperativas autogestionarias de salud, una gestionada por la Universidad de Costa Rica, y nuevos EBASIS se han abierto en manos de empresa privada. El acceso de los usuarios sigue siendo universal y la C.C.S.S. a través de un contrato, compra y financia los servicios de salud que otorgan estas unidades en manos de gestores, que no son funcionarios de la C.C.S.S. Es responsabilidad de la C.C.S.S. ser el mediador entre las demandas de la población y la oferta de los prestadores, labor que se plasma en la firma de los compromisos de gestión. Los prestadores son los responsables de la atención sanitaria, la gestión de los recursos humanos y materiales, la gestión financiera y el control de calidad del servicios que presta. El mecanismo para asegurar la rendición de cuentas se ejerce mediante un Fondo de Retención del 10% del presupuesto asignado, el cual se libera al cumplirse con los compromisos pactados.

- Se pretende descentralizar la gestión administrativa permitiendo la compra directa de servicios externos en beneficio de la gestión del establecimiento y del recurso humano. Se ha liberalizado la ejecución del presupuesto.
- La participación social en el nivel local será ampliamente promovida en tres áreas principales: el auto cuidado de la salud, la ejecución de actividades y la gestión de servicios. En la ejecución de actividades, se promoverá la organización de grupos que deseen participar en acciones específicas de intereses comunes. Por medio de una ley se han creado las Juntas de Salud Hospitalarias, que son elegidas por voto popular y que funcionan en todos los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos, así como en todas las Áreas de Salud.

Estos contenidos de la Reforma del Sector le han planteado al Programa Atención Integral a la Adolescencia nuevo retos y dificultades, pero también oportunidades.

Entre las oportunidades debe destacarse la posibilidad de aumentar la cobertura de la población adolescente entre los 10-19 años, al definirse un paquete básico de servicios a ser otorgados por el primer nivel de atención a todos los y las adolescentes habitantes de Costa Rica. Este paquete incluye evaluación del crecimiento y desarrollo normal, atención a los y las adolescentes con mediano y alto riesgos detectados haciendo uso de un

instrumento de tamizaje, atención a la sexualidad y a la salud reproductiva, atención a la morbilidad prevalente, atención a las adolescentes embarazadas, detección, atención y referencia a los casos de violencia, atención odontológica preventiva y curativa. Este paquete se vio ampliado a partir del año 2000, con la aplicación del instrumento de Riesgo Psicosocial, diseñado por el Nivel Central del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, y que fue aprobado por las Autoridades Institucionales como parte del expediente médico y declarado almacenable, con el N° 4-70-03-0550.

Además la cultura de evaluación que se introduce en el sistema, con el uso de una nueva herramienta de gestión, denominada “Los Compromisos de Gestión” o sea convenios pactados entre el Nivel Central y los proveedores constituidos en el primer nivel de atención por sus áreas de salud y EBAIS, ha permitido que cada área de salud conozca cuantos adolescentes por sexo, y grupo de edad, es decir de 10-15 años y de 15-19 años son su población meta, y que en la evaluación del compromiso de gestión se determine cual ha sido la cobertura real que el PAIA ha alcanzado en el Nivel Local, así como el grado de calidad de las acciones efectuadas con los y las adolescentes.

Esta evaluación ha permitido conocer como a pesar de los esfuerzos que la C.C.S.S. ha hecho ininterrumpidamente por casi doce años para ir al encuentro de este grupo de población las coberturas alcanzadas fueron en el año 2001 bastante bajas y no sobrepasan en promedio nacional el 29% en la atención individual, aunque ya aparecen tres Regiones que han superado dicho promedio. Esto en contraste con las coberturas logradas en acciones dirigidas a la población materno-infantil que son mucho más altas, lo cual es explicable pues esta fue casi enteramente la población meta del Sector Salud por muchos años.

Se enfrenta así el reto de seguir aumentando año con año estas coberturas, pero también la calidad de las acciones. Por ejemplo cómo al hacer consejería en Salud Sexual y Reproductiva para y con los y las adolescentes, se pueda trascender los enfoques biologicistas y la mera transmisión de información, donde los y las adolescentes son receptores pasivos, para pasar al uso de metodologías participativas, que permitan a los y las adolescentes reflexionar sobre asuntos más complejos, que condicionan sus conductas sexuales y reproductivas, como por ejemplo la

construcción social de género, es decir de su masculinidad o feminidad.

Además la problemática de salud mental de este grupo de población, detectada por el Tamizaje de Riesgo Psicosocial, que incluye depresión, incluso con riesgo suicida, así como el consumo de drogas sobre todo lícitas como el alcohol y el tabaco, y su participación activa en conductas violentas en muchos casos, han puesto en crisis a los funcionarios del primer nivel de atención, cuya formación fundamentalmente biológica, hace que se sientan sin las destrezas y habilidades para poder prevenir o atender estas problemáticas, nunca antes abordadas por los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Esto a su vez plantea un enorme reto al Nivel Central del Programa Atención Integral a la Adolescencia que desde entonces no sólo diseña metodologías apropiadas de intervención, crea normas y protocolos para este nivel, sino que debe diseñar y emprender procesos de capacitación en cascada y con diferentes metodologías para cubrir los funcionarios y funcionarias de las siete Regiones de Salud del país.

La Reforma entrañó inicialmente un riesgo, el sacrificar los equipos de Atención Integral a la Adolescencia conformados interdisciplinariamente, que brindaban atención diferenciada a los y las adolescentes, en los segundos y terceros niveles, en pro de ganar cobertura, y de hecho algunos de estos equipos fueron sacrificados, por ejemplo en 1998 se cerró la Casa de los Adolescentes de Limón, a pesar de las protestas de toda la comunidad.

Dichosamente al ir avanzando el proceso, al adentrarnos en el nuevo milenio, se está llegando a un punto de equilibrio, donde emerge que la atención generalizada de las y los adolescentes con un paquete básico a cargo de un primer nivel, no es excluyente de la existencia de equipos interdisciplinarios especializados en su atención, en los otros niveles de complejidad, sino que más bien a la luz de el gran número de casos detectados, bastante complejos por el primer Nivel de Atención, estos equipos adquieren mayor legitimidad al recibir y atender las referencias del primer nivel. Pero se ha sentido también que los equipos especializados pueden

y deben jugar otros papeles, como contribuir a través de pasantías a la educación en servicio de los funcionarios del primer nivel.

Durante los años 1997-1998 el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., tuvo recursos externos, financieros y técnicos, de otra agencia internacional, con la cual no se había interactuado hasta entonces. Se trató de la Comunidad Económica Europea a través del Programa denominado Mujeres Adolescentes que operó en tres países de Centroamérica: El Salvador, Nicaragua y Costa Rica.

A través de la firma de un convenio, este nuevo Proyecto permitió al Programa de Atención Integral a la Adolescencia trabajar en la construcción de un modelo comunitario de Atención Integral a la Adolescencia, que se desarrolló en tres comunidades con características distintas, una zona rural, denominada Los Santos y dos zonas urbanas con población de estratos económicos medios y bajos y población marginal: La Uruca y Desamparados.

El Modelo desarrollado, fue sistematizado y se expresó a través de un sonograma, que fue entregado a todas las Regiones de Salud del país, como una herramienta metodológica para replicar el abordaje comunitario en otras comunidades.

Además el abordaje desarrollado se consideró en todo coherente y un aporte al proceso de Reforma del Sector Público, como ya señalamos, en su etapa de activa implementación en esos años.

Al iniciarse el siglo XXI, la ejecución de un cuarto proyecto, ejecutado con el apoyo financiero y técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas y gerenciado una vez más desde el Nivel Central del Programa Atención Integral a la Adolescencia de las C.C.S.S., ha contribuido y continúa contribuyendo a lograr algo, que parece haberse olvidado en las Reformas de Salud de otros países Latinoamericanos, las necesidades específicas de salud de los y las adolescentes y la importancia de este grupo de edad, que se constituye en el principal capital humano de Latinoamérica.

Este proyecto permitió también la realización de una investigación cuantitativa y cualitativa sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescentes costarricenses en tres cantones de Costa Rica: Guatuso, Golfito y Santa Bárbara durante 1999. Los resultados de esta investigación fueron sistematizados y publicados.

Los hallazgos, a pesar de haberse trabajado en tres Regiones de Salud muy distintas, y con diferentes tipos de población adolescente, fueron muy similares y permitieron atisbar cómo los patrones de socialización de género, es decir cómo la construcción de las masculinidades y feminidades, jugaban un papel determinante en las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes, hombres y mujeres. Se tomó así una mayor conciencia de que si bien el brindar información a los y las adolescentes, así como educación para la salud, en el área de la salud sexual y reproductiva seguía siendo necesario, pues aún las y los jóvenes presentaban vacíos de información, y una serie de falsas creencias, esto no iba a ser suficiente para modificar sus conductas. El Programa de Atención Integral de la Adolescencia enfrentó así nuevos retos, como el desarrollo de nuevas metodologías más participativas, que ofrecieran a los y las adolescentes, espacios reflexivos y críticos para analizar sus procesos de socialización, y la construcción de instrumentos y herramientas que ayudaron a los equipos locales a apropiarse de estas metodologías y abandonar enfoques puramente expositivos y cognitivos. Es así como nacieron los videos **“Hablemos entre nosotros y nosotras de sexualidad”** y **“Tu y yo cuál es la diferencia”** y la guía metodológica para su uso, y un poco más tarde **“El Manual de Consejería en Salud Sexual para Adolescentes”**.

Esta investigación y sus resultados obligaron también al Nivel Central del PAIA, a construir de una manera muy participativa un modelo de capacitación que empezó a ejecutarse en el año 2000, que ha incluido el desarrollo de módulos impresos para la capacitación de multiplicadores, en le Area de Salud Sexual y Reproductiva.

Se considera que otros valiosos aportes de este proyecto serán la sistematización de un módulo de atención a los y las adolescentes por nivel de atención, desde el primer nivel, hasta los hospitales de alta complejidad u Hospitales Nacionales, y su contribución al desarrollo de un Sistema de Información en Adolescencia y Salud.

El nuevo milenio nos trajo también un descubrimiento preocupante y una mayor conciencia sobre la dificultad de los adolescentes varones de acceder los servicios que les ofrecía la Caja Costarricense de Seguro Social, aún los más amigables como los de la Línea Telefónica Cuenta Conmigo, donde a pesar de contarse con

una mayoría de funcionarios varones y de sus horarios no tradicionales, solo una de cada tres llamadas eran de varones.

Dichosamente con el apoyo financiero y técnico de la OPS/OMS y de otras organizaciones tales como el UNFPA y la Fundación Kellogg's, el Nivel Central del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, ejecutó durante el año 2000 una investigación cualitativa a través de grupos focales sobre la Salud Sexual y Reproductiva del adolescente varón. Los resultados de la misma se han constituido en un libro, recién presentado a la Comunidad Científica Costarricense y Latinoamericana, denominado "La Construcción de las Masculinidades, un reto para la Salud de los Adolescentes", que si bien nos aporta un nuevo entendimiento de la problemática de Salud de los Adolescentes varones, y de su dificultad por aproximarse a los servicios de salud, nos plantea nuevos retos, muy complejos, que deberán ser una prioridad para el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social en los próximos años.

En diciembre de 1999 el Programa Atención Integral de la Adolescencia, organiza y realiza la Primera Feria Nacional de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., con el objetivo de celebrar su décimo aniversario de fundación y de trabajo ininterrumpido. La Feria fue declarada de interés institucional por la Junta Directiva de la C.C.S.S. y en ella participaron presentando stands que exhibieron múltiples proyectos de promoción y de educación de la salud, de participación social de los y las adolescentes, de capacitación y de atención, las siete regiones de salud del país, sus siete Hospitales Nacionales y varias de las Clínicas Mayores. El Nivel Central del Programa de Atención Integral a la Adolescencia también presentó su stand con sus logros. La Feria contó con la asistencia de las más altas autoridades institucionales, autoridades de gobierno y autoridades de la OPS/OMS y del UNFPA. A estas dos Organizaciones del Sistema de Nacionales Unidas, se les hizo un reconocimiento, de parte del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., por el apoyo recibido, desde sus inicios hasta el momento presente.

La Feria se constituyó en todo un éxito y mereció una felicitación escrita de la Junta Directiva de la C.C.S.S., que tomó un acuerdo en ese sentido.

El reconocimiento de la Feria, como una actividad más de educación continua, de Inter-aprendizaje entre los diferentes niveles de atención, de sensibilización y movilización de apoyo político, así como de educación para la salud, para los y las adolescentes, sus padres, educadores etc., que la visitaron muy activamente, ha hecho que se decida convertirla en una actividad regular.

La realización de estas Ferias nos hace llegar al presente del Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual ha cumplido 16 años de rica vida Institucional, habiéndose posicionado muy bien, en el quehacer del Sector Social de Costa Rica, por sus valiosos y novedosos aportes.

A inicios del año 2005 se empieza una re-estructuración de la Gerencia de División Médica de la C.C.S.S.

Como consecuencia, desaparece la Dirección Técnica de Servicios de Salud y se crean cinco departamentos adscritos a la Gerencia Médica a saber.

1. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, el cual tiene 3 Departamentos.
  - a. Departamento de Salud Integral a las Personas. **El Programa de Atención Integral a las Personas se mantiene en este departamento.**
  - b. Departamento de Regulación y Sistematización.
  - c. Departamento de Salud Colectiva.
2. Dirección de Medicamentos y Farmacodependencia.
3. Dirección de Regiones y Red de Servicios.
4. Dirección de Sistemas de Información en Salud.
5. Dirección de Docencia e Investigación.

Así, en este proceso de cambios institucionales muy complejos, tanto la Presidencia Ejecutiva de la C.C.S.S. como la Gerencia de División Médica, ante distintas dudas de organizaciones que trabajan con la adolescencia y han mantenido vínculos con el PAIA, manifiestan que el Nivel Central del PAIA no desaparecía, como en algún momento se mal informó, sino que pasaba a formar parte del Departamento de Salud Integral a las Personas, que sustituía a la anterior Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Esto mismo fue referido por el Sr. Gerente Médico, Dr. Marco Antonio Salazar Rivera, tanto ante la prensa como en una declaración que diera ante el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, presidido por la Sra. Ministra de la Niñez, Máster Rosalía Gil, en reunión extraordinaria efectuada en Casa Presidencial el día martes 17 de mayo del 2005, citada ex profeso para analizar la situación del PAIA dentro de la C.C.S.S. a la luz de la mencionada re-estructuración.

En este sentido, es importante aquí transcribir una nota que envió el Sr. Presidente Ejecutivo de la Institución al Sr. Presidente de la República Dr. Abel Pacheco, con fecha 6 de junio del 2005 (nota P.E.21663-05) sobre el mismo tema.

**Transcripción.**

06 de junio del 2005  
P.E.21.663-05

Doctor  
Abel Pacheco De la Espriella  
**PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**

Estimado Señor Presidente:

Recibido su oficio PRE-862-05 con fecha 30 de mayo del 2005, le informo que esta Presidencia Ejecutiva, en cumplimiento de lo ordenado por Junta Directiva en la Sesión N° 7946, celebrada el 7 de abril del 2005, sobre la reestructuración y fortalecimiento organizativo de la Gerencia División Médica, ha girado instrucciones a esta instancia, para que bajo el aval de la Dirección de Desarrollo Organizacional, proceda a fortalecer sus acciones mediante la apertura de las siguientes direcciones:

- 1.Dirección de Regiones y Red de Servicios.
- 2.Dirección de Desarrollo de la Salud.
- 3.Dirección de Sistemas de información en Salud.
- 4.Dirección de Medicamentos y Farmacoepidemiología.
- 5.Dirección Docencia e Investigación.

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) permanecerá en la Dirección de Desarrollo de la Salud, en la División de Atención Integral a la Salud de las Personas, con la

modalidad actual, viéndose fortalecido además como eje transversal de las cinco Direcciones citadas.

La modalidad de trabajo varía en sentido positivo creando una fuerte estructura central que se transmite a lo largo y ancho del país a través de nuestros establecimientos de salud, siendo esta Red Atendida por la Dirección de Regiones y Red de Servicios.

De esta manera, la nueva propuesta contempla la activación de un equipo nacional conformado por los funcionarios de los establecimientos de salud, interviniendo en promoción de la salud, en la prevención de factores de riesgo y en los aspectos asistenciales que se amerite.

Con esta nueva modalidad en la que se articulan programas complementarios como el de Salud Mental y Salud del Adolescente, queremos llegar a la población adolescente con una oferta de servicios en que se logre un impacto real en la disminución de la problemática de salud, ejemplo, en la prevención del embarazo en la adolescencia y otras que intervienen en la calidad de vida de los jóvenes y que lamentablemente a la fecha, a pesar del esfuerzo institucional persisten, con una tendencia al incremento.

Atentamente,

Dr. Alberto Sáenz Pacheco  
Presidente Ejecutivo

**(Fin de transcripción)**

De esta manera, siendo claro que le PAIA se mantiene en la estructura institucional, los funcionarios del nivel central y de los niveles operativos, en esta nueva fase de la institución, nos abocamos con entusiasmo a la tarea de continuar el trabajo de mejorar el abordaje integral en salud de las y los adolescentes y la lucha por la apertura de servicios diferenciados que atienden sus necesidades y prioridades desde nuevos paradigmas.

Este es un reto enorme a la luz de las últimas crisis institucionales, como han sido las denuncias de corrupción por el préstamo finlandés y posteriormente el trágico incendio en el Hospital Calderón Guardia el 12 julio del 2005.

Lo anterior, aunado al complejo momento histórico que vive el país, donde la globalización, el aumento de la pobreza y la polarización de nuestra sociedad, la situación económica crítica de la C.C.S.S. y el país, la amenaza de privatización de servicios públicos y la inminencia de la aprobación del Tratado de Libre Comercio (TLC), con todas sus consecuencias positivas y negativas, implican per se un serio desafío a la seguridad social del país, al modelo de atención del sector salud y la sobrevivencia misma de la C.C.S.S. como institución prestadora de servicios de salud bajo los principios de solidaridad, equidad y universalidad que han caracterizado nuestro estado democrático.

Al igual que muchos otros funcionarios públicos, los funcionarios del nivel central del PAIA y muchísimos más en todo el país asumimos el reto que nos impone este momento histórico en defensa de los derechos humanos básicos que garanticen la salud y el desarrollo humano integral adecuado de la población adolescente, especialmente los que estén en condiciones de mayor desventaja y por ende de mayor riesgo.





## Marco Conceptual y Filosófico de la Atención Integral de los y las Adolescentes

## **1 Definición de la adolescencia**

El Programa Atención Integral a la Adolescencia define a este grupo poblacional según los parámetros de la O.M.S. que los ubica entre los 10 años de edad y los 19 años y 11 meses, aunque todos entendemos que esta división es arbitraria en el sentido que los procesos humanos son complejos e indivisibles y uno tan dinámico como la adolescencia no puede iniciarse en forma tan estricta a partir de una edad y terminarse abruptamente al cumplirse los 20 años de edad.

Así, partimos de la concepción de adolescencia de Krauskopf (1997) que la define como *“el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio”*.

El Programa Atención Integral de la Adolescencia de Costa Rica, parte de la conceptualización de la fase adolescente como un momento vital específico que se enmarca dentro del proceso continuo, dinámico y permanente de crecimiento y desarrollo humano.

Es decir, se parte del supuesto de que el ser humano vive en un proceso de constante cambio que se origina con su concepción y finaliza con su muerte.

De este modo, estudiar la adolescencia y su prolongación en la fase juvenil, implica contemplarla como un momento definido más de todo el ciclo vital del sujeto, en el cual cobran especial relevancia diversos procesos que, no obstante, no se originan propiamente en ella sino que encuentran sus bases y antecedentes en los años de la primera y segunda infancia.

Es fundamental señalar, sin embargo, que lo anterior no quiere decir que este período sea visto únicamente como una etapa de transición entre la niñez y la adultez o como una simple crisis que lleva al sujeto a alcanzar su madurez.

Para el Programa Atención Integral de la Adolescencia, resulta fundamental poder visualizar la adolescencia como una fase con

características propias y particulares, con metas y tareas específicas del desarrollo que trascienden la dimensión biológica.

De esta manera, se parte de la conceptualización de la fase adolescente como un proceso dinámico e integral que, si bien marca su inicio con fenómenos biológicos y fisiológicos propios de la pubescencia cuya culminación se encuentra con la madurez sexual -conocida como pubertad-, trasciende a la totalidad del individuo como ente biopsicosocial integrado.

Ahora, se hace necesario señalar lo que ya en diversas ocasiones y espacios se ha apuntado en cuanto a que, en contraste con la claridad objetiva con que las ciencias han podido definir el inicio y el final de la pubertad y los procesos implicados en ella, la adolescencia sigue siendo objeto de múltiples y diversos debates y discusiones como probable consecuencia “de las indeterminaciones connotativas del crecimiento en sus dimensiones emocional y social” (Valverde, 2000).

Es claro en este sentido que, si bien el inicio de la adolescencia está marcado por los cambios corporales propios de la pubescencia sucedidos en nuestras latitudes a la edad aproximada de los 10 años, la definición de su final se torna harto difícil. De hecho, el Programa Atención Integral de la Adolescencia considera que precisar el momento de esta finalización en la edad de los 19 años -según la postura de la Organización Mundial de la Salud-, tiene repercusiones en las políticas de salud dirigidas a esta población, ya que aunque los sujetos pueden seguir viviendo una dinámica adolescente, no se consideran ya población beneficiaria. Sin embargo, para efectos de atención integral se mantiene la edad de adolescencia desde los 10 años hasta 19 años y 11 meses, como política institucional, trascendiendo el parámetro de adolescencia y juventud (planteado por la Ley de la Persona Joven, cuyo inicio lo marca desde los 12 años) y el de minoridad (expuesto en la Ley de la Niñez y la Adolescencia, cuyo final lo delimita en los 18 años).

En este respecto, es importante observar cómo, de forma cada vez más generalizada, esta fase se amplía en forma diversa en distintos sectores poblacionales debido a situaciones relacionadas con el orden socioeconómico. De este modo, encontramos a muchas personas de 24 o 25 años sin lograr la suficiente autonomía económica y personal que les permita independizarse

de sus padres y asumir las responsabilidades que implica la entrada al mundo adulto.

Precisamente por esto, a pesar de la definición que tradicionalmente ha determinado el grupo poblacional meta del Programa Atención Integral de la Adolescencia, se considera fundamental incluir la fase juvenil (definida hasta los 24 años) como población de interés para las acciones que se desarrollan desde este programa, en lo que a promoción de la salud y participación social se refiere.

A pesar de esta discusión, el Programa Atención Integral de la Adolescencia reconoce que el y la adolescente, presentan características particulares en las dimensiones psicológica y social que ameritan ser atendidas de forma especial y diferenciada.

Así, este momento encierra, además de cambios físicos tales como el crecimiento músculo esquelético y la maduración sexual con la aparición de la capacidad reproductiva, aspectos centrales de desarrollo psicológico y social tales como: la integración del nuevo esquema corporal con el progresivo dominio y control de las funciones de su propio cuerpo; la revisión y definición de la propia identidad en todos sus ámbitos, referidos a las dimensiones sexual, vocacional, ética y moral, cognoscitiva, ideológica y relacional; la culminación del proceso de separación-individuación y el abandono del estatus derivado de la familia con la consecuente consolidación de su autonomía; la construcción de las bases para los posibles proyectos de vida y la consolidación de sus capacidades reflexivas, críticas y creativas.

En este respecto, es preciso aseverar que si bien, es esperable que en la generalidad de las personas adolescentes se presenten todos estos procesos y dinámicas, el Programa Atención Integral de la Adolescencia no concibe esta fase de la vida como un momento que se vive abstractamente. Todo lo contrario en ella confluyen elementos relativos a lo histórico (tanto del entorno como de la esfera subjetiva-individual), lo socio-cultural, la condición por género (construcciones y vivencias de las feminidades y las masculinidades), lo político y lo económico.

Todos estos factores son constitutivos del ser humano y lo determinan a su vez en su devenir, por lo que deben

comprenderse como un todo integrado. En cada uno de estos elementos están presentes los otros y resulta difícil definir un límite entre cada uno de ellos. Por esto las y los adolescentes deben concebirse integralmente.

Por otra parte, la contextualización de las y los adolescentes nos plantea un axioma que respalda el Programa Atención Integral de la Adolescencia: no existe un modelo o referente único de la persona adolescente. Esto remite a la necesidad de visualizar diferentes formas de vivir la adolescencia por lo que resulta más adecuado a esta realidad hablar de *las adolescencias*.

Las implicaciones en la Atención Integral de esta población son evidentes. Es necesario construir y desarrollar, permanente e incesantemente, estrategias diversas y específicas para atender desde su particularidad, los distintos sectores poblacionales de adolescentes y jóvenes: hombres, mujeres, residentes(as) de zona urbana, residentes(as) de zona rural, escolarizados(as), no escolarizados(as), trabajadores(as), migrantes, indígenas, campesinos(as), etc.

Por su parte, en el afán de reconocer la especificidad de las y los adolescentes, el Programa Atención Integral a la Adolescencia, toma en cuenta distintas características que se constituyen en particularidades psicológicas del y de la adolescente. Entre ellas encontramos, una concepción del mundo que es distinta a la de los adultos(as), una gran intensidad y volatilidad de sus afectos, un juicio autocrítico distorsionado que lo lleva a tener dificultades en evaluar la consecuencia de sus actos, una necesidad inmediata de gratificación con una escasa tolerancia a la frustración y ansiedad, un aumento de su narcisismo con un énfasis en la autocontemplación que lo lleva a vivir enfrentado a una audiencia imaginaria, autoestima vulnerable, etc.

No obstante, es necesario subrayar que si bien en la adolescencia se viven diversas crisis, como en otros momentos de la vida, estas crisis son visualizadas por el Programa Atención Integral de la Adolescencia como oportunidades para posibilitar y potencializar el cambio y el desarrollo.

Por su parte, se hace necesario comprender la importancia que revisten en esta etapa, diversos procesos de socialización. Desde esta perspectiva se hace necesario señalar que, en el proceso de

separación-individuación de su familia de origen, el y la adolescente encuentra un espacio natural y protegido en su grupo de pares, en donde puede elaborar los diferentes duelos implicados en su proceso de cambio (como por ejemplo la pérdida del cuerpo infantil y la pérdida de la fantasía infantil de las figuras parentales) así como renegociar y reestructurar sus relaciones con el núcleo familiar. Es también en este espacio en el que el y la adolescente, experimenta y ensaya conductas que le permiten prepararse progresivamente para ingresar en la etapa adulta.

El Programa Atención Integral de la Adolescencia, parte además de un paradigma positivo de la adolescencia, desde el cual reconoce, en las y los adolescentes, sujetos de derechos con potencialidades para ser protagonistas en su propio desarrollo, el de su familia y el de su comunidad. Esta perspectiva se opone, en consecuencia, a pensar en la adolescencia desde las patologías sociales o la morbi-mortalidad y busca asumir un enfoque de Desarrollo Humano y Promoción de la Salud.

En este sentido, una perspectiva que tiene por fin el Desarrollo Humano impone la necesidad de visualizar además al adolescente y a la adolescente en el contexto de los distintos ámbitos en los que estos(as) se desenvuelven: la familia, el grupo de pares, el entorno comunitario, el entorno político y cultural, el centro educativo y el lugar de empleo.

Es a partir de esta concepción de adolescencia y sus distintos componentes y aristas, que se determina la naturaleza de las estrategias y las características de los Servicios de Atención de las y los adolescentes de Costa Rica que se exponen más adelante.

## **2. Los conceptos de salud y enfermedad y sus implicaciones en la atención de la salud de las y los adolescentes**

Al abordar el tema de la salud y la enfermedad como dos extremos de un continuo en la vida de las personas, se hace necesario comprender, en primera instancia, que estos fenómenos no se pueden ver en forma aislada de los distintos determinantes que están presentes en la historia individual y social de un sujeto concreto y mucho menos se puede perder de vista la relación estrecha que existe entre las distintas dimensiones del ser (la dimensión biológica, psicológica, social y espiritual o trascendente) que hace del ser humano un ser integral.

De este modo, al considerar la salud de las y los adolescentes, es indispensable realizar un análisis minucioso de las múltiples variables que, interrelacionadas entre sí, definen un estilo de vida y consecuentemente un cierto nivel en la calidad de la salud de los(as) mismos(as). Analizar las variables intrapersonales, interpersonales y externas (sociales, culturales, políticas, económicas, entre otras) permite, por tanto, asegurar un enfoque de Atención Integral a la Salud.

Ahora, es importante, en este camino de aclaración del enfoque de atención de la salud de las y los adolescentes, revisar el impacto que tienen las distintas definiciones de la salud en la forma de comprenderla y atender la misma.

Así, tradicionalmente se han podido observar dos formas extremas de entender la salud: una que la define como la ausencia de enfermedad y otra que la concibe como aquel estado de completo bienestar físico, mental y social. Si utilizamos la primera concepción para evaluar la salud de las y los adolescentes, tendríamos que decir que este período sería una de las edades más sanas del ciclo vital. En oposición a este argumento, si nos adscribimos a la segunda definición, las crisis típicas de la fase y el sufrimiento consecuente, aunque variable y transitorio, nos obligaría a afirmar que la adolescencia es un período característicamente enfermo.

Estas reflexiones nos permiten afirmar que los enfoques tradicionales del binomio salud-enfermedad resultan absolutamente inadecuados para ser utilizados como parámetros para la evaluación de la salud en la fase adolescente. Esto a su vez nos lleva a aseverar, por una parte, que la salud en la adolescencia debe visualizarse como un estado de equilibrio dinámico en el que intervienen múltiples variables y procesos progresivos-regresivos, y por otra a concluir, que precisamente por eso, en la definición de salud de este grupo etario deben abandonarse parámetros estáticos para evaluarla y fortalecerla.

En este sentido, la salud de las y los adolescentes debe ser visualizada como el resultado de la interacción entre distintos factores: aquellos que son de origen socio-cultural y que viniendo del macrocosmos impactan el entorno inmediato y los patrones comportamentales del sujeto, aquellos que se relacionan directamente con las variables genéticas y los antecedentes

clínicos del individuo, y aquellos que se relacionan directamente con las percepciones, actitudes y conductas del adolescente y que lo acercan a un estilo de vida saludable y una baja vulnerabilidad o que establecen conductas de riesgo que aumentan su vulnerabilidad.

Visto de este modo la salud representa ese equilibrio dinámico en el cual el individuo debe ser capaz de conservar y mejorar su estado físico, mental y social.

Evaluar el estado de la salud de un o una adolescente, implica además realizar el análisis de la dirección que está tomando el desarrollo del individuo, sus transformaciones, la elaboración de respuestas y su capacidad para vigilar su crecimiento y desarrollo, vivir plenamente y contribuir a su entorno, todo lo cual hace necesario enfocar las necesidades de éste integralmente, atendiendo tanto a los aspectos físicos, como mentales y sociales.

Desde esta perspectiva, es necesario prestar atención a todos los cambios que se generen en el sujeto como parte de su desarrollo y a todas aquellas alteraciones o variaciones que representen un riesgo para la salud en cada una de las distintas áreas. Así debe vigilarse el desarrollo y posibles anomalías en las siguientes áreas:

- a. *Esquema corporal y funcionamiento del organismo* (se presta atención fundamentalmente a aspectos referidos a trastornos alimentarios como la anorexia, la bulimia y la obesidad; problemas de la piel en general y específicamente el acné; los trastornos menstruales y de maduración sexual en general; los cambios posturales; entre otros);
- b. *Desarrollo cognoscitivo* (dificultades en el área de habilidades y destrezas intelectuales, déficit atencional y otras dificultades relacionadas con el aprendizaje que lo lleven al fracaso y deserción escolar);
- c. *Construcción de la identidad total<sup>1</sup> y de proyectos de vida* (confusión de identidad y establecimiento de una identidad negativa; crisis emocionales prolongadas debido a una inadecuada relación entre recursos y necesidades internas y

<sup>1</sup> Por identidad total se entiende la configuración completa de la persona, en ella se encuentran contenidas diversas dimensiones de la identidad tales como la identidad sexual, la identidad de género, entre otras. Es importante señalar que si bien en la adolescencia la revisión y construcción de la misma reviste características especiales de gran intensidad, la identidad de una persona se construye y reconstruye durante toda la vida.

las demandas y recursos del entorno; desorientación vocacional; prolongación de la dependencia familiar y posibles consecuencias -emocionales, físicos y sociales- en el desarrollo integral del sujeto debidas a un inicio prematuro de la actividad laboral);

- d. *Desarrollo psicosexual* (particularidades en el proceso de conformación de su identidad sexual y su orientación sexual, así como el establecimiento de prácticas sexuales que comprometan la salud por exponerle al riesgo de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o a un embarazo no planificado con sus posibles consecuencias en el orden del desarrollo psicosocial y la morbimortalidad asociada a la reproducción).

A parte de los diversos elementos señalados anteriormente, se hace necesario vigilar otras patologías orgánicas -agudas o crónicas- (tumores, enfermedades neurológicas, trastornos endocrinológicos, secuelas de accidentes). Todas estas pueden generar diversos problemas que impactan el equilibrio del desarrollo integral del adolescente: efectos de los medicamentos, modificaciones sobre el grupo familiar que alteran los vínculos y la disminución de los recursos para el planeamiento de la vida presente y futura.

### **3. La atención integral de la salud de las y los adolescentes: la promoción de su salud y desarrollo humano**

A la luz de todo lo que ha sido mencionado con anterioridad, la Atención de la Salud de las y los Adolescentes implica contemplar los diversos procesos de crecimiento y desarrollo de los(as) mismos(as), así como aquellos elementos que los alteran o entorpecen. Implica por tanto prestar atención a las distintas dimensiones de la salud y de la persona de tal modo que se le observe en su integralidad.

Dentro de la Atención Integral de la Salud, se hace necesario por tanto, evaluar permanentemente el estado de vulnerabilidad de las y los adolescentes y los factores y conductas protectoras y de riesgo asociados, que se presentan en la vida cotidiana de ellas y ellos.

En esta línea y con el objetivo de fortalecer la Atención Integral de las y los adolescentes desde los equipos de salud de los tres

Niveles de Atención, es importante visualizar estrategias de prevención primaria (acciones de educación en salud y protección específica), secundaria (detección temprana de enfermedades y anomalías y tratamiento adecuado y oportuno) y terciaria (acciones de rehabilitación) que procuren no solamente controlar y reducir conductas y factores de riesgo como premisa preventiva y de atención, sino que promuevan estilos de vida saludables y conductas protectoras.

También es necesario, desde la concepción de Promoción de la Salud, Prevención Primordial y el Desarrollo Humano, promover y apoyar el establecimiento y fortalecimiento de oportunidades para el desarrollo en las distintas áreas que se desenvuelve el y la adolescente. Esto implica entonces, reducir, en alianza con otros sectores, las diversas manifestaciones y grados de exclusión social que dificultan a las personas adolescentes desarrollarse plenamente según su condición de sujeto de derechos y según sus deseos y aspiraciones.

Solo si esto se logra podrían disminuirse una serie de situaciones que impactan la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional como las depresiones, el suicidio, la violencia, los accidentes, el consumo de sustancias y otros desajustes.

#### **4. Protagonismo y liderazgo adolescente: El papel de las y los adolescentes en el programa atención integral en la adolescencia como ciudadanos con derechos plenos**

Partiendo de un paradigma positivo de la adolescencia desde el cual se les concibe no solo como personas con capacidades y potencialidades, sino también como sujetos de derechos y responsabilidades; se considera que, parte de la atención integral y de la promoción del desarrollo humano, debe apoyar el fortalecimiento de las y los adolescentes para un ejercicio pleno de su ciudadanía.

En este sentido, se abandona la concepción tradicional de la población adolescente como población únicamente beneficiaria -sujetos pasivos de las acciones del sector salud- y se trasciende a una concepción en la que se reconocen como aliados estratégicos para el cambio, protagonistas en su propio desarrollo, en el de su familia y el de su comunidad; sujetos capaces de pensar, discernir, decidir y actuar en favor de su desarrollo y su salud.

De este modo, esta concepción implica necesariamente incorporar la participación juvenil como elemento intrínseco, en la promoción del Desarrollo Humano. Así, y como parte de las labores que se desarrollan en el ámbito de la salud, debe buscarse -en todos los niveles de atención- propiciar espacios de encuentro para las y los jóvenes en los que se legitimen y desarrollen sus potencialidades; reflexionen y discutan críticamente acerca de distintos aspectos relacionados con su realidad y la del país; se estimule la creatividad en la búsqueda de soluciones y alternativas para las diversas situaciones que enfrentan ellas y ellos, su familia y su comunidad; se promueva el desarrollo de conductas de autocuidado, cuidado mutuo y socio-cuidado<sup>2</sup>; se estimule y desarrollen diversas acciones de promoción de la salud que integren sus estilos comunicativos, gustos y capacidades; y planifiquen, ejecuten y evalúen acciones tendientes a la promoción de la salud.

Conviene señalar, que esta perspectiva implica, además, un serio compromiso institucional en escuchar a las y los adolescentes para responder siempre a su realidad, así como apoyar las acciones desarrolladas por las y los adolescentes y jóvenes, tendientes a la promoción de la salud y el desarrollo humano. Requiere por tanto, pensar las acciones de salud desde un protagonismo compartido, en el que cada parte asume responsabilidades (diferenciadas por el mismo grado de competencias y responsabilidades relativas) y desarrolla acciones desde sus posibilidades.

##### **5. La participación social en la atención integral de la salud de las y los adolescentes: el papel de la familia y de la comunidad**

Al pensar en la necesaria participación de diversos sectores en la Atención Integral de las y los adolescentes, debe prestarse atención al señalamiento de la OPS (1998), el cual afirma que:

*“la salud de los adolescentes... es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas... los costos para los gobiernos y las personas son considerables cuando un joven no logra*

<sup>2</sup> El socio-cuidado hace referencia a la conciencia y prácticas de las personas orientadas al cuidado del entorno inmediato en donde se desenvuelven y del ambiente en general (se incluye aquí el ambiente ecológico y el medio psicosocial).

*llegar a la adultez gozando de buena salud (y) de una educación adecuada... estos costos suelen ser más altos que los costos de los programas de promoción y prevención que ayudan a los jóvenes a lograr esas metas". (p. 7).*

En otras palabras y desde esta perspectiva, existe una necesidad social de primer orden, a la cual los diversos sectores sociales deben responder: la inversión (no solo económica) en la adolescencia en tanto capital humano para el desarrollo de nuestros países.

De esta manera, las políticas de Modernización Institucional en la Caja Costarricense del Seguro Social, planteadas en 1995, coinciden con este enfoque y plantean un nuevo modelo de atención en salud, donde la Participación Social, se constituye en uno de los ejes fundamentales de la atención integral de las personas.

Coincidentemente con este devenir institucional, UNICEF-HABITAT (1997) plantea que "no sería viable ni realista plantearse soluciones solo desde el Estado. Se requiere estimular la participación de diversos actores, como las organizaciones no gubernamentales, las iglesias, las empresas privadas, etc. El Estado no puede asumir todas las funciones y responsabilidades que el cambio requiere". (p. 11).

Este enfoque además, responde a la legitimación del derecho que tienen las personas, grupos y comunidades a participar en su propio desarrollo y en la gestión del bienestar individual y comunal, tal como aparece expresado en los artículos 55 y 57 del Reglamento del Seguro Social, en los que se destaca la responsabilidad que poseen todos los sectores sociales en la producción social de la salud.

Al comprender que la Atención Integral de las y los adolescentes trasciende las acciones referidas específicamente al ámbito especializado de la salud, y que la promoción de la Salud y del Desarrollo Humano compete a múltiples sectores y actores sociales se vislumbran dos escenarios de desarrollo que se constituyen, en consecuencia, en dos sectores fundamentales que deben ser incorporados a las labores desarrolladas por el sector salud tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de las y los adolescentes: la familia y la comunidad en general.

## **5.1 El papel de la familia**

El Programa Atención Integral de la Adolescencia, reconoce el papel fundamental de la familia (en su amplia gama de tipologías) y sus diferentes funciones en el desarrollo de los sujetos: la satisfacción de los recursos básicos para la supervivencia; el primer referente de las relaciones con el mundo y con las otras personas; la transmisión socio-cultural de valores y modos de pensar y actuar; la formación y desarrollo de destrezas y habilidades para enfrentar las diversas situaciones que la vida impone; la protección de la integridad física y moral de sus miembros; la nutrición afectiva y la continencia emocional; el apoyo y la orientación para la inserción en la vida afectiva y social (laboral) y la propulsión del desarrollo.

En este sentido, el impacto que tiene la familia (sus formas de comunicación y de relaciones entre los miembros) en el desarrollo de las y los adolescentes, plantea la obligación de tomarlo en cuenta dentro de las acciones del Programa Atención Integral de la Adolescencia en una doble perspectiva, como escenario de acción y como aliado estratégico.

Partiendo de que existen diversas familias que, por distintas circunstancias y situaciones en las que se encuentran, no pueden apoyar adecuadamente el desarrollo de sus miembros(as) adolescentes, se torna imprescindible, en tanto escenario de acción, realizar acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de las mismas, así como al mejoramiento en el nivel de conocimientos acerca de la fase adolescente y sus actitudes frente a quienes la viven.

Por esto el Programa Atención Integral de la Adolescencia, desarrollará acciones específicas dirigidas a los padres y madres de familia y otras figuras de autoridad, tendientes a estimular procesos reflexivos y de capacitación que fortalezcan a su vez la capacidad de estos(as) para brindar “apoyo (y acompañamiento) afectivo y efectivo” a sus miembros adolescentes.

En la otra dimensión se sostiene que, el fortalecimiento de actitudes, relaciones y conductas tendientes al apoyo de los miembros(as) adolescentes en su desarrollo personal, constituyen a las familias en aliadas estratégicas para la promoción de la Salud Integral y del Desarrollo Humano.

## **5.2. El papel de la comunidad**

*Después de la familia como escenario de desarrollo inmediato para el y la adolescente, el espacio comunitario se constituye en el lugar que les ofrece diversas posibilidades naturales y cotidianas para la socialización y la contención afectiva, así como oportunidades para la recreación, la educación, el trabajo y la participación.*

*Así, es necesario, para asegurar en mayor medida el desarrollo óptimo de las y los adolescentes, contar con ambientes comunitarios saludables, que respondan a las necesidades de desarrollo de las y los jóvenes, que permitan su inclusión social y su participación protagónica, que ofrezcan alternativas diversas para la satisfacción de sus necesidades y el ejercicio de sus deberes.*

*Es necesario señalar, no obstante, que en nuestro país, como en tantos países de América Latina, existe una cantidad importante de adolescentes que viven en comunidades con grandes carencias y deficiencias, ambientes que no solo no facilitan el proceso de crecimiento y desarrollo de las y los adolescentes, sino que, incluso, lo obstaculizan, propiciando la presencia de múltiples factores de riesgo y el establecimiento de conductas nocivas para la salud.*

*Entonces, partiendo de la importancia que poseen las oportunidades y posibilidades que ofrezca la Comunidad para el desarrollo óptimo de los y las adolescentes, el Programa Atención Integral de la Adolescencia buscará propiciar la participación comunitaria en sus múltiples formas, en todas aquellas acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de esta población.*

En este sentido, cobra especial relevancia para las gestiones del Programa Atención Integral de la Adolescencia, la posibilidad de contar con miembros de la comunidad, sensibilizados y capacitados en la temática adolescente, con la disposición para apoyar, desde su área de experiencia y posibilidades, distintos procesos relacionados con este grupo poblacional.

De igual modo, es de interés para el Programa Atención Integral de la Adolescencia, coordinar con otros sectores, distintas acciones de saneamiento de los espacios comunitarios, de tal

modo que estos sean espacios propicios para el adecuado desarrollo de los y las adolescentes.

## **6. Características de los servicios de salud en la atención integral de las y los adolescentes**

La consolidación de Servicios Amigables para la Atención Integral de las y los Adolescentes.

Cuando se revisa la historia de la atención en salud de la población adolescente en Costa Rica, se hace necesario señalar que por mucho tiempo, al igual que en otros tantos países latinoamericanos, no se brindaron “servicios de salud que fuesen realmente accesibles, para los y las adolescentes, porque (se partía)]... del paradigma de que las y los adolescentes “no se enferman” (Rodríguez, 2001; p. 1).

Esto se hacía evidente en la inexistente segmentación, por rangos de edad, de las estadísticas de la Caja Costarricense de Seguro Social que permitiera tener claridad de lo que sucedía en la población adolescente (entre los 10 y los 19 años)<sup>3</sup>.

A partir de un cambio de paradigma en cuanto a las concepciones de la salud y la enfermedad, en donde la prevención y la promoción de la salud toman un papel central en la misión del Sector Salud respecto del cuidado de las personas, se considera cada vez más importante prestar atención a los y las adolescentes como una población meta, con características y necesidades particulares que deben ser atendidas.

De esta manera, tal como lo señala Rodríguez (2001), “nace... en la segunda mitad de la década de los ochenta, un esfuerzo por atraer los y las adolescentes a los servicios de salud” (p. 1), situación que a su vez demostró la poca asistencia de los (as) mismos (as) a este tipo de servicios.

Como consecuencia de este hallazgo, a finales del siglo XX la OPS/OMS acuñó el término “servicios de salud amigables para adolescentes” y realizó diversos esfuerzos, durante los años 2000

<sup>3</sup> Hasta 1985, “la Caja Costarricense de Seguro Social no separaba a los de este grupo de edad, para sus registros bio-médicos, sino que los incluía en un grupo que iba de 10-44 años” (Rodríguez, 2001).

y 2001, para enriquecerlo y operativizarlo con el aporte de expertos y autoridades en salud de diversas latitudes del mundo.

De este modo, se empieza a definir con mayor claridad que para promover el desarrollo humano y la salud integral de las y los adolescentes se hace necesario partir de enfoques centrados en la comunidad y que tengan una visión holística e integral, es decir que procuren atender de forma específica las diferentes necesidades de los y las adolescentes sin perder de vista que estas corresponde a un ser integrado.

Además, se considera fundamental abandonar la perspectiva de atención que se reduce a visualizar y atender los problemas inmediatos que pueda presentar el adolescente en un momento específico, para adoptar un enfoque de promoción de la salud y prevención primordial que busque, además de fortalecer los factores protectores, generar las oportunidades necesarias para el desarrollo de las potencialidades de las y los sujetos.

Desde esta perspectiva,

“el desarrollo saludable de los y las adolescentes [debe promoverse desde un enfoque en donde] la provisión de servicios de salud, [sólo es] una parte de un paquete con varios componentes, tales como el brindarles información, el ayudarlos a construir y por ende desarrollar programas de desarrollo de habilidades para la vida, el proveerles con servicios de consejería, usando estrategias novedosas, y el luchar por garantizarles ambientes seguros donde crecer”. (Rodríguez, 2001; p. 4).

En este sentido, los servicios amigables deben partir de un enfoque intersectorial y de trabajo transdisciplinario, en el cual se favorezca además la participación protagónica y plena de las y los adolescentes.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se ha determinado que para poder crear servicios amigables para adolescentes, resulta “imprescindible la participación de los mismos adolescentes no solo en el diseño y planeamiento de los servicios, sino también en la entrega de los mismos” (Rodríguez, 2001; p. 2).

Esto quiere decir que los servicios amigables deben responder a las necesidades, inquietudes, visiones de mundo, dinámica comunitaria, sueños y realidades concretas de las y los adolescentes que constituyen su población objetivo. En este sentido un servicio amigable parte de preguntar a las y los adolescentes cómo debe diseñarse y desarrollarse este (condiciones físicas, horarios, perfil de los profesionales que les atienden, decoración, entre otras).

Las experiencias recogidas en el transcurso de este proceso permanente de mejoramiento de la calidad de los servicios sugiere, según Rodríguez (2001).

“que los servicios amigables para adolescentes parecen ser aquellos que funcionan más como casa club, que como servicios de salud tradicionales. Los y las adolescentes se ven así mismos como miembros de un Club, y pueden asistir libremente, aunque se sientan muy sanos y de hecho lo sean, desde un punto de vista físico” (p. 3)

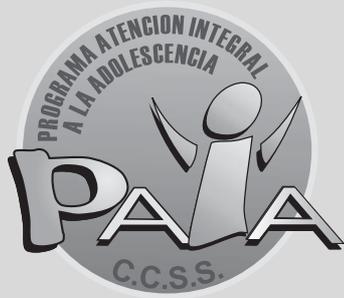
De este modo, los servicios aglutinan a las y los jóvenes no solo para recibir atención médica sino para encontrarse con sus amigas y amigos (pertenecer a un grupo sano de referencia), conversar, planear y ejecutar distintos proyectos de su interés (respondiendo al concepto de integración transformadora)<sup>4</sup>, capacitarse y capacitar en temas que les llamen la atención, entre otras cosas.

Asimismo los servicios amigables suponen una estructura que dista mucho de los tradicionales servicios de salud de nuestros países. Debe ser un espacio (y no se habla acá de espacio solo en el sentido físico sino psicosocial) de encuentro, flexible, dinámico (siempre deben pasar cosas interesantes), distendido y relajante. Debe ofrecer múltiples oportunidades a los y las adolescentes, para utilizar su tiempo libre de manera enriquecedora y sana.

Por su parte las y los profesionales que trabajan en estos Servicios de Adolescentes, deben poseer características especiales, entre las que se pueden citar:

<sup>4</sup> Este concepto implica “que el individuo sea capaz de convivir socialmente rescatando sus necesidades personales y sociales y muchas veces transformando elementos de su entorno para que se le permita ser él mismo y establecer la convivencia” (Rodríguez, 2001; p. 6).

- Un alto nivel de compromiso con su trabajo y con los y las adolescentes que acompaña y atiende,
- Capacidad para ajustarse a diversas situaciones y condiciones,
- Una gran capacidad de escucha y empatía,
- Flexibilidad y capacidad de negociación,
- Capacidad para respetar ideas, visiones, concepciones, intereses, gustos y opiniones diferentes (que puedan aceptar a las y los adolescentes como les gusta vestir o hablar),
- Capacidad para ser autocríticos e identificar sus propios mitos y prejuicios con tal de que estos no afecten su trabajo o la relación con los y las adolescentes,
- Capacidad para no establecer juicios de valor a priori,
- Dispuestos a compartir el poder asumiendo un papel de facilitador(a) de procesos y no de autoridad incuestionable (con capacidad para abrir espacios de participación reales para los y las adolescentes),
- Dispuestos a abandonar la rigidez de los perfiles profesionales que salen de las universidades para asumir otro tipo de actividades (organización logística de actividades, escuchar a un adolescente cuando desea hablar, servir de mediador entre un adolescente y su familia, etc.),
- Capacidad para aceptar sus propias equivocaciones y limitaciones,
- Capacidad para trabajar en equipo en el que existan múltiples disciplinas,
- Una gran capacidad creativa para encontrar soluciones o formas distintas de hacer las cosas.



Marco Legal

El proceso de brindar atención integral a la adolescencia costarricense está fundamentado en un amplio marco jurídico que ha evolucionado en forma acelerada.

Especialmente en la década de los años noventas, luego del establecimiento de principios rectores, por medio de cartas de derechos y convenciones adoptados por la comunidad internacional, es que nuestro país, acertadamente, ha ratificado e incluido como parte integral de la legislación nacional.

Esta legislación permite establecer un nuevo paradigma en materia de adolescencia. Por un lado, se llena el vacío jurídico existente ya que la adolescencia misma, per se, no se consideraba en nuestras leyes, y por otro lado la nueva legislación establece la **Doctrina de la Protección Integral**, donde se considera a niños y adolescentes como sujetos sociales de derecho con la obligatoriedad de la familia y del Estado de garantizar los mismos.

Es importante destacar aquí la “Declaración de Panamá” del año 2000, firmada por los jefes de Estado y Gobierno de los 21 país iberoamericanos en una cumbre dedicada exclusivamente al análisis de la situación de la Niñez y la Adolescencia bajo el lema “Unidos por la Niñez y la Adolescencia, base de la justicia y la equidad en el Nuevo Milenio”.

Nuestro país y los otros 20 países iberoamericanos se comprometen en esta cumbre a dar prioridad a las políticas sociales que benefician esta población, y a realizar acciones que mejoren su acceso a salud, educación, participación social, programas de educación sexual con énfasis a la prevención del VIH/SIDA, mejoramiento de la justicia y erradicación de la violencia, etc.

Estas Bases Programáticas de la C.C.S.S. pretenden ser parte de la respuesta del país a los compromisos adquiridos en materia de salud del adolescente en esta trascendental cumbre y otros convenios internacionales.

Nuestra constitución política, vigente desde el 7 de noviembre de 1949, destaca una serie de principios legales que direccionan el quehacer del sector social respecto a la Atención Integral a la Adolescencia.

Así, el **Artículo 21** de nuestra constitución dice “La vida humana es inviolable”, y en una interpretación de este artículo, la Sala Constitucional, en el voto N° 5619 del 22 de octubre de 1996, resolvió que: “Es de este principio constitucional de donde innegablemente se desprende el derecho a la salud, el bienestar físico, mental y social, derecho humano que se encuentra indisolublemente ligado al derecho de la salud y a la obligación del Estado de proteger la vida humana”.

Otros artículos constitucionales relevantes son:

**Artículo 51:**

“La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrá derecho a la protección, la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido”.

**Artículo 55:**

“La protección especial de la madre y el menor estará a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia con la colaboración de las otras instituciones del Estado”.

(La ley N° 7648 publicada en la Gaceta del 21 de diciembre de 1996, redefine el quehacer del PANI).

**Artículo 71:**

“Las leyes darán protección especial a las mujeres y los menores de edad en su trabajo”

**Artículo 73:**

Versa sobre la creación de la Seguridad Social y su administración por parte de la C.C.S.S.

**Artículo 78:**

“La educación general básica y obligatoria; ésta, la preescolar y la educación diversificada son gratuitas y costeadas por la Nación.

El Estado facilitará la prosecución de estudios superiores a las personas que carezcan de recursos necesarios. La adjudicación de las correspondientes becas y auxilios estará a cargo del Ministerio del ramo, por medio del organismo que determine la ley”.

## **Artículo 82**

“El estado proporcionará alimento y vestido a los escolares indigentes, de acuerdo con la ley”

## **Convención de los Derechos del Niño: (Población menor de 18 años)**

Costa Rica, como país miembro de las Naciones Unidas, ha participado en forma activa en diversos foros internacionales que han tenido como finalidad el rescate de los Derechos de Niños y Adolescentes en todo el orbe.

De estos foros se han desprendido una serie de convenios y tratados que nuestro país ha firmado, y que luego de su ratificación por la Asamblea Legislativa son vinculantes y pasan a formar parte de nuestro ordenamiento jurídico con una jerarquía superior a la legislación vigente, de tal forma que nuestras leyes deben más bien adecuarse a lo convenido por la Comunidad de Países.

En este sentido, un hito histórico de gran importancia es establecido con la ratificación de la **“Convención sobre los Derechos del Niño”** por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 y publicado en la Gaceta N° 49 del 09 de Agosto de 1990 como la ley N° 7184.

La Convención de Derechos del Niño especifica los derechos de esta población, luego del marco general establecido por las Naciones Unidas con la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948.

Se establecen aquí principios fundamentales como:

- La no discriminación ( artículo 2 )
- Interés superior ( artículo 3 )
- Derecho a la opinión ( artículo 12 )
- Libertad de expresión ( artículo 13)
- Libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 14)
- Protección de la vida privada ( artículo 16 )
- Derechos a la salud y servicios médicos ( artículo 24 )
- Derecho a la seguridad social ( artículo 26 )
- Derecho a la educación ( artículos 28 y 29 )

- Protección contra la explotación sexual ( artículo 34 )
- Administración de justicia ( artículo 40 )

### **Código de la niñez y la adolescencia**

Luego de 8 años de aprobada la Convención de los Derechos del Niño, la Asamblea Legislativa proclama la Ley N° 7739: “Código de la Niñez y la Adolescencia”, donde se clarifican aspectos ya contenidos en la Ley 7184 (Convención de los Derechos del Niño) y se introduce una diferenciación en los derechos de las personas adolescentes.

Se destacan como principios trascendentales en el Código de la Infancia y la Adolescencia los contenidos en los siguientes artículos:

#### **Artículo 5**

##### ***Interés superior***

“Toda acción pública o privada concerniente a un persona menor de 18 años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano.

La determinación del interés superior deberá considerar:

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social”.

#### **Artículo 13**

##### ***Derecho a la protección estatal***

#### **Artículo 14**

##### ***Derecho a la libertad***

#### **Artículo 15**

##### ***Derecho al libre tránsito***

#### **Artículo 18**

##### ***Derecho a la libre asociación***

**Artículo 19**  
***Derecho a la protección ante peligro grave***

**Artículo 20**  
***Derecho a la información***

**Artículo 24**  
***Derecho a la integridad***

**Artículo 25**  
***Derecho a la privacidad***

**Artículo 27**  
***Derecho a la imagen***

En cuanto a salud, todo el capítulo IV del Código define los derechos de niños y adolescentes en esta materia.

**Artículo 41**  
***Derecho a la atención médica***

“Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social, ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo, ni otra circunstancia”.

**Artículo 42**  
***Derecho a la seguridad social***

“Las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutaran de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas”.

Estos dos artículos prededentes garantizan el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud de la C.C.S.S., pero la implementación de los mismos al interior de la institución ha sido un proceso difícil ante la falta de reglamentación del código por parte de nuestra institución. No obstante, pronunciamientos de la Dirección Jurídica de la caja (circular N° DJ-2802-99 del 23 de noviembre de 1999), y de la Dirección de la Asesoría en validación de Derechos (del 30 de noviembre de 1999) señalan la

obligatoriedad de cumplir con estas disposiciones por ser ley nacional vigente y vinculante para la C.C.S.S. Se espera poder contar próximamente con esta reglamentación. Así, los adolescentes deben ser atendidos aunque no estén presentes sus padres o encargados legales y tienen derecho a recibir además de atención médica, consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en educación y prevención del VIH/SIDA como parte de una atención integral. Los o las adolescentes mayores de 15 años que tengan vida sexual activa, además de consejería podrían requerir la prescripción de métodos de protección de acuerdo a su interés superior; igualmente, en situaciones de riesgo se debe integrar a sus padres o encargados según el espíritu del artículo 45 del código, o al Patronato Nacional de la Infancia (PANI) en los casos necesarios.

Asimismo, en oficio No. P.E. 44.390-04 del 15 de setiembre de 2004, el Dr. Alberto Sáenz Pacheco, Presidente Ejecutivo de la Institución, gira instrucciones a la Gerencia de División Médica y Financiera, para respetar los términos del convenio “Plan para la disminución de la mortalidad infantil” firmado entre el Ministerio de Salud y la C.C.S.S. Dicho convenio, establece en lo que interesa, que “Toda persona, desde el momento de su concepción y hasta un año después de haber nacido, será considerada como asegurada y recibirá toda la atención de salud que ofrece la C.C.S.S. Sin perjuicio de su condición de afiliación, toda mujer en estado de embarazo o madre de un menor de hasta un año de edad, podrá solicitar la atención prenatal y de salud que requiera su hijo. Este beneficio no incluye los servicios y prestaciones económicas que otorga la C.C.S.S., y contempla únicamente los servicios odontológicos que requiera la mujer gestante establecidos en las “Normas de Prestaciones Odontológicas “de la C.C.S.S.”.

### **Artículo 43**

#### ***Vacunación***

“Las personas menores de edad deberán ser vacunadas contra las enfermedades que las autoridades de salud determinen. Suministrar y aplicar las vacunas serán obligaciones de la Caja Costarricense del Seguro Social. Por razones médicas, las excepciones para aplicar las vacunas serán autorizadas solo por el personal de salud correspondiente.

El padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas serán responsables de que la vacunación obligatoria de las personas menores de edad a su cargo se lleve a cabo oportunamente”.

#### **Artículo 44**

##### ***Competencias del Ministerio de Salud***

“El Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad”.

Para esta finalidad, el Ministerio de Salud tendrá las siguientes competencias:

- a) Asegurar la atención integral de este grupo, procurando la participación activa de la familia y la comunidad.
- b) Garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, especializados en niños y adolescentes.
- c) Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral dirigidos a las personas menores de edad, incluyendo programas sobre la salud sexual y reproductiva.
- d) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el abuso y la violencia que se suscitan en el seno familiar, comunitario, social, educativo y laboral.
- e) Fomentar la lactancia materna en los hospitales públicos y privados, así como divulgar ampliamente sus ventajas.
- f) Adoptar las medidas que garanticen el desarrollo de las personas menores de edad en un medio ambiente sano.
- g) Garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico.
- h) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales.

#### **Artículo 45**

##### ***Controles médicos***

“Será obligación de los padres y las madres, representantes legales o las personas encargadas, cumplir con las instrucciones y los controles médicos que se prescriban para velar por la salud de las personas menores de edad bajo su cuidado; además, serán responsables de dar el uso correcto a los alimentos que ellas reciban como suplemento nutritivo de la dieta”.

#### **Artículo 46**

##### ***Denegación de consentimiento***

“Si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia”.

A su vez, el citado Artículo 144 del código de Familia (Ley N° 5476) dice:

“Cuando sea necesario una hospitalización, tratamiento, o intervención quirúrgica decisivos e indispensables para resguardar la salud o la vida del menor queda autorizada la decisión facultativa pertinente aún contra el criterio de los padres”.

Si aunamos lo establecido en los artículos 46 y 5° del Código de la Niñez y la Adolescencia (Interés superior) y lo precedente en el 144 del Código de Familia, podemos inferir que los profesionales en salud estamos actuando bajo el marco de la ley cuando se brinda consejería, orientación o algún tipo de tratamiento (incluyendo anticonceptivos) a un (a) adolescente con el fin de garantizar su integridad física, mental y /o social, aún sin el consentimiento de los padres de familia. Sin embargo es importante recalcar que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia defiende la importancia del principio de autoridad de los padres y de mantener una buena comunicación y relación entre ellos y sus hijos si ésta es adecuada y factible.

#### **Artículo 47**

##### ***Permanencia en centros de salud***

“Los hospitales y clínicas, públicos o privados proporcionarán las condiciones necesarias para la permanencia del padre, la madre, el representante legal o el encargado, cuando la persona menor de edad sea internada y esta medida no sea contraria a su interés”.

#### **Artículo 48**

##### ***Comité de estudio del niño agredido***

“Los hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a crear un comité de estudio del niño agredido. La integración y el funcionamiento quedarán sujetos a la reglamentación que emita el Poder Ejecutivo. Asimismo, los centros públicos de salud deberán valorar inmediatamente a toda persona menor de edad que se presuma víctima de abuso o maltrato. Este comité valorará los resultados, realizará las investigaciones pertinentes y recomendará las acciones que se tomarán en resguardo de la integridad del menor”.

Cabe indicar, que en respuesta a lo establecido aquí por la ley la Caja Costarricense de Seguro Social ha respondido incluyendo en los compromisos de gestión la obligatoriedad de crear estos comités de “estudio de niños y adolescentes víctimas de agresión”, en cada uno de los centros institucionales.

#### **Artículo 49**

##### ***Denuncia de maltrato o abuso***

“Los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán autoridades y el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas”.

Es importante anotar aquí que este artículo impone un cambio en la práctica clínica previa, ya que ahora la sospecha de maltrato o abuso debe ser denunciada de inmediato.

A su vez, el código establece protección para el denunciante ya que elimina la posibilidad de contra-demanda para el funcionario. En este respecto el artículo 134 dice:

“Comprobada en sede administrativa la existencia de indicios de maltrato o abuso en perjuicio de una persona menor de edad, la denuncia penal deberá plantearse en forma inmediata. **La persona o institución que actué en protección de los menores, no podrá ser demandada, aún en caso de que el denunciado no resulte condenado en esta sede.** Si la persona denunciada tuviere alguna relación directa de cuidado o representación con el menor ofendido, se planteará a la vez, la acción pertinente ante la autoridad judicial de familia”.

#### **Artículo 50**

##### ***Servicios para embarazadas***

“Los centros públicos de salud darán a la niña o la adolescente embarazadas los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el nasciturus, la atención médica del parto y, en caso de que sea necesario, los alimentos para completar su dieta y la del niño o niña durante el periodo de lactancia.

Las niñas o adolescentes embarazadas tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro para su salud o la del nasciturus tendrán derecho a atención de preferencia”.

#### **Artículo 51**

##### ***Derecho a la asistencia económica***

“A falta del obligado preferente, las niñas o adolescentes embarazadas o madres en condiciones de pobreza tendrán derecho a una atención integral por parte del Estado, mediante los programas de las instituciones afines. Durante el periodo prenatal y de lactancia, tendrán derecho a un subsidio económico otorgado por el Instituto Mixto de Ayuda Social; según lo estipulado para estos casos, corresponderá el salario mínimo de la ley de presupuesto vigente al momento de otorgar el subsidio. Para gozar de este beneficio, deberán participar en los programas de capacitación que, para tal efecto desarrollen las instituciones competentes.

El giro de los recursos deberá responder a una acción integral y no meramente asistencial, para garantizar a la persona su desarrollo humano y social”.

**Artículo 52*****Garantía para la lactancia materna***

Las instituciones oficiales y privadas, así como los empleadores les garantizarán a las madres menores de edad las condiciones adecuadas para la lactancia materna. El incumplimiento de esta norma será sancionado como infracción a la legislación laboral, según lo previsto en el artículo 611 y siguientes del Código de Trabajo.

**Artículo 53*****Derecho al tratamiento contra el SIDA***

“Salvo criterio médico en contrario, la Caja Costarricense del Seguro Social garantizará a la madre portadora del virus VIH (SIDA) el tratamiento médico existente, con el fin de evitar el contagio del niño nasciturus. Asimismo, toda persona menor de edad portadora del VIH o enferma de SIDA tendrá derecho a que la Caja le brinde asistencia médica, psicológica, y en general, el tratamiento que le permita aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones producidas por esta enfermedad”.

**Artículo 54*****Deberes de los centros de salud***

“Los centros de salud, públicos y privados, tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Llevar registros actualizados del ingreso y el egreso de personas menores de edad, donde conste el tratamiento y la atención médica que se le brindó.
- b) Permitir que la persona recién nacida tenga contacto inmediato y alojamiento con su madre desde el nacimiento.
- c) Identificar a la persona nacida viva o la fallecida antes o después del parto, por medio de los controles estadísticos y la impresión de las huellas dactilares de la madre y plantares de la persona recién nacida, sin perjuicio de otras formas que indique la autoridad competente.
- d) Gestionar, en forma inmediata o a más tardar ocho días después del nacimiento, un carné de salud para la persona recién nacida, por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social o del centro de salud correspondiente. El carné contendrá un resumen del historial de salud de cada una

desde el nacimiento hasta la adolescencia y servirá para identificarla en instituciones de salud y educativas, tanto públicas como privadas”.

#### **Artículo 55**

##### ***Obligaciones de autoridades educativas***

“Será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los centros de enseñanza de educación general básica preescolar, maternal u otra organización, pública o privada, de atención a las personas menores de edad:

- a) Velar porque el Ministerio de Salud cumpla la obligación contemplada en el artículo 43 de este código.
- b) Comunicar a los padres, madres o encargados que el menor requiere exámenes médicos, odontológicos o psicológicos.
- c) Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva que formule el ministerio del ramo.

El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectivo”.

Por otra parte, el capítulo V del Código de la Infancia y la Adolescencia versa sobre los derechos de la población adolescente a la Educación.

Es importante tener presente las siguientes indicaciones que en materia de educación la nueva legislación establece:

#### **Artículo 57**

##### ***Permanencia en el sistema educativo***

“El Ministerio de Educación Pública deberá garantizar la permanencia de las personas menores de edad en el sistema educativo y brindarles el apoyo necesario para conseguirlo”.

#### **Artículo 65**

##### ***Deberes del Ministerio de Educación Pública***

“Le corresponderá al Ministerio de Educación Pública censar a las personas menores de edad que cursan la enseñanza primaria o la secundaria, disponer de los mecanismos idóneos que aseguren su presencia diaria en los establecimientos educativos y evitar la deserción”.

Los artículos precedentes deben ayudarnos en la lucha contra la deserción escolar, que sabemos es un componente importante como factor de riesgo que no favorece el desarrollo integral de los y las adolescentes.

### **Artículo 58**

#### ***Políticas nacionales***

“En el diseño de las políticas educativas nacionales, el Estado deberá:

- a) “Propiciar la inclusión, en los programas educativos, de temas relacionados con la educación sexual, la reproducción, el embarazo en adolescentes, las drogas, la violencia de género, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y otras dolencias graves”.

Así, en este artículo la legislación prevee la importancia de tratar la temática de Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva con los y las adolescentes, así como otros aspectos de salud pública en el escenario escolar y colegial. Este apartado nos indica lo importante de establecer alianzas con el Ministerio de Educación Pública y los docentes en general, de manera que tanto los contenidos como las metodologías con que se abordan la Salud Sexual Reproductiva sean los idóneos para favorecer estilos de vida saludables y el desarrollo integral de los y las adolescentes.

### **Artículo 70**

#### ***Prohibición de sancionar por embarazo***

“Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las estudiantes. El Ministerio de Educación Pública desarrollará un sistema conducente a permitir la continuidad y el fin de los estudios de niñas o adolescentes encinta”.

El artículo 70, junto con el 69 (Prohibición de Prácticas Discriminatorias), buscan eliminar los tabúes alrededor del embarazo en la adolescencia y protege a las adolescentes embarazadas para que puedan continuar sus estudios y establezcan un proyecto de vida adecuado.

## **Ley General de Protección a la Madre Adolescente**

Por la importancia que conlleva la problemática del embarazo en la adolescencia, se aprobó en la Asamblea Legislativa la “**Ley General de Protección a la Madre Adolescente**” (Ley N°. 7735), en la que la Caja Costarricense de Seguro Social, adquiere una serie de obligaciones importantísimas para la Atención Integral de la Adolescente embarazada.

Así, esta Ley N°. 7735 establece:

### **CAPITULO III**

#### **Atención integral para la madre adolescente**

##### **Artículo 9**

##### ***Centros de atención***

“Las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y los centros de salud, deberán:

- a) Elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo interinstitucional de atención a la madre adolescente, creado en esta ley.
- b) Brindar asistencia gratuita, prenatal y postnatal, a las madres adolescentes.
- c) Desarrollar programas de formación y orientación tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad.
- d) Impartir cursos informativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado.
- e) Brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos”.

##### **Artículo 10**

##### ***Programas de atención integral***

“Los programas desarrollados por las instituciones referidas en el artículo anterior, deberán ser ejecutados por un equipo profesional, formado al menos por un psicólogo, un trabajador social y un médico; todos de reconocida experiencia en temas de la adolescencia”.

## **Artículo 12**

### ***Cooperación institucional***

“Para los fines de esta ley, las instituciones estatales quedarán obligadas a proporcionar la ayuda necesaria de la siguiente manera:

- a) La Caja Costarricense de Seguro Social dará atención médica gratuita a las madres adolescentes que la soliciten y a los hijos de ellas, aunque la adolescente no se encuentre afiliada; para tal efecto, dicha institución deberá expedir un carné provisional de asegurada.
- b) El Instituto Nacional de Aprendizaje por medio del Departamento de Formación Profesional para la Mujer, y en coordinación con el Consejo Interinstitucional de atención a la madre adolescente, impartirá cursos vocacionales dirigidos a esta población.
- c) El Ministerio de Educación Pública brindará todas las facilidades requeridas con el propósito de que la madre adolescente complete el ciclo educativo básico. Para cumplir esta disposición, se les permitirá cursar estudios nocturnos o programas de bachillerato por madurez, sin tomar en cuenta la edad.
- d) El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social creará una bolsa de empleo especial para las madres adolescentes, mayores de quince años.
- e) Las demás instituciones gubernamentales, que dirijan programas de bienestar social otorgarán, prioritariamente, beneficios a las madres adolescentes que los soliciten”.

### **Adolescencia y legislación penal**

El país tiene vigente una nueva legislación de Justicia Penal Juvenil (Ley N°. 7576), publicada en la Gaceta N°. 82 del 30 de abril 1996.

Esta legislación tiene la novedad de que se aplica a los adolescentes a partir de los 12 años de edad y menores de 18 años, que cometan algún delito o contravención de acuerdo con lo que estipulen nuestras leyes. Sin embargo, la ley diferencia en cuanto al proceso, sanciones y ejecución entre dos grupos: un grupo son aquellos comprendidos entre los 12 años y hasta los 15 años, y otro grupo que abarca los que tienen desde 15 años

cumplidos hasta antes de que cumplan los 18 años de edad. Cabe destacar aquí el artículo 139 de la ley de Justicia Penal Juvenil:

### **Artículo 139**

#### ***Centros especializados de internamiento***

“La sanción de internamiento se ejecutará en centros especiales para menores, que serán diferentes de los destinados a los delinquentes sujetos a la legislación penal común.

Deben existir, como mínimo, dos centros especializados en el país. Uno se encargará de atender a mujeres y el otro, a hombres.

En los centros no se admitirán menores sin orden previa y escrita de la autoridad competente. Deberán existir dentro de estos centros las separaciones necesarias según la edad. Se ubicará a los menores con edades comprendidas entre los quince y los dieciocho años en lugar diferente del destinado a los menores con edades comprendidas entre los doce y los quince años; igualmente, se separarán los que se encuentren en internamiento provisional y los de internamiento definitivo”.

Por otro lado, el Código de la Niñez y la Adolescencia desde los Artículos 104 y 169 establece una serie de parámetros de gran trascendencia relacionados con los derechos de los niños y adolescentes respecto a su acceso a la justicia y garantías procesales especiales. En este último rubro el artículo 113 específicamente establece que los procesos judiciales que involucren a menores sean expeditos y con respecto a su condición particular (sin formalismos y en lo posible no amenazantes).

Existen además una serie de regulaciones en materia de justicia adoptadas por los países miembros de Naciones Unidas, y que son:

1. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de justicia a menores.
2. Las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Declaración de RIAD) Marzo de 1988.
3. Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los Menores Privados de Libertad. 2 de abril de 1991.

## **Adolescencia y legislación laboral**

Costa Rica se rige por el **Convenio 138 de la O.I.T.** (Organización Internacional del Trabajo), que establece los 15 años de edad como la edad mínima para permitir el empleo bajo condiciones especiales (**ley N°. 5594** en Costa Rica) y la **recomendación 146 de la O.I.T.**, ésta última donde se establece el compromiso de los estados firmantes a buscar progresivamente que la edad mínima para el trabajo sean los 16 años, incluyéndose regulaciones para sus condiciones laborales y medidas de control.

Aquí también el Código de la Infancia y la Adolescencia en su capítulo VIII (Artículo 78 al 103), establece un régimen especial de protección para los y las adolescentes trabajadores.

Es importante destacar los siguientes aspectos:

### **Artículo 88**

#### ***Facilidades para estudiar***

“Los empleados que contraten adolescentes estarán obligados a concederles las facilidades que compatibilicen su trabajo con la asistencia regular al centro educativo”.

### **Artículo 89**

#### ***Derecho a la capacitación***

“Las personas adolescentes que trabajan tendrán derecho a una capacitación adecuada a sus condiciones de personas en desarrollo”.

### **Artículo 92**

#### ***Prohibición laboral***

“Prohíbese el trabajo de las personas menores de quince años. Quien por cualquier medio constate que una de ellas labora, violando esta prohibición, pondrá este hecho en conocimiento del Patronato Nacional de la Infancia, a fin de que adopte las medidas adecuadas para que esta persona cese sus actividades laborales y se reincorpore al sistema educativo.

Cuando el Patronato determine que las actividades laborales de las personas menores de edad se originan en necesidades familiares de orden socioeconómico, gestionará ante las entidades competentes nombradas en el artículo 31 de este código, las

medidas pertinentes para proveer de la asistencia necesaria al núcleo familiar”.

#### **Artículo 93**

##### ***Prohibición de discriminar a embarazadas y lactantes***

“Quedará prohibido cesar o discriminar a la adolescente embarazada o lactante, de conformidad con lo que dispone el Código de Trabajo”.

#### **Artículo 94**

##### ***Labores prohibidas para adolescentes***

“Prohibase el trabajo de las personas adolescentes en minas y canteras, lugares insalubres y peligrosos, expendios de bebidas alcohólicas, actividades en las que su propia seguridad o la de otras personas estén sujetas a la responsabilidad del menor de edad; asimismo, donde se requiera trabajar con maquinaria peligrosa, sustancias contaminantes y ruidos excesivos”.

#### **Artículo 95**

##### ***Jornada de trabajo***

“El trabajo de las personas adolescentes no podrá exceder de seis horas diarias ni de treinta y seis horas semanales.

Prohíbese el trabajo nocturno de las personas adolescentes. Se entenderá por este tipo de trabajo el desempeño entre las 19:00 y las 7:00 horas del día siguiente, excepto la jornada mixta, que no podrá sobrepasar las 22:00 horas”.

El **Código de la Niñez y la Adolescencia**, establece que la cultura, la recreación y el deporte son derechos relevantes en la adolescencia y establece:

### **CAPÍTULO VI**

#### **Derecho a Cultura, Recreación y Deporte**

#### **Artículo 73**

##### ***Derechos culturales y recreativos***

“Las personas menores de edad tendrán derecho a jugar y participar en actividades recreativas, deportivas y culturales, que les permitan ocupar provechosamente su tiempo libre y contribuir a su desarrollo humano integral, con las únicas restricciones que la ley señale. Corresponde en forma prioritaria a los padres,

encargados y/o representantes, darles las oportunidades para ejercer estos derechos.

El Consejo Nacional de Espectáculos Públicos y las demás autoridades competentes velarán porque las actividades culturales, deportivas, recreativas o de otra naturaleza, sean públicas o privadas, que se brinden a esta población estén conformes a su madurez y promuevan su pleno desarrollo”.

#### **Artículo 75**

##### ***Infraestructura recreativa y cultural***

“El Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y las corporaciones municipales establecerán las políticas necesarias y ejecutarán las acciones pertinentes para facilitar a las personas menores de edad, los espacios adecuados a nivel comunitario y nacional, que les permitan ejercer sus derechos recreativos y culturales.

Los campos deportivos, gimnasios y la infraestructura oficial adecuada para la práctica del deporte o actividades recreativas, estarán a disposición de ese grupo en condiciones de plena igualdad, de acuerdo con los reglamentos que se emitan”.

#### **Artículo 77**

##### ***Acceso a servicios de información***

“El Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y el Ministerio de Educación Pública garantizarán el acceso a las personas menores de edad a los servicios públicos de documentación, bibliotecas y similares, mediante la ejecución de programas y la instalación de la infraestructura adecuada.

Finalmente, debemos tener presente que el Código de la Infancia y la Adolescencia establece sanciones para funcionarios públicos y particulares, que por acción u omisión no acaten lo establecido por esta ley, incluso considerándose como “falta grave” las infracciones mencionadas”.

#### **Artículo 188**

##### ***Falta de funciones públicas***

“Las violaciones en que incurran los funcionarios públicos por acción y omisión de las disposiciones contenidas en los artículos

27, 32, 35, 41, 43, 46, 49, 50, 55, 56, 59, 60, 63, 67, 69, 121, 122 y 123 se considerarán faltas graves”.

#### **Artículo 190**

##### ***Infracciones de particulares***

“La infracción de las disposiciones de los artículos 27, 35, 43, 49, 50, 55, 56, 60, 63, 64, 68 y 69 en que incurran los particulares acarreará, además de la medida que el juez adopte una multa según la siguiente regulación:

- a. El monto equivalente a tres salarios de oficinista 1, cuando una disposición se infrinja por primera vez.
- b. El monto equivalente a cinco salarios de oficinista 1, cuando el funcionario reincida en la infracción por la cual había sido sancionado.

Cuando la infracción sea cometida en un establecimiento privado, éste es solidariamente responsable de las consecuencias civiles del hecho”.

#### **Papel del Patronato Nacional de la Infancia (PANI)**

Es de destacar que desde diciembre de 1996 la Asamblea Legislativa decretó la **Ley N.º. 7648**, o “Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia”, donde se re-estructura esta institución y se le define la rectoría nacional en materia de niñez y adolescencia, según lo establece el artículo 2 de esta ley.

#### **Artículo 2**

##### ***Principios***

“El Patronato Nacional de la Infancia será la Institución rectora en materia de infancia, adolescencia y familia y se regirá por los siguientes principios:

- a. La obligación prioritaria del Estado costarricense de reconocer, defender y garantizar los derechos de la infancia, la adolescencia y la familia.
- b. El interés superior de la persona menor de edad.
- c. La protección a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, por ser el medio idóneo para el desarrollo integral del ser humano.

- d. La protección integral de la infancia y la adolescencia, así como el reconocimiento de sus derechos y garantías establecidas en la Constitución Política, las normas de derecho internacional y las leyes atinentes a la materia.
- e. La dignidad de la persona humana y el espíritu de solidaridad como elementos básicos que orienten el quehacer Institucional”.

**Ley de Paternidad Responsable  
(Ley N°. 8101)**

La importancia de esta ley es facilitar el procedimiento de reconocimiento de la paternidad y sus obligaciones legales.

La aprobación de esta ley surge a partir del gran número de casos de nacimientos no reconocidos por sus progenitores y a un alto porcentaje de madres adolescentes.

La Ley en su Artículo 1, señala un procedimiento administrativo de reconocimiento de paternidad, en el cual la madre en ausencia de declaración del padre, podrá indicar el nombre del presunto padre al funcionario del Registro Civil que toma los datos en los centros de salud. El hijo o hija queda inscrito con los apellidos de la madre.

Al presunto padre se le citará para que en el término de 10 días se manifieste sobre su paternidad.

Si el presunto padre no acepta la paternidad del menor, se inicia el procedimiento administrativo de la filiación, en el cual se hará un estudio comparativo de marcadores genéticos a la madre, al hijo o hija y al presunto padre. El estudio se realiza en los laboratorios de la C.C.S.S.

Mediante este estudio queda definido si la afiliación señalada es cierta, se inscribe el hijo o hija con los apellidos de ambos progenitores. La declaración administrativa de la paternidad otorgará las obligaciones legales.

Si hay oposición a la declaración administrativa de paternidad el presunto padre puede tramitar un proceso de impugnación vía judicial.

Sobre la pensión alimenticia, en el caso que el padre sea menor de edad y pruebe que no tiene ingresos para cumplir con el deber alimentario, puede ser interpuesta al padre, madre, abuelo o abuela, dependiendo de quien tiene los ingresos para cumplir con este deber.

En síntesis, es evidente que ahora contamos en nuestro país con un marco jurídico claro que define principios fundamentales de los derechos de la población adolescente.

Los funcionarios del sector salud tenemos la obligación de conocer lo que la ley indica en materia de adolescentes y sus derechos en salud integral, recordando que no se puede aducir “desconocimiento” de lo que indica la ley, y además de que en caso de ambigüedad o contradicciones, por ejemplo, que la normativa o reglamentación de un centro sea contradictoria a lo que dice el Código de la Infancia y la Adolescencia, éste último es de jerarquía superior y sus indicaciones son las que deben seguirse.

También, si bien es cierto que al momento de la edición final de estas nuevas Bases Programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia aún no se establece por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social “la reglamentación” del código (indicaciones institucionales de cómo cumplirlo) la ley ya está vigente y su incumplimiento por parte de un funcionario podría considerarse falta grave.

Así, para la protección del funcionario, es imperativo en primer lugar conocer lo que dice la ley y proceder a su cumplimiento, y en caso de detectar incongruencias o incumplimiento en el quehacer institucional, hacerlo del conocimiento inmediato de la jefatura superior para proceder a tomar las medidas correctivas pertinentes.

### **Ley General de la Persona Joven (Ley 8261)**

Vigente desde el 20 de mayo del 2002 esta legislación cubre a personas entre los 12 y los 35 años de edad, por lo que abarca a la población adolescente.

Esta novedosa legislación fortalece los derechos y el desarrollo integral de las personas jóvenes, especialmente porque establece estrategias de participación y liderazgo juvenil a través de todo un proceso en el que la participación de las personas jóvenes se torna real desde los procesos de planificación hasta los de ejecución de programas dirigidos a las necesidades y prioridades que ellos mismos establezcan.

En materia de salud cabe resaltar lo que se estipula en los siguientes artículos:

**Artículo 4:** Inciso d)

***Derechos de la personas jóvenes***

“El derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana”.

**Artículo 6:** Inciso a)

***Deberes del Estado***

“Brindar atención integral en salud mediante programación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que incluyan como mínimo fármaco dependencia, nutrición y psicología”.

Esta legislación establece la conformación de comités cantonales de la Persona Joven que propician la participación juvenil en el desarrollo de las políticas municipales y de acciones a nivel local, por lo que pueden ser foros muy importantes para fomentar actividades educativas para la prevención del VIH/SIDA.

**Ley General Sobre el VIH/SIDA**

**(Ley N°. 7771)**

Esta legislación está vigente luego de su publicación en el periódico oficial La Gaceta N°. 1996, del día Miércoles 20 de mayo de 1998. La reglamentación de la misma se firmó el 3 de junio de 1999.

El espíritu de esta Ley es de gran importancia para el país ya que reconoce la magnitud del problema VIH-SIDA y busca que la ciudadanía y las instituciones públicas y privadas ejecuten medidas para la educación y prevención de la enfermedad, se combata cualquier tipo de discriminación de las personas infectadas, se promuevan sus derechos, y se asegure el

tratamiento y calidad de vida adecuados para los portadores del virus y/o los enfermos.

En el **título II: Derechos de las personas infectadas**, se establece:

**Artículo 3:**

***Respeto de los derechos fundamentales***

“Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República”.

**Artículo 4:**

***Prohibición de disminución o trato degradante***

Prohíbese toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH/SIDA, así como de sus parientes y allegados.

Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y las libertades de las personas infectadas por el VIH/SIDA, excepto los casos previstos en esta ley relativos a comportamientos riesgosos o peligrosos de estas personas.

Salvo las excepciones contenidas en esta ley, a todo portador del VIH-SIDA le asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección.

**Artículo 7**

***Derecho a la atención integral en salud***

Todo portador del VIH/SIDA tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH/SIDA, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.

El portador del VIH/SIDA tiene derecho a comunicar su situación a quien desee; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio.

**Artículo 8**  
***Confidencialidad***

Con las excepciones contenidas en la legislación, la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del VIH/SIDA. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse al padecimiento de esta enfermedad, sin el consentimiento previo del paciente.

El personal de salud que conozca la condición de un paciente infectado por el VIH/SIDA, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.

El portador del VIH/SIDA tiene derecho a comunicar su situación a quien desee; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio.

**Artículo 11**  
***Derecho en los centros de enseñanza***

Ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación de VIH como requisito de ingreso o permanencia. Ningún estudiante podrá ser discriminado, excluido ni expulsado por ser portador del VIH o estar enfermo de Sida; tampoco cuando alguno de sus familiares o allegados resulte infectado.

**Artículo 24**  
***El preservativo como medio de prevención***

El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población.

Dichas instituciones se encargarán, además de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo.

Los moteles y centros de habitación ocasional que no llevan registro de huéspedes quedan obligados a entregar como mínimo dos preservativos, como parte del servicio básico.

### **Artículo 30**

#### ***Papel del Estado en la educación***

El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH/SIDA, con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad.

### **Artículo 31**

#### ***La educación como instrumento preventivo***

El Consejo Superior de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, incluirá en los programas educativos temas sobre los riesgos, las consecuencias y los medio de transmisión del VIH, las formas de prevenir la infección y el respeto por los derechos humanos.

Además, gestionará, ante las universidades públicas y privadas y sus respectivas unidades académicas, que se incluyan en las carreras profesionales de las ciencias de la salud, programas de estudio relativos a la prevención y atención del VIH-SIDA.

### **Artículo 48**

#### ***Discriminación***

Quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias por raza, nacionalidad, género, edad, opción política, religiosa o sexual, posición social, situación económica, estado civil o por algún padecimiento de salud o enfermedad, será sancionado con pena de veinte a sesenta días multa.

**Políticas de Educación Integral de la Expresión de la Sexualidad Humana:** y autorización al PAIA para apoyar a los centros educativos en el tema.

Es importante señalar que el Consejo Superior de Educación, en su sesión N°. 28 del 12 de junio del 2001 aprobó las nuevas políticas en materia de educación sexual del Ministerio de Educación Pública. Estas políticas establecen el marco jurídico bajo el cual el cuerpo docente nacional y el MEP establecen los programas de la educación sexual desde una perspectiva integral y bajo los principios de paradigmas modernos.

En el documento de las políticas se indica:

“Asimismo, varias instituciones públicas interesadas en el área de la sexualidad, entre las que destacan las del sector salud, en particular el **Programa Atención Integral a la Adolescencia...** han formulado criterios y metodologías para la educación de la sexualidad y son un aporte significativo en la formulación de la política en ese campo”.

En este sentido el MSc. Wilfrido Blanco Mora, viceministro de Educación (2002-2006) en la nota N° **DVM-3214-08** del 11 de agosto de 2004, establece que los funcionarios capacitados de la C.C.S.S., podrán trabajar en temáticas de salud sexual y reproductiva en los centros educativos, siguiendo las políticas del PAIA y la C.C.S.S. en materia de salud de adolescentes (Bases Programáticas del PAIA, 2005) y los principios rectores de la política del MEP, los cuales se transcriben aquí textualmente. Es importante dar a conocer a nuestros funcionarios capacitados que trabajan la temática de educación sexual en los centros educativos que el Sr. Viceministro MSc. Blanco Mora ha dado a conocer esta información al personal del MEP, y en la circular **DVM-DR-318-07** fechada 6 de julio del 2005, dirigida a los Directores y Directoras Regionales de Educación, bajo el asunto: “Directrices con respecto a la educación de la sexualidad”, les indica que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. puede contribuir con el proceso de educación sexual de los y las estudiantes en los centros educativos.

### **Fundamento básico**

La concepción y la formulación de lineamientos fundamentales y generales de las políticas de educación de la sexualidad humana del Ministerio de Educación Pública, encuentra su fundamento y punto de partida en la siguiente definición:

“La sexualidad humana es un elemento básico de la personalidad, un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, de expresarse y de vivir el amor humano y parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo; en el sexo radican notas características que constituyen a las personas como hombres y mujeres en el plano biológico, psicológico, social y espiritual. Las personas menores de edad tienen derecho a la formación e información adecuadas y oportunas sobre la dignidad, tareas y ejercicio del amor, sobre todo en el seno de la familia”.

### **Principios rectores**

La política de educación de la expresión de la sexualidad humana del Ministerio de Educación Pública se sustenta en los principios rectores siguientes:

1. La educación de la sexualidad humana -como toda otra educación- es un derecho y un deber primario de los padres y madres de familia; los centros educativos, por su parte, tienen la insoslayable obligación de atender esa educación subsidiariamente.
2. La educación de la expresión de la sexualidad humana exige brindar a los educadores, las educadoras y estudiantes la oportunidad para que puedan reflexionar, analizar, cuestionar y tomar decisiones responsables, para la expresión de su sexualidad en el marco de la educación en el amor y la convivencia, relacionando e integrando su parte afectiva, sus valores, su fe, sus sentimientos y sus conocimientos. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe fundamentarse en una relación dialógica entre las estudiantes y los estudiantes con los educadores y las educadoras; entre aquellos y los padres y madres de familia para establecer, luego, la guía y la orientación de las inquietudes, manifestaciones y decisiones en la expresión de la sexualidad humana. Todo ello de conformidad con las etapas de desarrollo de las personas, su madurez, contexto socio-cultural y la formación de los valores culturales, y sin que ello implique ignorar la realidad objetiva de la ley moral en general, ni descuidar la formación de las conciencias sobre los preceptos morales y religiosos.

3. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe atender, integralmente, todas las facetas, tanto en el orden físico-biológico, como en el psicológico, el sociocultural, el ético y el espiritual. De esta forma, la educación de la sexualidad humana no puede reducirse simplemente a aspectos biológicos reproductivos ni realizarse en un contexto desprovisto de los valores fundamentales sobre la vida, el amor, la familia y la convivencia.
4. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe integrarse al currículo con estrategias pedagógicas que respondan a las particularidades y potencialidades de la población estudiantil, en concordancia con las diferentes etapas de su desarrollo y con los contextos socioculturales en que se desenvuelven.
5. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe atender los vínculos estrechos que hay entre la dimensión sexual de la persona y sus valores éticos y, en consecuencia, procurar el conocimiento y estima de la convivencia moral para el crecimiento y desarrollo responsable, armonioso y voluntario en la expresión de la sexualidad humana.
6. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe ser considerada transversalmente en el currículo escolar de la forma que supere los enfoques parciales en los que se propone como una materia más, o la visión horizontal que la concibe como un componente más de diferentes asignaturas. Esta transversalidad implica integrar al currículo establecido su abordaje, en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.
7. La educación de la expresión de la sexualidad humana requiere de una metodología que propicie la reflexión, la investigación y el análisis, dentro de un auténtico proceso dialógico que promueva la incorporación participativa de la familia y de la comunidad educativa.
8. El sistema educativo, como espacio socializador y humanizador, requiere que las instituciones educativas se constituyan en instancias que promuevan el desarrollo y los aprendizajes para reforzar, como actores subsidiarios, las labores educativas y socializadoras de la familia.

## **Derechos sexuales y derechos reproductivos<sup>5</sup>**

En este apartado se enumeran una serie de derechos reconocidos a las y los adolescentes por su especial condición de desarrollo e intrínsecos al ámbito de su salud sexual y reproductiva. Se ampara este apartado en el marco jurídico para la protección integral de los derechos de las personas menores de edad y en las disposiciones contenidas en normativas nacionales e internacionales, los cuales se mencionan a continuación:

- Derechos sexuales y derechos reproductivos
- Derecho a la libertad y autonomía sexual
- Derecho a la equidad, la igualdad y a vivir libre de toda discriminación
- Derecho a vivir libre de violencia sexual
- Derecho a la intimidad y privacidad sexual
- Derecho al disfrute y al placer sexual
- Derecho a la elección de pareja
- Derecho a la libertad reproductiva
- Derecho a la información y educación sexual
- Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva
- Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad

### **1. Derecho a la libertad y autonomía sexual**

Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad. Esto implica que:

- Cada persona decide cómo quiere vivir y expresar su sexualidad, lo cual implica que cada quien tiene el derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.
- Nadie debe presionar, condicionar ni imponer valores sobre la forma de vivir la sexualidad.
- Ninguna persona puede ser forzada a tener relaciones sexuales.
- Todas las personas tienen el derecho a expresar su orientación sexual y a elegir su pareja sexual.

<sup>5</sup> Texto tomado de: Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes. México: Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. En: [www.jovenesnuestrosderechos.org](http://www.jovenesnuestrosderechos.org) y Federación Internacional de Planificación de la Familia (1996) Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos. Londres: IPPF.

- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.
- Ninguna persona requerirá autorización de su pareja para planificar con cualquier método.

## **2. Derecho a la equidad, la igualdad y a vivir libre de toda discriminación**

Todas las personas merecen igualdad de oportunidades y vivir libres de toda discriminación, independientemente de la edad, el sexo, la orientación sexual, el estado de salud, la apariencia física, o cualquier otra condición. Esto implica que:

- Los hombres y las mujeres deben tener las mismas posibilidades de educarse y trabajar.
- A ninguna mujer se le puede exigir una prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, etc.
- Ninguna mujer podrá ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada.

## **3. Derecho a vivir libre de violencia sexual**

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia, incluyendo la violencia sexual. Cualquier forma de violencia afecta el disfrute pleno de la sexualidad. Esto implica que:

- Ninguna persona debe ser abusada, acosada, hostigada o explotada sexualmente.
- Ninguna persona debe ser forzada, ni por la pareja ni por ninguna otra persona, a tener relaciones sexuales.

## **4. Derecho a la intimidad y privacidad sexual**

Todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad, sus espacios privados y la confidencialidad en todos los ámbitos, incluyendo el sexual. Esto implica que:

- Sin el debido consentimiento, ninguna persona deberá difundir información sobre los aspectos sexuales de otras personas.
- El personal de los servicios de salud está obligado a guardar el secreto profesional.

### **5. Derecho a la expresión de la sexualidad**

Toda persona tiene derecho a realizar expresiones públicas de sus afectos, emociones, sentimientos y otros aspectos relacionados con su sexualidad. Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a ejercer sus libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural sin ser por ello discriminada, cuestionada, amenazada, agredida física, psicológica, sexual o patrimonialmente.

### **6. Derecho al disfrute y al placer sexual**

Toda persona tiene derecho al disfrute pleno de su sexualidad, lo cual es fundamental para su salud y bienestar físico, psicológico y social. Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable.
- Ninguna persona debe ser obligada a realizar prácticas sexuales que atenten contra sus valores, moral e integridad psicológica y física.
- Ninguna persona debe ser presionada, discriminada o castigada por ejercer o no actividades lícitas relacionadas con el disfrute del cuerpo y la vida sexual.
- Toda persona tiene derecho a disfrutar de su cuerpo y su sexualidad independientemente del estado conyugal.

### **7. Derecho a la elección de pareja**

Toda persona tiene derecho a elegir si quiere compartir su vida y su sexualidad con una pareja o no. Esto implica que:

- Ninguna persona puede ser obligada a convivir con otra persona.
- Ninguna persona está obligada a permanecer casada o unida a alguien con quién ya no es feliz.
- Ninguna garantía individual o derecho debe ser limitado por esta decisión.
- Toda persona tiene derecho a una elección libre de su pareja, sin importar su orientación sexual.

## **8. Derecho a la libertad reproductiva**

Toda persona debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia. Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
- Toda persona tiene derecho a decidir si se tienen hijas-hijos o no y cuándo tenerlos.
- A ejercer una sexualidad independiente de la reproducción.
- Ninguna persona requiere la autorización de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos.
- El Estado debe respetar y apoyar las decisiones relacionadas con la vida reproductiva, brindando información y servicios de salud necesarios y haciendo efectivo el derecho a la confidencialidad.

## **9. Derecho a la información y educación sexual**

Toda persona, desde temprana edad tiene derecho a recibir información y educación de la sexualidad. Esto implica tener acceso a información oportuna y adecuada sobre los diferentes aspectos de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, así como sobre los servicios respectivos. Esto implica que:

- Todas las personas deben ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.
- Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les brinde información y se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.
- La información sobre la sexualidad debe ser integral, científica y laica.
- La educación sexual debe estar libre de prejuicios y debe fomentar la toma de decisiones libres e informadas, así como la igualdad de oportunidades y la equidad.
- Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser integrales, laicos y científicos, brindarse de manera continua, estar adecuados a las diferentes etapas de las personas y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad y la libertad de las personas.

#### **10. Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva**

Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva de la más alta calidad. Esto implica que:

- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser gratuitos y confidenciales.
- El personal de los servicios de salud sexual y reproductiva no deben negar ninguna información o atención bajo ninguna condición.
- Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico en Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo las ITS.
- Toda persona debe disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informadas sobre ellos.

#### **11. Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad**

Todas las personas tienen el derecho de promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva. Esto implica que:

- Toda persona tienen derecho a asociarse de acuerdo a intereses comunes para promover la implementación de políticas públicas sobre sexualidad, así como los derechos sexuales y derechos reproductivos.





## Visión, Misión y Propósito del Programa Atención Integral a la Adolescencia

La adolescencia es una fase vital del crecimiento, pero no es una isla en medio del complejo proceso del desarrollo humano.

El que se tenga éxito en el cumplimiento de las tareas que se imponen a las y los adolescentes para que gocen de un bienestar adecuado con el máximo alcance de sus potenciales, depende no sólo de la priorización que se les otorgue desde salud, educación y otros sectores, sino también del rol y modelaje apropiado de sus padres de familia o encargados, especialmente que desde temprano en la infancia se promuevan en ellos y ellas estilos de vida saludables, conductas protectoras, el fomento de la resiliencia y el diálogo continuo entre padres e hijos(as) basado en el respeto mutuo, lo que servirá de base para que durante la adolescencia se mantenga una buena comunicación entre ellos.

### **Visión**

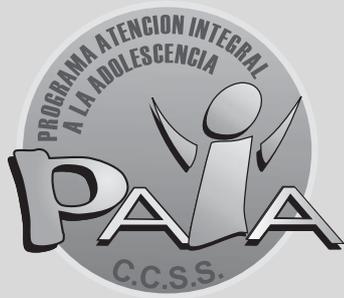
El Programa Atención Integral a la adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, brindará una atención integral en salud y con calidad a los y las adolescentes y jóvenes de todo el país. Se alcanzará a través del funcionamiento de equipos interdisciplinarios o funcionarios(as) altamente capacitados y especializados en adolescencia, trabajando en los todos los niveles de atención

### **Misión**

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia es un programa con cobertura nacional, que brinda una atención diferenciada e integral a la población adolescente y juvenil de ambos sexos de 10 a 24 años, sin distinción de raza, credo y condición social, bajo conceptos de equidad, género, y con una perspectiva de desarrollo humano, para promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de los y las adolescentes y jóvenes, dentro de un contexto familiar que contribuya de esta forma al bienestar comunal general.

### **Propósito**

Promover y defender el desarrollo humano integral en los y las adolescentes y los jóvenes, así como la participación social activa de los mismos en la Institución y reducir la morbimortalidad de estos grupos etáreos. Bajo paradigmas que promuevan los derechos y el abordaje integral de salud con énfasis en promoción y prevención de la salud.

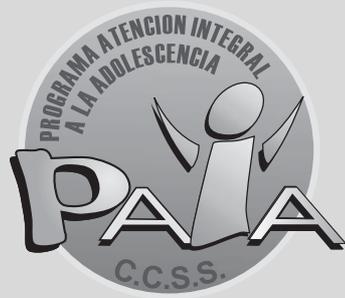


## Objetivos del Programa Atención Integral a la Adolescencia

1. Desarrollar programas, planes, acciones y actividades dirigidas a los y las adolescentes jóvenes y sus padres y madres, en los aspectos relacionados con la promoción de la salud integral de este grupo etéreo, para impulsar su auto cuidado, el cuidado mutuo y el socio cuidado.
2. Brindar atención individual y grupal diferenciada a los y las adolescentes y jóvenes desde los servicios de salud en los tres niveles de atención, con el propósito de reducir la morbimortalidad en estos grupos.
3. Contribuir a desarrollar junto a otros sectores gubernamentales el diseño y desarrollo de una política intersectorial en adolescencia y juventud, que facilite la coordinación, eficiencia, el uso racional de los recursos y la efectividad de las acciones desarrolladas con estos grupos poblacionales.
4. Diseñar y ejecutar acciones de capacitación y educación en salud desde diversas metodologías y niveles, que faciliten el abordaje e integración de distintos grupos poblacionales (adolescentes, jóvenes, padres y madres, docentes y líderes comunitarios) para favorecer la participación social desde una nueva concepción de la salud integral.
5. Promover el desarrollo del recurso humano del programa mediante un proceso de educación permanente para que brinden una atención de calidad a los y las adolescentes y jóvenes.
6. Fortalecer y apoyar los procesos, planes programas y actividades de la Red Nacional de Adolescentes Protagonistas, con el fin de promover una amplia participación social en salud.

7. Promover y desarrollar en los y las adolescentes y jóvenes conocimientos, actitudes y practicas adecuadas a través de acciones de información, educación y comunicación, para favorecer en ellos y ellas estilos de vida saludables.
8. Promover y desarrollar investigaciones que permitan tener un mejor conocimiento de los y las adolescentes y jóvenes dirigidas a estos grupos poblacionales.
9. Desarrollar sistemas de información en las diferentes acciones que realiza el programa en su totalidad, con el fin de conocer las distintas necesidades, problemáticas de los y las adolescentes y jóvenes, y la calidad de la respuesta institucional a éstas.
10. Promover, diseñar, publicar y divulgar conocimientos científicos, metodologías, experiencias, modelos de abordaje, conocimientos teóricos, etc., en temas relacionados con la adolescencia y juventud, a fin de favorecer un mejor conocimiento de los y las funcionarios (as) de la Institución que permita brindar una atención de calidad.
11. Ofrecer un servicio permanente de consejería telefónica a los y las adolescentes, jóvenes, padres y madres de familia y docentes, en aspectos relacionados con la adolescencia y juventud, que permitan atender las necesidades y promover la salud integral en estos grupos poblacionales.
12. Elaborar normas, protocolos de atención e instrumentos técnicos que favorezcan una atención de calidad en los servicios a los y las adolescentes y jóvenes.





## Enfoques del Programa Atención Integral a la Adolescencia

## **I. Enfoques de atención en salud a las y los adolescentes**

La realidad que condiciona a las y los adolescentes y las conductas que de esta realidad se derivan son múltiples y complejas. Procurando que los diversos acciones, planes y actividades que se desarrollan en el marco del Programa Atención Integral a la Adolescencia, en los tres niveles de atención y en los niveles técnico administrativos, se plantea los siguientes enfoques como aquellos aspectos que deben atravesar todas las acciones que se realicen y que permitan enfrentar esta complejidad.

### **1. Enfoque de integralidad**

Este enfoque hace referencia a la necesidad de considerar las diferentes dimensiones que integran a las personas: la física-biológica, la psicológica, la cultural, la económica, que referidas al ser adolescente, deben también ser tomadas en cuenta a la hora de brindarle a este sector de la población algún servicio, a fin de que éste sea integral. De esta forma, es indispensable que se fortalezca la transdisciplinariedad en la labor cotidiana de aquellos(as) funcionarios(as) que trabajan con la población adolescente.

### **2. Enfoque de derechos**

Reconoce a los y las adolescentes como sujetos de derechos, en especial condición de desarrollo. En ese sentido se ampara en el marco jurídico para la protección integral de los derechos de las personas menores de edad y en las disposiciones contenidas en normativas nacionales e internacionales.

### **3. Enfoque de género**

Se parte del reconocimiento de que existen diferencias sociohistóricas entre los sexos que responden a valores sociales y culturalmente atribuidos a lo masculino, a lo femenino, al ser hombre y al ser mujer.

El enfoque de género procura promover el cuestionamiento y la ruptura de aquellos patrones socioculturales efectivos que sostienen dichas inequidades, y busca generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas, cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la superación de

aquellas inequidades, cuyo origen se encuentra en los constructos de género.

Reconoce que las diferencias de género en sus múltiples dimensiones se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes y jóvenes, cualquiera que sea su orientación sexual, puedan acceder en forma abierta e igualitaria a los servicios de salud, y al ejercicio de otros derechos.

#### **4. Enfoque de diversidad sexual**

Se reconoce que todos los seres humanos somos sexuados y que cada uno de ellos establece su orientación sexual, entre las cuales encontramos:

- Hombres que aman exclusivamente a otros hombres (homosexuales).
- Hombres que aman a otros hombres y a mujeres (bisexuales)
- Hombres que aman a las mujeres pero que, ocasionalmente tienen relación sexo-genitales con otros hombres.
- Hombres homosexuales que ocasionalmente tienen sexo genital con mujeres (homoflexibles).
- Hombres que aman exclusivamente a mujeres (heterosexuales).
- Mujeres que aman exclusivamente a otras mujeres (lesbianas).
- Mujeres que aman a otras mujeres y a hombres (bisexuales)
- Mujeres que aman a hombres pero que, ocasionalmente tienen relaciones sexo-genitales con otras mujeres.
- Mujeres homosexuales que ocasionalmente tienen sexo genital con hombres (lesboflexibles).
- Mujeres que aman exclusivamente a hombres (heterosexuales).
- Hombres que se sienten mujeres y mujeres que se sienten hombres (transgénero).
- Hombres que les gusta vestirse de mujer y mujeres que les gusta vestirse de hombres (trasvestis).
- Otros/as.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el enfoque de diversidad sexual apunta a reconocer esas diferencias como parte de la orientación sexual normal de cada ser humano y, por tanto,

el respeto permanente de la diversidad de las orientaciones sexuales de acuerdo a los principios rectores de los Derechos Humanos y la legislación nacional que promueven el respeto, la tolerancia y la no discriminación ni ninguna forma de violencia contra las personas por sus diferencias. Y desde la perspectiva de Salud Integral, promover conductas sexuales sanas con énfasis en la prevención del VIH/SIDA.

### **5. Enfoque de desarrollo humano**

Busca trascender los enfoques tradicionales de la atención en salud que ha venido desvinculando los servicios del entorno y la realidad socioeconómica y de ciudadanía, y que hacen énfasis en la morbimortalidad. De esta forma da prioridad al desarrollo humano con la promoción de la salud integral y la calidad de vida del adolescente. Así mismo, se parte de que cada adolescente como parte de su desarrollo humano debe contar con un tiempo y espacio propios.

### **6. Enfoque de adolescencia**

En este enfoque se reconoce que los y las adolescentes poseen necesidades, intereses e inquietudes particulares, que deben ser atendidas con el objetivo último de promover su desarrollo y su salud integral. Postula la concepción de la adolescencia como un momento de gran importancia con características particulares y no sólo como un periodo de transición. Además se percibe a los y las jóvenes desde una perspectiva positiva que los considera como capital humano y aliados estratégicos para el cambio, como protagonistas de sus propias vidas y capaces de estar a la cabeza en los diferentes procesos en los que se involucren. Además, considerando las condiciones políticas, económicas y sociales, que determinan la historia individual, es necesario hablar de las adolescencias.

Así, las y los adolescentes son visualizados **como actores estratégicos del desarrollo**. Destaca a las personas adolescentes como actores protagónicos de la renovación permanente de las sociedades, particularmente en la reestructuración socioeconómica y la globalización. Esto quiere decir que le da un valor predominante a la participación de la persona adolescente como parte crucial del desarrollo.

Además se reconoce a **la adolescencia como productora de cultura**. En esta visión, la reapropiación de significados mediante las construcciones culturales que hacen algunos importantes sectores juveniles, se expresan desde la creación, en los dominios de lo ético, lo político, lo artístico y la producción de conocimiento desde la experiencia. Considera la importancia de las culturas juveniles y el tema de los lenguajes propios de esas culturas. Las manifestaciones culturales específicas de las y los adolescentes son espacios de participación valiosos que los muestran como sujetos sociales, con voz legítima y autónoma y capaces de darle forma estética a una ética propia

Por último, y aunque es un ideal que se encuentra aún en ciernes, este enfoque sostiene la concepción de la **juventud ciudadana**. Originadas en un estado de derecho, las políticas orientadas a este sector de población procuran hacer visibles los aportes de la adolescencia a la cultura, a la salud y al desarrollo; valorar y propiciar su identidad; potenciar su salud; promover la participación juvenil y velar por el cumplimiento de sus derechos.

Resulta fundamental que esta perspectiva procura supera varios enfoques posicionados en diferentes ámbitos de nuestra sociedad. Uno de ellos es el que postula que **la adolescencia es un período preparatorio hacia la etapa adulta**, que se condensa en la frase muy difundida que reza “los jóvenes son el futuro de nuestra sociedad”. Como consecuencia de esta visión tan limitada, las políticas orientadas a la adolescencia se inscriben en la lógica centrada en la educación para el futuro y la recreación y organización en el presente. Aquí el sistema tradicional de servicios se organiza básicamente para niños y adultos, apoyándose en el concepto de la adolescencia como el periodo de edad más sano, postergando las necesidades propias de esta etapa de la vida.

Otra visión que supera el enfoque propuesto, parte de la afirmación de que **la adolescencia es en sí misma una etapa de crisis**, concibe a la adolescencia como un problema para la sociedad. En estas circunstancias se modifican así las políticas dirigidas a esta población, las cuales, derivadas de un *Estado de Represión*, se enfocan en la atención asistencial de la delincuencia juvenil, la drogadicción juvenil, el embarazo adolescente y la rebeldía estudiantil. Se modifica así la visión que establecía la equivalencia “adolescencia=edad más sana” por la visión

“adolescencia=etapa de riesgo” y se focaliza la atención de las y los adolescentes de acuerdo al problema específico del que son portadores. Esta forma de intervención demuestra que un enfoque basado en la enfermedad y los problemas específicos tiene escaso efecto en el desarrollo humano adolescente e involucra un alto costo económico.

Estas últimas concepciones considera a la adolescencia como la edad más problemática y difícil del ser humano, y que las personas que se ubican en esta edad no saben lo que quieren y son objeto de manipulación total cuando expresan sus opiniones, entre otros.

### **7. Enfoque de protagonismo adolescente**

Este enfoque agrega al anterior la concepción de que además de ser capaces de participar activamente en su desarrollo personal, los y las adolescentes, son capaces de hacerlo también en su comunidad, por lo cual se les reconoce el derecho la participación ciudadana, en donde ellos y ellas toman parte de las decisiones y de las acciones derivadas de éstos.

### **8. Enfoque de intersectorialidad**

Se parte de la premisa de que la promoción del desarrollo y la salud integral de los y las adolescentes y jóvenes no es una tarea exclusiva de una Institución, sino que es una responsabilidad de los diversos actores y sectores que componen la estructura social. Toda acción debe propiciar de esta forma la coordinación intersectorial como una manera de posibilitar una adecuada atención integral de la población adolescente y juvenil.

Procurando que los diversos acciones, planes y actividades que se desarrollan en el marco del Programa Atención Integral a la Adolescencia y Juventud, en los tres niveles de atención y en los niveles técnico administrativos, se plantea los siguientes enfoques, como aquellos aspectos que deben atravesar todas las acciones que se realicen.



## Descripción del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. (PAIA)

## **Organización**

### **1. Niveles técnicos-administrativos**

#### **1.1. Nivel central**

El nivel central del programa lo conforman los funcionarios especializados en distintas áreas de adolescencia y que trabajan en conjunto con el equipo de trabajo del Departamento de Salud Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica.

Está constituido por un equipo transdisciplinario y especializado en adolescencia y juventud, dedicado en forma exclusiva y permanente a la dirección técnica y administrativa del programa, y sus atribuciones tienen íntima correspondencia con las sub-áreas y funciones que se van a presentar a continuación:

#### **a) Gerencia social**

- Gerenciar todos los recursos humanos y financieros del PAIA, incluyendo fondos externos de diversos proyectos financiados por distintas agencias de cooperación internacional y el sector privado.
- Brindar asesoría técnica y supervisión a niveles técnicos administrativos de direcciones regionales, de hospitales nacionales y de clínicas mayores.
- Brindar asesoría y coordinación con la Dirección de Compra de Servicios de Salud para definir las acciones claves y los indicadores para su evaluación en los compromisos de gestión de las áreas de salud y hospitales.
- Diseñar, escribir y negociar para su financiamiento con distintas agencias de cooperación internacional, ONG nacionales e internacionales y sector privado, proyectos de participación social, promoción de la salud y atención en salud de la población adolescente y juvenil.
- Brindar asesoría en el campo de la salud de la adolescencia a todas las autoridades institucionales, fundamentalmente a la Presidencia Ejecutiva, Gerencia División Médica, Gerencia de Modernización, Dirección de Compras de Servicios de Salud, para que estas autoridades e instancias tomen las decisiones pertinentes que aseguren la atención en salud de estos grupos etáreos.

## **b) Normas de atención, protocolos e instrumentos**

Se lidera el proceso de elaboración de normas y protocolos en el área de salud de la adolescencia y juventud que implica las siguientes tareas:

- Diseño metodológico para la elaboración de las normas, protocolos e instrumentos.
- Coordinación de las actividades específicas para elaboración de normas, protocolos e instrumentos.
- Supervisión del proceso de construcción de la normas, protocolos e instrumentos.
- Se aportan los elementos técnicos, biomédicos, psicólogos y sociales en la construcción de las normas, protocolos e instrumentos.
- Elaboración de documentos integradores de las contribuciones de las diferentes disciplinas en las normas, protocolos e instrumentos.
- Negociación con diferentes instancias institucionales e interinstitucionales para la construcción de la normas, protocolos e instrumentos.
- Elaboración de documento final de normas, protocolos e instrumentos.
- Presentación de la misma a autoridades de la C.C.S.S. y el Ministerio de Salud para aprobación.
- Publicación de las normas, protocolos e instrumentos.
- Capacitación en cascada a funcionarios de todo el país en el uso de la normas, protocolos e instrumentos.

## **c) Material didáctico (módulos) y de Información Educación y Comunicación -IEC- (afiches, folletos, despleables, etc.)**

- Se brindan los contenidos teóricos desde Adolescencia, Salud Mental y Psicología, Salud Sexual y Reproductiva, Metodología Participativa de los materiales didácticos y de IEC.
- Diseño del material didáctico y de IEC.
- Revisión y validación el material didáctico y de IEC.
- Distribución del material a todo el país a través del Sector Salud y Educación.
- Diseño, revisión, validación y producción de materiales informativos audiovisuales sobre diversos temas, dirigidos a adolescentes y jóvenes u otras poblaciones relacionadas.

#### **d) Docencia, capacitación y asesoría**

- Docencia a estudiantes de la Universidad de Costa Rica en las carreras de Medicina, Farmacia, Enfermería, en temas relacionados con Adolescencia, Salud Mental y Psicología, Salud Sexual y Reproductiva, Modelos de Salud Pública en Adolescentes, Metodología Participativa con adolescentes.
- Diseño y ejecución de capacitaciones sobre temáticas de adolescencia, Salud Mental y Psicología, Salud Sexual y Reproductiva.
- Diseño y ejecución de capacitaciones sobre metodología participativa en el trabajo con los y las adolescentes.
- Diseño, ejecución, sistematización y evaluación de actividades de capacitación para funcionarios(as) de salud.
- Diseño, ejecución, sistematización y evaluación de actividades de capacitación para adolescentes y jóvenes.
- Asesoramiento a establecimientos de salud en el diseño y ejecución de programas de pasantías a funcionarios(as) de la institución.
- Asesoría a los tres niveles de atención en temáticas adolescencia, salud sexual y reproductiva, salud mental, psicología, aspectos biomédicos, participación social y en el modelo de atención integral de los y las adolescentes y jóvenes, entre otros.

#### **e) Participación social y protagonismo adolescente**

Una área importante del Programa Atención Integral de la Adolescencia es fortalecer la participación social de los y las adolescentes y jóvenes, a través de la Red Nacional de Adolescentes Protagonistas del Programa Atención Integral de la Adolescencia, en los tres niveles de atención, en todo el país:

- Diseño y ejecución de capacitaciones.
- Capacitación a adolescentes de la Red de Adolescentes Protagonistas.
- Asesoría a adolescentes de la Red de Adolescentes Protagonistas.
- Coordinación y ejecución de actividades específicas con la Red de Adolescentes Protagonistas.

#### **f) Investigación**

- Elaboración y asesoramiento de protocolos de investigación.
- Coordinación y ejecución de investigaciones.
- Publicación de investigaciones.
- Presentación de resultados a diferentes instancias.

#### **g) Publicaciones científicas**

- Elaboración de artículos que tienen relación con temas de: Adolescencia, Salud Mental y Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva y otros temas interdisciplinarios como nutrición, masculinidad, entre otros.
- Serie Monográfica especializada "Adolescencia y Salud".

#### **h) Línea telefónica para consejería y orientación "Cuenta Conmigo"**

- Atención de llamadas telefónicas realizadas por adolescentes, jóvenes, padres y madres de familia y docentes.
- Supervisión de los profesionales y voluntarios que atienden el servicio telefónico "Cuenta Conmigo".
- Alimentación del sistema de registro de información de las llamadas telefónicas que ingresan a la línea Cuenta Conmigo.
- Coordinación de visitas de promoción del servicio telefónico Cuenta Conmigo con los niveles locales, a centros educativos, comunales y laborales de las distintas regiones del país.

#### **i) Desarrollo sistemas de información**

- Diseño, administración, capacitación y mantenimiento del SICAFF (sistema institucional de captura automática de la ficha familiar).
- Diseño, administración, capacitación y mantenimiento de la Red interna de información del PAIA.
- Administración, capacitación y mantenimiento de base de datos del servicio de la Línea Telefónica.
- Desarrollo de bases de datos y sistemas de información para metodología de evaluación de entidades trazadoras, e instrumento de tamizaje psicosocial en adolescencia y salud.

- Elaboración de bases de datos, capacitación y desarrollo de informes para encuestas transitorias y evaluaciones en temáticas afines a adolescencia y salud.

**j) Administración de recursos institucionales y de otras fuentes**

- Coordinación de aspectos financieros tanto de la institución como de proyectos que se ejecuten financiados por organismos de cooperación internacional y del sector privado.

**1.2. Nivel regional**

Está constituido por un (a) coordinador (a) regional que forma parte de la dirección regional de servicios de salud, y que a su vez es la encargada de constituir y liderar una comisión regional intersectorial e interinstitucional que logre realizar acciones en pro de los y las adolescentes y jóvenes de su región. La designación del coordinador (a) es responsabilidad exclusiva de la dirección regional y la conformación de la comisión varía de región en región, y será constituida de acuerdo a la conveniencia y el recurso humano disponible. Sin embargo, deben participar en la misma al menos un representante de cada área de salud y de cada hospital regional o periférico.

**Las funciones del nivel regional son:**

- Determinar las metas y estrategias del programa en el interior de su región.
- Planificar, priorizar, organizar y evaluar los componentes del programa en coordinación con el nivel central.
- Asesorar al nivel primario y secundario de su región.
- Promover la coordinación eficiente entre el primer y segundo nivel de su región.
- Determinar las necesidades de capacitación del primer y segundo nivel de su región en temáticas vinculadas con la atención integral de los y las adolescentes y jóvenes.
- Promover y ejecutar investigaciones y apoyar al primer y segundo nivel en dicha tarea en su región.

**1.3 Comisión de hospitales nacionales**

Está constituido por una comisión conformada con representantes de las Clínicas atención integral a la adolescencia del tercer nivel de atención, es decir, de los hospitales nacionales.

**Las funciones de la comisión son:**

- Supervisar, evaluar y monitorear la atención prestada por las clínicas de la adolescencia de cada hospital.
- Promover la coordinación eficiente entre hospitales nacionales.
- Determinar las necesidades de capacitación de los funcionarios y funcionarias que pertenecen a las clínicas de adolescencia de cada hospital.
- Promover y ejecutar investigaciones en cada hospital.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en los hospitales.

**1.4. Comisión de clínicas mayores**

Está constituido por una comisión conformada con representantes de las Clínicas de atención integral a la adolescencia del segundo nivel de atención, es decir, de las Clínicas Mayores o Metropolitanas.

**Las funciones de la comisión son:**

- Supervisar, evaluar y monitorear la atención prestada por las clínicas de la adolescencia de cada clínica mayor.
- Promover la coordinación eficiente entre hospitales y clínicas mayores.
- Determinar las necesidades de capacitación de los funcionarios y funcionarias que pertenecen a las clínicas de adolescencia de cada clínica mayor.
- Promover y ejecutar investigaciones en cada clínica mayor.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en los establecimientos.

**2. Niveles de atención**

**2.1. Nivel de hospitales nacionales (Tercer nivel de atención)**

Esta conformado por los y las funcionarias de las Clínicas de atención Integral a la Adolescencia, valga decir, de los hospitales nacionales. Las Clínicas deben estar constituidas al menos por las siguientes disciplinas: medicina general y ginecología, trabajo social, enfermería, psicología o psiquiatría, con la colaboración de odontología y nutrición.

**Las funciones del nivel hospitalario son:**

- Establecer una clínica de atención integral de la adolescencia con un equipo interdisciplinario, en cada hospital, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades biopsicosociales de la población adolescente y las referencias del segundo nivel de atención.
- Determinar las metas y estrategias del programa al interior de los hospitales nacionales.
- Planificar, priorizar, organizar y evaluar los componentes del programa en coordinación con el nivel central.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en los hospitales.

**2.2. Nivel de clínicas mayores (Segundo nivel de atención)**

Esta conformada por los y las funcionarias de las Clínicas de atención integral de la adolescencia, valga decir, de las Clínicas Mayores del Area Metropolitana. Las Clínicas deben estar constituidas al menos por las siguientes disciplinas: medicina general, trabajo social, enfermería, psicología o psiquiatría.

- Establecer una clínica de atención integral de la adolescencia con un equipo interdisciplinario, en cada Clínica, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades biopsicosociales de la población adolescente y las referencias del primer nivel de atención.
- Determinar las metas y estrategias del programa al interior de las clínicas mayores.
- Planificar, priorizar, organizar y evaluar los componentes del programa en coordinación con el nivel central.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en los establecimientos.

**2.3. Nivel local**

**2.3.1. Hospitales regionales y periféricos (Segundo nivel de atención)**

Está constituido por los y las funcionarias de las Clínicas de atención integral a la adolescencia, valga decir, de los hospitales regionales y periféricos. Las Clínicas deben estar constituidas al

menos por las siguientes disciplinas: medicina general, trabajo social, enfermería, psicología o psiquiatría, con colaboración de odontología y nutrición.

- Establecer una clínica de atención integral de la adolescencia con un equipo interdisciplinario, en cada hospital, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades biopsicosociales de la población adolescente y juvenil y las referencias del primer nivel de atención.
- Determinar las metas y estrategias del programa al interior de los hospitales regionales y periféricos.
- Planificar, priorizar, organizar y evaluar los componentes del programa en coordinación con el nivel central.
- Supervisar, evaluar y monitorear la atención prestada por las clínicas de la adolescencia de cada hospital.
- Promover la coordinación eficiente entre hospitales regionales y periféricos y las áreas de salud.
- Determinar las necesidades de capacitación de los funcionarios y funcionarias que pertenecen a las clínicas de adolescencia de cada hospital.
- Promover y ejecutar investigaciones en cada hospital.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en su establecimiento.

### **2.3.2. Area de salud (Primer nivel de atención)**

#### **2.3.2.1. Equipo de apoyo (Clínica de Atención Integral a la Adolescencia)**

Está constituido por un equipo interdisciplinario con conocimientos en temas de adolescencia, realizando las siguientes funciones:

- Brindar atención integral a los y las adolescentes y jóvenes en forma diferenciada y especializada, que acuden al establecimiento de salud, ya sea de forma espontánea como por referencia del equipo básico de atención integral de salud (EBAIS).
- Elaborar y mantener actualizado el ASIS del área de salud.
- Priorizar las problemáticas y las necesidades de atención.

- Elaborar y ejecutar un plan de trabajo para y con los adolescentes y jóvenes, en donde se incluya acciones en todos los niveles de prevención.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en los sectores.
- Promover y coordinar acciones de capacitación para los y las funcionarias de los EBAIS.
- Promover y coordinar acciones con otros sectores a Nivel Local y con otros niveles del Programa Atención Integral de la Adolescencia y Juventud.

#### **2.3.2.2. Equipo Básico de Integral en Salud (EBAIS)**

En cada sector de un área de salud donde está asignado un EBAIS, se tienen que realizar acciones específicas dirigidas a los y las adolescentes y jóvenes, las cuáles serían:

- Brindar atención integral a los y las adolescentes y jóvenes de su sector de acuerdo a las normas establecidas para este nivel..
- Elaborar y mantener actualizado el ASIS de su sector
- Priorizar las problemáticas y atender las necesidades de atención.
- Elaborar y ejecutar un plan de trabajo para y con los adolescentes y jóvenes, en donde se incluya acciones en todos los niveles de prevención.
- Apoyar y capacitar a los y las adolescentes de la Red de adolescentes protagonistas, así como promover la constitución de grupos en su sector.



## Areas Prioritarias del Programa Atención Integral a la Adolescencia

## **1. Crecimiento y Desarrollo**

La estimulación y vigilancia de estas áreas se constituyen en el eje del proceso de prevención primordial y primaria de la atención en salud de los y las adolescentes, porque los cambios biopsicosociales que ocurren normalmente en la adolescencia van a ser los determinantes del nivel de salud de los jóvenes durante este período y en su etapa adulta.

Para asegurar la implementación de esta área se cuenta con instrumentos tales como: a) Historia Clínica, diferenciadas por sexo y b) Instrumento Discriminador de Riesgo Psicosocial, utilizados en todos los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

## **2. Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en la educación y prevención del VIH/SIDA**

La sexualidad en tanto dimensión inherente e inmanente del ser humano, se constituye en una área prioritaria de trabajo en la que se comprenden los diversos componentes de esta dimensión de la vida.

Así se incorporan dentro de esta área los componentes, corporal (relativo a lo anatómico y fisiológico), cognoscitivo (referido a las ideas y conceptos que se tienen acerca de la sexualidad), vincular (relativo a las necesidades de relacionarnos con los otros y con el mundo y dar y recibir afecto), erótico (relativo al amor, la seducción y el placer en un plano que va más allá de la genitalidad) y ético (relacionado con las normativas y valores tanto socioculturales como individuales).

La maduración de la función reproductora que se produce en la adolescencia, constituyen una de las áreas a las que presta especial atención el Programa, porque es uno de los aspectos básicos del crecimiento y desarrollo normal en esta etapa y que, por efecto de factores biológicos pero sobre todo psicosociales, tales como carencia afectiva, disfuncionalidad familiar, deficiente educación sexual, ausencia de oportunidades reales para elaborar el proyecto de vida, presión del grupo de pares y otros, se originan importantes problemas de salud, como lo son las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el sida, y el fenómeno del embarazo en la adolescencia con todas sus implicaciones

biopsicosociales, sobre todo para el binomio madre-niño y para el padre adolescente.

El Programa promueve crear los espacios oportunos para que los y las adolescentes puedan hacer un análisis reflexivo y crítico de su realidad, adquieran mayores conocimientos y modifiquen sus actitudes para que asuman su sexualidad en forma sana y responsable.

A su vez los adolescentes que ya tienen vida sexual activa gozan de acceso real a los anticonceptivos adecuados para su edad, que son definidos según normas y que les son entregados en la consulta de Atención Integral del Adolescente, que le ofrecen la privacidad que ellos demandan, esto en los segundos y terceros niveles y más recientemente en los Ebais, equipos básicos de salud, a los cuales se les ha definido según normas, el paquete de servicios que deben brindar a los adolescentes.

En los casos en los que se da la gestación se ofrece una atención diferenciada a la joven, su pareja y su hijo. En este modelo de atención se busca activamente propiciar el que la madre adolescente continúe su adecuado proceso de desarrollo biopsicosocial, al mismo tiempo que se le brinda apoyo para que pueda ejercer adecuadamente su maternidad. En ese sentido, ha sido vital el nuevo Programa que la Primera Dama de la República ha impulsado en esta Administración, siguiendo la Ley de Protección a la Madre Adolescente, aprobada a inicios de 1994, Programa denominado: “Construyendo Oportunidades” que le asegura a las adolescentes embarazadas y madres, un subsidio, un curso de habilidades para la vida (6 meses de duración) y luego el ingreso a diversas modalidades educativas.

El PAIA además de brindar la atención en salud garantiza la referencia de las adolescentes al Programa Construyendo Oportunidades y participa de la Comisión Técnica Nacional de dicho Programa, y de cada una de las Comisiones Regionales Inter-sectoriales.

Asimismo, el programa procura además la prevención, detección temprana y tratamiento integral de los y las jóvenes que ha sido víctimas de incesto y abuso sexual.

En síntesis, se busca que los y las adolescentes gocen de una sexualidad sana que implica:

1. El desarrollo de una aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla conforme ética personal y social,
2. La ausencia de factores psicológicos y sociales que inhiban la reacción sexual y perturben las relaciones sexuales y
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva. (Fallas y Valverde, 1999).

De igual manera, desde el concepto de salud reproductiva, se espera que los y las adolescentes:

- a. Estén en capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno (libre y concientemente) y tener acceso a un servicio de maternidad que asegure una evolución satisfactoria del embarazo, parto y puerperio, así como la seguridad de que el niño(a) sobreviva y se desarrolle en un ambiente saludable;
- b. Reconozcan y exijan su derecho para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento mas de bienestar personal y familiar y;
- c. Ejerzan relaciones sexuales, en el caso de que así lo hayan decidido en un marco de libertad y responsabilidad, que sean gratificantes, enriquecedoras y sin el peso del temor a un embarazo no deseado o del VIH/sida u otra enfermedad de transmisión sexual.

### **3. Salud Mental**

La magnitud de los cambios biopsicosociales que ocurren normalmente en la adolescencia producen cierto grado de depresión y ansiedad, que si bien son fenómenos transicionales y por ende normales, pueden impactar las esferas afectivas, cognitivas, interrelacionales y conductuales de los y las adolescentes.

El Programa busca ofrecerles a los jóvenes el apoyo y acompañamiento que les permita hacer un manejo adecuado de todos los procesos y promueva así su salud mental.

Con este propósito el Programa realiza múltiples actividades recreativas, deportivas, educativas, incluyendo el auto

conocimiento, artísticas y otras, tanto a nivel nacional como regional y local.

Se promueve también el brindar a la familia conocimientos sobre los procesos que sufren los jóvenes y las familias mismas durante esta etapa del ciclo de vida, como una forma de favorecer la comunicación padres e hijos y de que estos encuentren en sus familias la contención afectiva y la comprensión del desarrollo normal. Esto se efectúa a través de las Escuelas para Padres y de la difusión de diversos materiales educativos.

Para aquellos adolescentes que ya sufrieron problemas en su salud mental, el Programa les brinda atención a través de psicoterapia individual, grupal y familiar.

La problemática juvenil con respecto a conductas de riesgo y las conductas autodestructivas y específicamente a suicidio, conjuntamente con la depresión, es una realidad cada vez más latente en nuestro país y que al igual que en la mayoría de países alrededor del mundo, va en aumento. Actualmente el Programa Atención Integral a la Adolescencia, ha elaborado un protocolo denominado “Manual de Atención Integral a la depresión y el suicidio en la adolescencia”, donde se norma para la institución lo que se debe hacer en los tres niveles de atención con respecto a ésta problemática; por otro lado está ejecutando un proyecto de Prevención de Riesgo Adolescente basado en la aplicación de estrategias que prevengan las conductas autodestructivas en adolescentes.

### **Se basa en tres ejes fundamentales**

- **Educación:** por medio de la cual se trata de informar adecuadamente sobre el tema de prevención, dirigida tanto a adolescentes como a personal educativo y padres de familia que informe sobre riesgos, signos de alerta e intervenciones.
- **Detección:** la detección de adolescentes en riesgo es fundamental en la prevención. Esta se realiza a través de la aplicación del Test de Tamizaje de la C.C.S.S. a la población meta con la posterior referencia según el tipo de problemática a las Clínicas de salud de la comunidad.

- **Alternativas de ayuda:** se brinda información acerca de centros especializados atención, líneas de crisis y se promueve la unión de los jóvenes a grupos positivos de la comunidad.

Además debido al aumento en la problemática del uso y abuso de las drogas en la adolescencia, incluyendo el abuso de alcohol y el fumado, el Programa Atención Integral a la Adolescencia está elaborando protocolos institucionales para que en cada nivel de la misma se lleven a cabo acciones directas con la población que se encuentran en procesos adictivos, para asumir los aspectos de la prevención y tratamiento.

#### **4. Salud bucodental**

El mantenimiento de la salud oral en los adolescentes es otra preocupación del Programa por la importancia que tiene esta área para su salud global. Además se conoce que nuestros adolescentes tienen bastante comprometida su salud bucodental por una suma de factores entre los que se cuentan: malos hábitos higiénicos y alimenticios, deficiencias nutricionales específicas (flúor, calcio) y problemas de acceso a los servicios de odontología, que durante muchos años atendieron solo asegurados directos. Este se ha subsanado con la Reforma del Sector Salud

El Programa promueve el control odontológico periódico, la educación en cuanto a hábitos higiénicos y atención y otras estrategias preventivas como la aplicación de flúor. Además busca aumentar la cobertura de los servicios de tratamiento odontológico completo lo más posible.

#### **5. Prevención y tratamiento de la morbilidad prevalente**

El Programa ha identificado en los adolescentes una serie de áreas de la esfera somática que se ven frecuentemente afectadas tales como: la piel y anexos, el sistema ósteomuscular, el cardio respiratorio. El gastro intestinal y los sentidos (visión, audición). Se busca prevenir y atender adecuadamente estas patologías.

Se promueve, asimismo, la prevención y la detección precoz de las afecciones crónicas más frecuentes en Costa Rica mediante la educación, a los adolescentes, acerca de los factores de riesgo y

estilos de vida que favorecen la instauración de estas enfermedades. Dichas afecciones son: la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, el infarto del miocardio, la hipercolesterolemia, etc.

Además, los Equipos de Atención integral del Adolescente ejecutan una serie de actividades de detección como la toma de peso y talla para el diagnóstico del estado nutricional, toma de la presión arterial etc.

El Programa se preocupa particularmente de la prevención de los accidentes, principal causa de muerte y de egreso hospitalario en este grupo de edad. Para ello se coordina con instituciones como el INS y el MOPT y otros sectores. Produce asimismo material de prevención de los accidentes dirigido a los adolescentes.

#### **6.Promoción y fortalecimiento de la ciudadanía**

Partiendo de los Enfoques de Derechos y Responsabilidades, de Desarrollo Humano y de Protagonismo Adolescente, el PAIA busca promover y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía de los y las adolescentes costarricenses.

La apertura de espacios de participación dentro de la estructura del programa; la capacitación para el desarrollo de conocimientos y habilidades; el acompañamiento y apoyo en procesos iniciados y dirigidos por los y las adolescentes; la defensa de los derechos de los y las adolescentes frente a cualquier instancia; la visibilización de los aportes que ellos y ellas hacen a la comunidad nacional y la cultura; y la educación y formación de la opinión pública respecto de un paradigma positivo de la adolescencia, son algunas de las estrategias que utiliza el PAIA para promover y defender el derecho que tienen las personas adolescentes a participar en las decisiones que les involucran y en las acciones derivadas de las mismas.

Dentro de esta área, el apoyo técnico, financiero y humano que el PAIA y sus colaboradores ofrecen al proceso de fortalecimiento de la Red Nacional de Adolescentes Protagonistas (en sus niveles local, regional y nacional) es una de las principales y más importantes tareas que se desarrolla.

## **7. Promoción y fortalecimiento de la participación de las madres y los padres de los y las adolescentes (la adolescencia en el contexto de la familia)**

La presencia de las madres y los padres es un aspecto que el Programa Atención Integral a la Adolescencia considera fundamental, por ende, se promueve la participación de ellas y ellos en las acciones que realiza en los tres niveles de atención, tanto en los procesos relacionados con la promoción de la salud, como de la prevención y el tratamiento. Ello conlleva realizar actividades que permitan su incorporación y un proceso educativo que facilite una participación real y adecuada en la construcción de una salud integral de sus hijas e hijos. Así, para el PAIA y la C.C.S.S. la familia, el modelaje y la preservación de los valores morales y éticos son aspectos fundamentales en el abordaje de la población adolescente.

## **8. Atención a adolescentes en condiciones de vulnerabilidad**

Las acciones que desarrollaran los tres Niveles de Atención de la institución tienen que orientarse de manera privilegiada a las y los adolescentes que se encuentran en situaciones que los vulnerabilizan, una de las fundamentales es la pobreza. Las investigaciones que ha desarrollado el PAIA (ya citadas anteriormente) muestran como las y los adolescentes de comunidades pobres tienen menos acceso a los Servicios de Salud y cuando son requeridos la atención no es lo suficientemente pertinente a sus necesidades. De tal forma, se requiere que los Servicios de Salud se adecuen para responder a este tipo de población que es a la que con mayor urgencia se deben dirigir los esfuerzos. Para ello, los Servicios de Salud deben reorganizar sus acciones en los aspectos de promoción, prevención y atención diferenciada para detectar y captar a las y los adolescentes en condiciones de vulnerabilidad y de esta manera promover una adolescencia cada vez más sana.

## **9. Abordaje de la masculinidad en la adolescencia**

Si bien es cierto que para la C.C.S.S. es un reto el aumentar las coberturas de atención en el sistema de salud de la población adolescente, y ya se han dado pasos importantes en este sentido gracias al uso sistemático en los servicios de salud del tamizaje de riesgos psicosociales en adolescentes, con incorporación de este

elemento en los compromisos de gestión, el reto y la tarea pendientes en este sentido son aún mayores cuando consideramos a la población adolescente masculina.

Los adolescentes varones tienen mucha menor cobertura en los servicios institucionales, y los servicios son mucho menos amigables para su atención. En general, conocemos menos de sus necesidades y prioridades en salud que con respecto a su contraparte femenina. Cada vez, sin embargo, es más evidente la necesidad de realizar esfuerzos para conocer e incorporar las necesidades, prioridades y visión de los adolescentes varones en los programas dirigidos a fortalecer su desarrollo integral y su salud, pues los datos epidemiológicos nos muestran que condiciones como la deserción escolar, el alcoholismo, tabaquismo, abuso de drogas, accidentes, la violencia, conductas de riesgo y conductas destructivas en general, son mucho más frecuentes en adolescentes varones.

En este sentido, el PAIA logró el apoyo del Instituto Promundo, una ONG de Brasil, que ha autorizado a la C.C.S.S. para reproducir los materiales educativos del denominado Proyecto H, una serie de manuales para trabajar con hombres jóvenes. Estos manuales contemplan las siguientes temáticas:

- 1- Sexualidad y salud reproductiva
- 2- Paternidad y cuidado
- 3- De la violencia para la convivencia
- 4- Razones y emociones
- 5- Previniendo y viviendo con VIH/SIDA

Los manuales se complementan con un video titulado: “La vida de Juan”. Todos estos materiales están en español y se han utilizado con éxito en varios países latinoamericanos, incluyendo Costa Rica. La experiencia positiva en su aplicación a nivel nacional nos motiva a buscar presupuesto para realizar una reimpresión de los manuales y el video para su uso con la población adolescente y joven de nuestro país, y ahora el nuevo reto para el PAIA será la capacitación a funcionarios del sector salud y otros sectores para su utilización en todo el territorio nacional.





## Estrategias Generales del Programa Atención Integral a la Adolescencia

## **1. Ruptura de paradigmas**

Para los profesionales del equipo técnico del nivel central del PAIA el reto de mejorar las bajas coberturas de la población adolescente en los servicios de salud y la visibilización real de sus necesidades y prioridades a partir de sus propios aportes, es una tarea ingente. Lo anterior, más allá de ser un problema ligado a la asignación de recursos económicos - el cual sin embargo es muy relevante- se constituye en un problema de gran magnitud que para su resolución se requiere más que ninguna otra cosa de un cambio de paradigmas en distintos niveles .

Para empezar, el predominio en nuestra sociedad de paradigmas tradicionales y transicionales (Krauskopf, 2003) que conceptualizan a la adolescencia como un período de preparación el primero, y que los caracteriza como “problema” en el segundo, constituyen barreras enormes para su abordaje en salud desde una visión integral, ya que promueven este abordaje bajo políticas sectorializadas, con predominio de programas y estrategias indiferenciadas, segmentadas y centralizadas en la “resolución” de problemas o crisis (Ejemplo: Programas para disminuir los embarazos, drogadicciones, etc.).

Por el contrario, cuando la adolescencia es definida desde un paradigma moderno que los considera como ciudadanos con derechos plenos y actores estratégicos del desarrollo, se propicia su abordaje con políticas articuladas e intersectoriales, con programas participativos y no adulto-céntricos, con estrategias de atención integral.

Desde el sector salud, por otra parte, el predominio de paradigmas biológicos y médicos-centristas favorecen la invisibilización de la población adolescente en el proceso de construcción de la salud por cuanto excluyen su participación y se da énfasis en procesos de tipo curativo más que en aquellos de promoción de la salud y prevención, y que además considere otros determinantes que influyen en la salud como son los factores psicológicos, socio-culturales, económicos, espirituales y otros.

Así, la ruptura de estos “viejos paradigmas” que hacen predominar elementos adulto-céntricos en el abordaje de la adolescencia, se vuelve vital en el objetivo de crear una estrategia de atención integral a la salud de los y las adolescentes en la C.C.S.S.

Finalmente, nosotros creemos también esencial la tarea de romper el mito de definir a la adolescencia como un grupo homogéneo, cuando en realidad la experiencia nos demuestra que aún en nuestro pequeño país existen múltiples adolescencias, con realidades, necesidades y prioridades muy distintas, muchas de las cuales desconocemos por completo en cuando a sus características y situación real en salud y desarrollo humano, como son la adolescencia en grupos indígenas, los de grupos excluidos económicamente en situación de pobreza extrema, los migrantes, etc.

## **2. Nuevo modelo de atención en salud de las y los adolescentes (relanzamiento de un plan para su abordaje integral)**

En conformidad con los tratados internacionales, el nuevo marco legal y los nuevos paradigmas que protegen los derechos de la niñez y la adolescencia, las autoridades de la C.C.S.S. en las últimas administraciones han declarado que la niñez y adolescencia son poblaciones prioritarias para el sector salud.

Con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el PAIA elaboró un Nuevo Modelo de Atención en Salud de las y los Adolescentes, el cual complementan las políticas en materia de salud de adolescentes presentados en estas Bases Programáticas.

Este Nuevo Modelo pretende ser una guía para los servicios de los distintos niveles operativos de la C.C.S.S., de tal manera que clarifique el quehacer de estos servicios en cuanto al abordaje integral de la salud de la población adolescente.

Así, se determinan las acciones necesarias que se deben implementar en los distintos niveles operativos de acuerdo a su capacidad resolutive y la complejidad de su oferta de servicios, según lo pactado en los compromisos de gestión.

De esta manera se busca cumplir con el espíritu central de la reforma del sector salud y uno de los objetivos de la presente reestructuración de la C.C.S.S., establecida por el actual Sr. Gerente Médico Dr. Marco Antonio Salazar, cual es la concreción de un relanzamiento del abordaje y oferta básica de servicios en salud para adolescentes por parte de la C.C.S.S..

### **3. Apoyo político**

La democracia costarricense, necesariamente implica un cambio de autoridades del Sector Salud, tanto a nivel del gobierno central, como de sus entes descentralizados entre los que se incluye la C.C.S.S. cada cuatro años. Esto hace que las tareas de sensibilización y abogacía ante las nuevas autoridades sean fundamentales, para garantizar que estas sigan considerando la atención en salud de los y las adolescentes un área prioritaria y destinen los recursos financieros humanos, etc, necesarios para el crecimiento y consolidación del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S.

Estas tareas, que por ende deben ser permanentes, se intensifican durante los períodos pre y post electorales, y han garantizado la continuidad del Programa, a través de doce años, a pesar de la llegada al Gobierno de distintos partidos políticos. Hasta el momento presente las autoridades del Sector Salud y en particular de la C.C.S.S., han apoyado y respetado el quehacer técnico de los funcionarios del PAIA y han enriquecido de diferentes formas el desarrollo de este Programa, durante todos los últimos cuatro gobiernos.

Por ende la búsqueda del apoyo político de las autoridades institucionales del poder ejecutivo en general, pero también de distintos poderes como el legislativo, incluso el judicial, se considera una estrategia esencial, con miras a la creación de políticas públicas dirigidas a la población adolescente y juvenil.

### **4. Intersectorialidad**

La atención integral a la adolescencia, aún con énfasis en la atención en salud, solo puede alcanzarse plenamente a través del trabajo intersectorial. Si esto parece ser una verdad para cualquier grupo etáreo, pareciera ser que la adolescencia, es donde las diferentes tareas del desarrollo se inter-relacionan más estrechamente, y donde la falla en el progreso hacia la culminación exitosa de una tarea, por ejemplo, una adecuada escogencia vocacional, impacta otras áreas, como la construcción de la identidad, de la autoestima e incluso de la salud mental y también de la salud sexual, siendo por ejemplo la desorientación en esta área específica, un factor que puede determinar un

embarazo precoz. Este tipo de interrelaciones hacen que el quehacer intersectorial sea doblemente indispensable.

La nueva legislación vigente, como el Código de la Infancia y la Adolescencia y la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, han por eso planteado la creación de una serie de cuerpos colegiados, donde la ley incorpora la participación de la C.C.S.S.

Es así como el Nivel Central del PAIA, pero también sus niveles regionales y locales, trabajan intensamente estableciendo alianzas estratégicas con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, para crear las redes de apoyo que son necesarias, para responder a las necesidades de los y las adolescentes.

##### **5. Coordinación intersectorialidad Ministerio de Salud/C.C.S.S.**

La Reforma o modernización del Sector Salud que empezó a gestarse en la década de los 80 y que se aprobó por ley de la República en 1992, le dio nuevas funciones al Ministerio de Salud el cual se constituyó en el ente rector del Sector, dictador de políticas y promotor del mejoramiento de la promoción de la salud y el logro de un medio ambiente saludable. Este debe jugar un papel fundamental en garantizar el acceso equitativo, universal y oportuno a servicios de salud públicos y privados de calidad, a través de procesos de acreditación.

A su vez, la C.C.S.S. se hace responsable de brindar atención integral en salud a todos los ciudadanos costarricenses, a través del monopolio de un seguro estatal, donde los que menos tienen son cubiertos por el llamado seguro por el estado y donde la contribución equitativa y solidaria de los otros. trabajadores y patrones, son bases fundamentales en el financiamiento del Seguro Social.

Por lo tanto, en el logro de la verdadera atención integral a la totalidad de los y las adolescentes habitantes de Costa Rica, ambas Instituciones deben jugar un papel fundamental y complementario, siendo así indispensable una buena coordinación entre ambas.

El Nivel Central del PAIA trabaja coordinando activamente con dos instancias fundamentalmente del Ministerio de Salud, el Consejo de la Madre Adolescente que por ley debe coordinar dicho Ministerio, al momento presente representado por la Vice Ministra del Ramo y la Dirección de Servicios de Salud de dicho Ministerio.

## **6. Inserción de la atención en salud de la población adolescente en la Reforma del Sector Salud**

En la Reforma del Sector Salud, aprobada en 1992 y empezada a implementarse en la C.C.S.S. en 1994, esta Institución adquirió nuevas responsabilidades para toda la población costarricense, al ser la encargada de brindar atención integral en salud a los ciudadanos. Se convirtieron entonces en actividades prioritarias de la Institución, la promoción de la salud, la educación en salud y la participación ciudadana en la construcción social de la salud.

Con la Reforma del Sector Salud y lo que se ha denominado, el modelo de atención readecuado, el enfoque de atención integral, desarrollado por el PAIA, viene a legitimarse y le ofrece nuevas posibilidades. Por ejemplo los compromisos de gestión, que se introdujeron como herramientas para mejorar la gestión y la calidad de los servicios de salud, al introducir en la C.C.S.S. la cultura de evaluación en forma sistemática, se convierten también en herramientas claves para el PAIA, sobre todo para mejorar la cobertura real de sus acciones, cobertura que antes de la introducción de los compromisos de gestión no era conocida.

Fue además fundamentalmente el diseñar un paquete de servicios que deben recibir todos los y las adolescentes en el primer nivel de atención.

Este paquete incluyó: Evaluación del crecimiento y desarrollo. Atención al y la adolescente con factores de riesgo, identificados estos a través de tamizaje realizado, utilizando un instrumento creado y validado por el Nivel Central del PAIA, atención a la sexualidad y la salud reproductiva, detección, atención y referencia de los casos de violencia. Atención de la morbilidad prevalente.

Además la evaluación de los compromisos de gestión, año con año, ha permitido conocer las coberturas alcanzadas por el PAIA en cada Región de Salud del país.

Es así como la evaluación en el año 2001, nos muestra, que la atención individual de los y las adolescentes tiene una cobertura a nivel nacional del 29%, habiendo regiones que tuvieron coberturas más altas que este promedio, como la Chorotega que logró coberturas del 30%.

Estas coberturas, que se consideran aún bajas, se explican porque históricamente, los y las adolescentes han sido los menos demandantes de servicios de salud, al considerarse así mismos fundamentalmente sanos. También la construcción estereotipada de la masculinidad dificulta el acercamiento de los adolescentes varones a los servicios.

Sin embargo no cabe duda que la Reforma del Sector Salud, al fortalecer el primer nivel de atención e incorporar, como responsabilidad de este, actividades, que permiten identificar, detectar y abordar aspectos que mejoren la condición de salud de los y las adolescentes, ha significado un salto cuantitativo y cualitativo para el Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. El reto es ahora continuar aumentando las coberturas alcanzadas año con año y desarrollar indicadores que nos permitan evaluar, la calidad de las acciones ejecutadas.

## **7. Desconcentración**

La Reforma del Sector Salud ha impulsado en la C.C.S.S. la desconcentración administrativa máxima, para lograr la mayor eficiencia en la Gestión de los servicios de salud.

Este cambio constituye una ventana de oportunidades para los hospitales y las áreas de salud, pues implica su transformación en organizaciones orientadas a los resultados , la sustitución en forma gradual de la contabilidad presupuestaria por la contabilidad de gestión y el fortalecimiento de la cultura de la calidad.

También en este proceso se ha introducido incentivos a la producción que han llegado a ser hasta de un 9% del presupuesto asignado, si lograron obtener una calificación igual o mayor al 80%, en la evaluación anual de los compromisos de gestión.

Pero ¿Cómo estos procesos han beneficiado a la población adolescente? Creemos que de muchas maneras, en las áreas de

salud, haciéndolos población meta de las acciones de los servicios de salud y obligando al personal de estos servicios, a buscar distintas estrategias para llegar así a los y las adolescentes, mostrando año con año una mejoría en las coberturas logradas.

En los hospitales la gestión clínica ha impulsado la atención en equipo tras-disciplinario de los y las adolescente, para mejorar los resultados, por ejemplo lograr partos normales en las adolescentes, con bajos índices de cesáreas y eliminación de complicaciones.

También las bolsas de incentivos logrados, se han destinado en varios casos a la capacitación de los funcionarios en el enfoque de derechos en la atención de los y las adolescentes, como un criterio de calidad. El equipo tras-disciplinario del Hospital San Juan de Dios, es un modelo de cómo usando las herramientas que les ha brindado la Reforma, han avanzado en el desarrollo e implementación de un modelo, para la atención de los y las adolescentes, en un hospital nacional de máxima complejidad.

Al momento presente, al encontrarse los nuevos procesos aún en etapas tempranas de implementación, la desconcentración máxima, pareciera haber tenido cierto efecto perverso al debilitar el funcionamiento en red de los diferentes niveles de atención y dificultar las referencias entre niveles, pero sobre todo las contrarreferencias.

El nivel central del PAIA trabaja en coordinación con la Unidad de Compra de Servicios de Salud, para que en próximos compromisos de gestión, se introduzcan indicadores tales como registros de adolescentes de ambos sexos referidos y contrareferidos, que minimicen este efecto negativo inesperado.

## **8. Trabajo en equipo interdisciplinario y transdisciplinario**

Las características propias de este grupo etéreo los expone a sufrir fundamentalmente, problemáticas de naturaleza psico-social, donde el abordaje eminentemente biológico, ejercido solo por el profesional de la medicina, es francamente insuficiente para prevenir y atender con éxito y de formas integrales los problemas de salud de los y las adolescentes. Es así como el trabajo en equipo de profesionales de distintas disciplinas se hace indispensable.

A su vez la Reforma del Sector Salud y los procesos de modernización institucionales han tendido a eliminar los modelos de organización funcional, es decir por disciplina, para pasar más bien a fortalecer la organización matricial, a través de grupos de trabajo orientados a la consecución de los mejores resultados. Este enfoque ha validado el trabajo en equipo interdisciplinario que desde sus orígenes se planteó el Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

El proceso vivido ya durante doce años no solo por el equipo de profesionales del nivel central del PAIA, sino también de los equipos de varios hospitales regionales y nacionales, ha hecho que el compartir saberes y destrezas, se haya traducido en un marco teórico y metodológico común, con profesionales polifuncionales, haciendo que muchos de estos equipos hayan pasado del trabajo inter-disciplinario, al transdisciplinario, mejorando notablemente la calidad de la atención que reciben los y las adolescentes.

#### **9. Planeamiento estratégico desde la realidad de los y las adolescentes**

Como se planteó en el marco conceptual, la adolescencia no es solo una, sino que se puede hablar de múltiples adolescencias, de acuerdo a los distintos medios socioculturales, económicos, geográficos etc. en los que los y las adolescentes crecen y se desarrollan. Por lo tanto las necesidades y problemáticas de los y las adolescentes puede variar de región en región, y de comunidad en comunidad. Si la Reforma del Sector Salud ha enfatizado en la planificación local, a partir del análisis de la situación de salud, esto cobra particular vigencia en la adolescencia, donde los equipos deben darse a la tarea entonces de elaborar un diagnóstico demográfico, y bio-psico-social de los y las adolescentes de su cantón, región etc. y elaborar y poner en ejecución un plan de trabajo centrado en las características, necesidades y problemáticas encontradas. Este diagnóstico va a permitir además determinar las estrategias más adecuadas de intervención, así como cuales son los escenarios en los que se va a priorizar el intervenir.

#### **10. Tamizaje de los y las adolescentes según riesgo**

El paradigma biologista o bio-médico con que operaba y aún opera en mucho el sistema de salud costarricense, excluía a los y las

adolescentes, al considerarlos fundamentalmente sanos, al reducir su objetivo a la salud solo del cuerpo. Olvidaba sin embargo que los y las adolescentes sufren una serie de morbilidades, que los pueden llevar hasta la muerte, que se originan fundamentalmente en conductas determinadas por múltiples factores psicosociales. El garantizar que los y las adolescentes van a recibir la atención integral que merecen en la C.C.S.S., obliga a la realización de permanentes tamizajes, que nos permitan identificar distintos, factores de riesgo, que nos lleven a diseñar acciones específicas para prevenir su morbi-mortalidad, en áreas claves como la de la salud sexual y reproductiva y la salud mental.

Para ello el Nivel Central del PAIA ha diseñado un instrumento de tamizaje del riesgo psico-social que ha sido aprobado como parte del expediente médico, por parte de las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y cuyo uso se está implementando en todas las áreas de salud, donde se busca llegar a tamizar la totalidad de la población adolescente.

En hospitales y clínicas se espera su aplicación a los adolescentes, que son pacientes de primera vez, indistintamente de por qué problemáticas acudan a los servicios de salud, logrando que más adolescentes reciban una verdadera atención integral, que incorpore atención a su salud mental y salud sexual y reproductiva, no importa cual fue la causa inicial de consulta o internamiento.

## **11. Capacitación y educación permanente**

Uno de los factores limitantes más importantes detectados en el proceso de implantar una atención integral en salud para los y las adolescentes, a nivel nacional, ha sido la escasa formación que los distintos profesionales de la salud han recibido sobre esta importante etapa del ciclo vital, sobre su problemática bio-psico-social más importante y sobre estrategias de intervención con este grupo de edad, para minimizar los factores de riesgo, fortalecer los factores protectores, en un enfoque centrado en el desarrollo humano y que sea respetuoso de los derechos de los y las adolescentes.

Además el trabajar con adolescentes implica una sensibilidad y un compromiso especial y la necesidad de contar con una serie de

habilidades comunicacionales, como por ejemplo el poder ser empáticos y afectuosos, pero al mismo tiempo capaces de confrontar y poner límites.

También al trabajar con este grupo de edad, enfrentamos una serie de dilemas no fáciles de resolver, por ejemplo cómo hacer una alianza con el y la adolescente y garantizarles absoluta confidencialidad, pero al mismo tiempo poder atraer a la familia, para promover cambios en el sistema familiar.

Todo esto hace que los funcionarios de la C.C.S.S. detecten ellos mismos sus limitaciones y constantemente soliciten capacitación.

Esto impone a la Unidad de Adolescencia y Juventud del Departamento de Medicina Preventiva, más conocida como Nivel Central del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, un enorme reto, pues prácticamente debería abocarse a capacitar a más de 30.000 funcionarios trabajando en todo el país, en los diferentes niveles de atención.

Para solventar las múltiples necesidades se ha desarrollado un modelo de capacitación para todo el Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., que ha identificado temáticas prioritarias y definido diversas estrategias de capacitación, que van desde cursos presenciales, hasta pasantías de quince días de duración, utilizando para ello, los Equipos de Atención Integral a la Adolescencia, que han tenido un particular desarrollo y una larga trayectoria de trabajo con este grupo etéreo, ubicados estos fundamentalmente en los segundos y terceros niveles.

El modelo de capacitación fue avalado por el Cendeisss y tanto las capacitaciones presenciales, como las pasantías tienen el aval del mismo y por ende estimulan a los profesionales participantes, pues estos reciben puntos para su carrera profesional.

## **12. Normatización, elaboración de protocolos e instrumentos**

El garantizar una atención de calidad a la totalidad de la población adolescente de Costa Rica, cuyas leyes le garantizan el derecho a la salud y la seguridad social, no es fácil sobre todo si tenemos en cuenta la gran diversidad existente entre la población adolescente, lo que hace que exhiban distintas necesidades, a lo que se une la multiplicidad de escenarios en que ellos y ellas se

desenvuelven y donde deben ser abordados(as). Existe además una gran heterogeneidad en la formación del recurso humano de una Institución tan grande y compleja como la C.C.S.S.

Por lo tanto el asegurar estándares mínimos a máximos en la atención por nivel de complejidad, obliga necesariamente a la Unidad de Adolescencia y Juventud del Departamento de Medicina Preventiva, como Nivel Central de todo el Programa Atención Integral a la Adolescencia, a elaborar y revisar permanentemente una serie de instrumentos como normas técnicas, protocolos de atención por nivel de atención, y todos aquellos instrumentos que sean necesarios sobre todo para asegurar una atención integral y de calidad a todos los y las adolescentes.

### **13. Participación protagonista y liderazgo de los y las adolescentes**

El favorecer el desarrollo humano de los y las adolescentes es el fin último del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S., y para lograrlo, se hace necesario ofrecerles a ellos y ellas, espacios de participación real, donde puedan ejercitar sus diferentes potenciales, puedan expresar al máximo sus capacidades y fortalezcan sus valores.

Es así como desde 1993, se ha brindado acompañamiento, capacitación y asesoría a una red de adolescentes líderes cada vez más grande, pero también más autónoma en su funcionamiento, denominada Red Nacional de Adolescentes Protagonistas. Su nombre nació de reconocer el hecho de que en una sociedad adulto-céntrica, los menores de edad se ven privados de su protagonismo, es decir de su capacidad de discernir, pensar, hablar, decidir y que el restituirles estas capacidades, es algo intrínseco al reconocimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Dentro de este movimiento, se ha estimulado muy particularmente la participación de las adolescentes, pues en el caso de las féminas, se parte de que la pérdida del protagonismo es aún mayor, pues en una sociedad patriarcal ellas aún enfrentan una doble subordinación, pues se espera que acepten la autoridad adulta y por otro lado la masculina. Además múltiples investigaciones muestran que aún en Costa Rica, las adolescentes

encuentran menos espacios para su participación real, encontrándose reducidos prácticamente estos, solo al ámbito religioso.

El trabajo en grupos constituido por adolescentes de ambos sexos, permite además desde el enfoque de género, la resocialización de los y las adolescentes, de manera que se estimula el aprendizaje de una nueva forma de relacionarse entre hombres y mujeres de una manera más igualitaria, solidaria y respetuosa.

Por ende la participación protagónica de los y las adolescentes ha sido una estrategia fundamental que ha dado múltiples frutos, entre los que podemos destacar en Boletín Sociedad Joven, escrito completamente por los muchachos y muchachas que han constituido un Comité Editorial que ha publicado ya, dos ediciones del boletín y la realización de seis Congresos Nacionales de Adolescentes Protagonistas de todo el país, Congresos cuya agenda y temática son definidos por los mismos adolescentes.

#### **14. Información, educación para la salud y comunicación**

El Programa considera sumamente importante educar a los y las adolescentes para el mantenimiento y mejoría de su estado de salud. Sin embargo considera que esta educación para la salud no se puede llevar a cabo con metodologías tradicionales, fundamentalmente expositivas e informativas, sino a través de metodologías participativas que sean lúdicas y que permitan la participación activa de los y las adolescentes, promueven la reflexión, como la herramienta que lleva al cambio de actitudes.

Es así como una estrategia fundamental ha sido la producción de material novedoso, no solo impreso, sino audiovisual, donde se ha recogido la voz real de los y las adolescentes costarricenses, transmitiendo sus inquietudes, sus múltiples necesidades y sentimientos.

Estos materiales han sido distribuidos a través de toda la estructura de la C.C.S.S., pero igualmente a través del sector educativo, ONGs, etc, en forma gratuita.

Su producción se ha financiado en parte con fondos institucionales y nacionales, pero también de distintas agencias del Sistema de Naciones unidas tales como OPS, UNFPA, etc.

## **15. La investigación como herramienta para conocer las necesidades de los y las adolescentes**

Desde su inicio hace ya doce años, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, recurrió a la realización de lo que usualmente llamamos diagnósticos de la situación de salud de los y las adolescentes, y más tarde a la realización de verdaderas investigaciones de naturaleza tanto cualitativa como cuantitativa, con el objetivo de conocer la realidad y las necesidades de los y las adolescentes costarricenses tanto a nivel nacional, como de algunos grupos, que era evidente que por sus características, ubicación geográfica pertenencia a minorías, situación de género, que podríamos intuir, tenían necesidades especiales.

Esto para poder construir diferentes modalidades de intervención tanto de Promoción de la Salud como de atención, más ajustadas a sus necesidades reales y donde el respeto intergeneracional y el enfoque de derechos fuese parte esencial de todas las intervenciones.

En los dos últimos años se ha podido publicar en libros, los resultados de estas investigaciones, como por ejemplo, los denominados: “Sexualidad Adolescente un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas (1999)”, “La Construcción de las Masculinidades, un reto a la salud de los adolescentes costarricenses (2000)”, “Adolescencia, Protección y Riesgo en Costa Rica, Múltiples Aristas una Tarea de Todos (2000)”, “Adolescentes pobres: vida, carencias y esperanzas en salud sexual y reproductiva (2003)”.

La presentación de estas publicaciones ante las Autoridades Institucionales y de todos los sectores públicos y privados, involucrados en el trabajo con la niñez y la adolescencia, así como ante todos los medios de comunicación colectiva ha tenido un enorme éxito y ha fortalecido la imagen del Programa de Atención Integral a la Adolescencia a nivel nacional y regional, pero también a reivindicado la necesidad de destinar recursos y desarrollar Programas, para este importante grupo poblacional.

Creemos en que la investigación, y la divulgación de los resultados de los mismos, debe ser una tarea permanente, que nos permita mantener el contacto con las necesidades cambiantes de los y las adolescentes.

## **16. Consejería integral al adolescente brindada a través de una línea telefónica, confidencial y gratuita**

La Línea Telefónica Cuenta Conmigo, fue creada en 1994 por el Programa Atención Integral a la Adolescencia con el apoyo del UNFPA, como una forma de garantizar un acceso rápido y oportuno de las y los adolescentes a un servicio de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el cual poder recibir consejo o ayuda sobre distintos tópicos, que usualmente les preocupan, como sus cambios corporales, su sexualidad, sus relaciones de pareja y con sus pares en general, su relación con sus padres u otras figuras de autoridad. El servicio que brinda la Línea es confidencial y gratuito y es atendido por un grupo de profesionales en Psicología y Trabajo Social de ambos sexos.

Desde 1996 el costo de operación de esta línea fue asumido en su totalidad por la Caja Costarricense de Seguro Social lográndose además convertirlo en un servicio totalmente gratuito para los y las jóvenes, al ser un número 800. (800-22-44-911)

La demanda de este servicio ha sido importante, y el número de llamadas se ha venido incrementando año con año. El siguiente gráfico muestra el comportamiento del número de llamadas desde la creación de la Línea hasta el año 2004.

### **Llamadas atendidas por la L.C.C. desde su creación hasta el año 2004**

Mes/ año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	4500	4659	4183	4568	7315	6883	12907	18154	14035	13972	10522

Además se reciben llamadas de adolescentes de todas las edades, incluso de pre-adolescentes menores de 9 años. A ese respecto cabe señalar, que el mayor rubro de llamadas atendidas en la Línea corresponde a jóvenes que están entre los 10 y los 19 años. Por ejemplo, en el año 2004 el 20% de las llamadas fueron realizadas por jóvenes entre los 10 y los 14 años y el 50% de las llamadas fueron realizadas por jóvenes entre los 15 y los 19 años.

A continuación se muestra un gráfico con los principales motivos de consulta recibidos por la Línea durante el año 2004.

Motivos de Consulta 2004	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Abs.	Relat.(%)
<b>Sexualidad</b>	73	89	131	169	130	338	240	92	78	69	75	47	1531	15,00%
<b>Pareja</b>	48	57	77	137	60	126	103	54	59	36	62	34	853	8,36%
<b>Noviazgo</b>	18	31	49	39	44	59	46	33	41	22	40	20	442	4,33%
<b>Anticonceptivos</b>	20	42	20	54	27	44	59	33	45	22	34	19	419	4,11%
<b>Embarazo</b>	15	27	34	36	16	44	58	40	41	23	44	15	393	3,85%
<b>Depresión</b>	9	11	24	13	19	27	35	26	20	23	40	17	264	2,59%
<b>Masturbación</b>	26	17	25	19	11	33	52	15	17	12	20	11	258	2,53%
<b>Relac. sexuales genitales</b>	16	24	27	28	10	36	43	19	13	10	17	5	248	2,43%
<b>Info. de la Línea telefónica</b>	1	5	20	21	23	45	58	18	20	15	20	13	259	2,54%
<b>Confrontación con Autoridad</b>	6	2	9	9	22	39	40	18	23	18	23	20	229	2,24%
<b>Drogas</b>	9	15	23	50	19	17	22	11	12	16	7	5	206	2,02%
<b>Relación con pares /compañeros(as)</b>	7	11	26	27	22	17	26	7	11	5	5	4	168	1,65%
<b>Comunicación</b>	8	11	20	32	26	33	9	4	4	4	-	1	152	1,49%
<b>SIDA/VIH</b>	4	5	19	18	11	13	9	12	13	13	19	9	145	1,42%
<b>I.T.S.</b>	10	11	11	6	6	7	10	7	12	7	22	8	117	1,15%
<b>Suicidio o Intento de suicidio</b>	2	4	9	7	10	17	17	2	5	14	13	3	103	1,01%
<b>Prob. de conducta</b>	1	3	10	21	9	12	17	7	2	2	-	1	85	0,83%
<b>Abuso Sexual</b>	2	5	5	14	4	6	7	7	10	9	5	5	79	0,77%
<b>Revisión Médica</b>	1	1	1	8	-	3	4	-	13	13	12	9	65	0,64%
<b>Abuso emocional</b>	3	4	7	10	-	6	6	3	9	2	5	2	57	0,56%
<b>Abuso Físico</b>	5	4	11	4	4	4	2	6	4	-	3	2	49	0,48%
<b>Autoestima</b>	-	-	4	-	3	1	10	3	9	4	4	3	41	0,40%
<b>Trastornos Alimenticios</b>	2	1	1	3	2	2	5	3	3	8	6	1	37	0,36%
<b>Violencia Doméstica</b>	0	-	5	6	1	9	4	1	5	1	-	1	33	0,32%
<b>Problemas de aprendizaje</b>	3	4	4	7	-	3	4	4	1	-	-	2	32	0,31%
<b>Otros motivos</b>	594	516	248	206	577	496	366	199	211	178	206	172	3939	38,60%
<b>TOTAL</b>	883	900	820	944	1056	1437	1222	624	681	526	682	429	10204	100,00%

Otra característica importante del servicio, se relaciona con el acercamiento que poco a poco se ha logrado por parte de los adolescentes varones, ya que en un inicio la mayoría de las personas que utilizaban la línea eran mujeres y ha habido años en los que el porcentaje de hombres y mujeres ha sido similar.

Otra cualidad muy importante del servicio es que éste está teniendo cobertura no sólo en adolescentes estudiantes, sino también adolescentes trabajadores, que ya abandonaron el sistema educativo, además de aquellos que estudian y trabajan. Así por ejemplo, para el año 2004, el 65% de los usuarios eran estudiantes, el 16% eran adolescentes trabajadores, población esta última que es la de menor cobertura dentro de los servicios de salud.

La variedad de motivos por los cuales consultan los usuarios y usuarias es muy amplia, se plantean a la LCC dudas que abarcan desde las relaciones de pareja, métodos anticonceptivos, embarazo, hasta preguntas sobre las relaciones sexuales, orientación sexual, depresión, consumo de drogas, etc.

Como se puede apreciar, La Línea Cuenta Conmigo se ha convertido en un espacio amigable en el que las y los adolescentes han podido encontrar respuesta a inquietudes de toda naturaleza, que quizás no podrían ser evacuadas de otra manera. Es necesario recordar que es una Línea de Emergencia, con la capacidad de hacer frente a casos de violencia, abuso e intentos suicidas en los y las adolescentes.

Además de lo anterior, la LCC es un servicio en el que los adultos, ya sean padres, madres, funcionarios del sector salud o docentes, pueden también encontrar respuesta a sus inquietudes respecto a situaciones relacionadas con las y los adolescentes.

### **17. La Biblioteca Virtual de Salud de la Adolescencia de Costa Rica**

La Caja Costarricense de Seguro Social tiene la dicha de contar con una consolidada y rica Biblioteca Virtual desde 1998. Dentro de ella, en 1999 se creó la BVS en adolescencia, con el fin primordial de promover el acceso a la información científica técnica producida en nuestro país y relacionada con la Adolescencia.

La BVS adolescencia opera a través de la red mundial de Internet, ofreciendo gran parte de la información a texto completo. Entre otros servicios ofrece pedido de fotocopias, directorio de sitios de Internet (LIS), información sobre el Programa de Atención Integral a la Adolescencia y periódicos electrónicos nacionales, dentro de los cuales se incluye la serie monográfica Adolescencia y Salud.

Esta Biblioteca Virtual de Adolescencia ha sido un éxito, recibiendo un promedio mensual entre 20.000 a 25.000 consultas. En un futuro cercano se espera convertirla en interactiva con apoyo del servicio telefónico Cuenta Conmigo del PAIA. Además el programa de adolescentes tiene a disposición del público un sitio de adolescencia en la red de Internet al cual se ingresa por el servicio de la Binasss (Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social de la C.C.S.S.) en la dirección electrónica **www.binasss.sa.cr**

### **18. Revista Adolescencia y Salud**

Desde muy temprano en su desarrollo, el Programa Atención Integral a la Adolescencia, notó la necesidad de tener un acceso sencillo a bibliografía actualizada sobre adolescencia y salud que tenían todos los funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, de otros sectores como el Sector Educativo, estudiantes universitarios de pre y post grado y de múltiples carreras, padres de familia y los adolescentes mismos. Es así como creo en las llamadas Antologías Adolescencia y Salud, que se publicaron de manera casi casera por el Nivel Central del PAIA, llegándose a producir once antologías. Estos tuvieron una amplísima acogida, y fueron usadas como libro de texto incluso en la Facultad de Educación de la Universidad de Costa Rica, por ejemplo.

Es así como en el año 1999 se decide retomar el esfuerzo, pero formalizarlo a través del Editorial Ednasss de la Caja Costarricense del Seguro Social, creándose por una alianza estratégica entre el Nivel Central del Programa de Atención Integral a la Adolescencia y dicho editorial la Serie Monográfica: Adolescencia y Salud, como una publicación bianual, de la cual se tienen ya cuatro ediciones. Además esta se ha convertido recientemente en una revista electrónica, que se puede obtener a texto completo en la dirección electrónica **www.binasss.sa.cr**, y luego se ingresa al **sitio adolescencia**.

## **19. Las Ferias locales, regionales y nacionales de Atención Integral a la Adolescencia**

Desde el inicio de su trabajo, el programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, descubrió que los y las adolescentes llegaban a los centros de salud fundamentalmente cuando su salud se encontraba gravemente comprometida en el caso de los varones, al haber sido víctimas de diversos tipos de violencia: accidentes, lesiones producidas en riñas y en otras conductas de riesgo, algunas incluso típicas de las tradiciones folklóricas como el toreo aficionado.

En el caso de las mujeres fundamentalmente porque ya estaban embarazadas. Por lo tanto requeríamos hacer actividades de promoción de la salud, de educación de la sexualidad, etc, debíamos ser productivos e ir a la búsqueda de los y las adolescentes, hombres y mujeres sanos y donde ellos recibiesen en primer lugar, información sobre el programa de Atención Integral a la Adolescencia y las oportunidades que les ofrece, y al mismo tiempo información y educación en salud.

Estas ferias empezaron a ser realizadas en dos Niveles locales y regionales, y en ellas se incluyeron actividades además culturales, deportivas y recreacionales.

Sin embargo esta estrategia ha tomado una nueva dimensión con la organización bianual de las Ferias Nacionales de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Estos eventos de los cuales se han ejecutado dos: en diciembre de 1999 al celebrarse el X Aniversario de la fundación del PAIA, y la última, en Noviembre del 2001, han sido éxitos multitudinarios, que han unido a adolescentes y profesionales, trabajando con esta población, de todo el país.

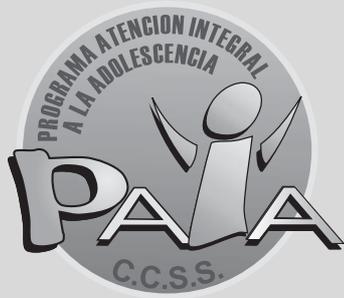
Todas las regiones de salud del país, las Clínicas desconcentradas, los grandes centros de atención ambulatoria del Valle Central, los Hospitales Nacionales y también el Nivel Central del programa han diseñado stand para mostrar los diversos proyectos de participación social, promoción de la salud, atención y rehabilitación que están desarrollando con los y las adolescentes

de sus comunidades. También proyectos de capacitación e investigaciones. Los mejores proyectos han sido premiados por jurados expertos, no trabajando con la C.C.S.S. En muchos de estos han participado funcionarios de las agencias de las Naciones Unidas y de las universidades.

Las ferias han resultado ser enormemente coloridas y han contado también con la presencia de las más altas autoridades del país y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Creemos así que las Ferias Nacionales han cumplido con múltiples objetivos: en primer lugar continuar haciendo abogacía y sensibilizando a las autoridades del más alto nivel político, sobre la necesidad de seguir invirtiendo en este grupo de población. Ha sido vitrina para que los y las adolescentes conozcan de los múltiples servicios y oportunidades que les ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social. Se ha promovido la sana competencia entre grupos interdisciplinarios premiándose la creatividad, el compromiso, las estrategias más novedosas en el trabajo con los y las adolescentes. En la última Feria además notamos un sello realmente cualitativo con la participación protagónica de los y las adolescentes, desde que la Red Nacional montó su propio stand hasta que en todos los proyectos de Promoción de la Salud los y las adolescentes habían participado tanto en su diseño y su ejecución en una forma prácticamente simétrica con los profesionales.

Los y las adolescentes tomaron los micrófonos para defender estos proyectos al momento de estarse premiando a los mejores. Las ferias han permitido además que se continúe con el aprendizaje entre unos y otros, profesionales y adolescentes líderes de un extremo a otro del país. Ha sido también una enorme oportunidad de promocionar al Programa de Atención Integral a la Adolescencia, pues la prensa escrita, la radio y la televisión le han dado una enorme cobertura al evento. También se ha logrado proyectar una visión positiva de los jóvenes, eliminando estigmas. Con ocasión de la II Feria un periódico de circulación nacional titulaba su reportaje: “Adolescentes Costarricenses más sanos de lo que se creía”. Esperamos realizar estas ferias con cierta regularidad.



## Reflexiones

## Reflexiones

“La pregunta es, que si uno de los papeles fundamentales de la sociedad y de la familia es transmitir los valores a los hijos como parte de la cultura, ¿cuáles son los valores que nuestra sociedad esta transmitiendo a los adolescentes hoy? Será que estamos transmitiendo en forma consistente el valor de la honestidad y de la solidaridad o estamos transmitiendo por ejemplo de que la corrupción es el valor necesario para sobrevivir. Será que estamos transmitiendo la autenticidad, el valor del respeto al prójimo o que el respeto ya no tiene importancia en la sociedad...¿Cuáles son los valores que actualmente está transmitiendo la sociedad en el lugar en que estamos viviendo?... Y cuál es la posición que adopta un profesional de salud en estas situaciones?”

Dr. Solum Donas Burak

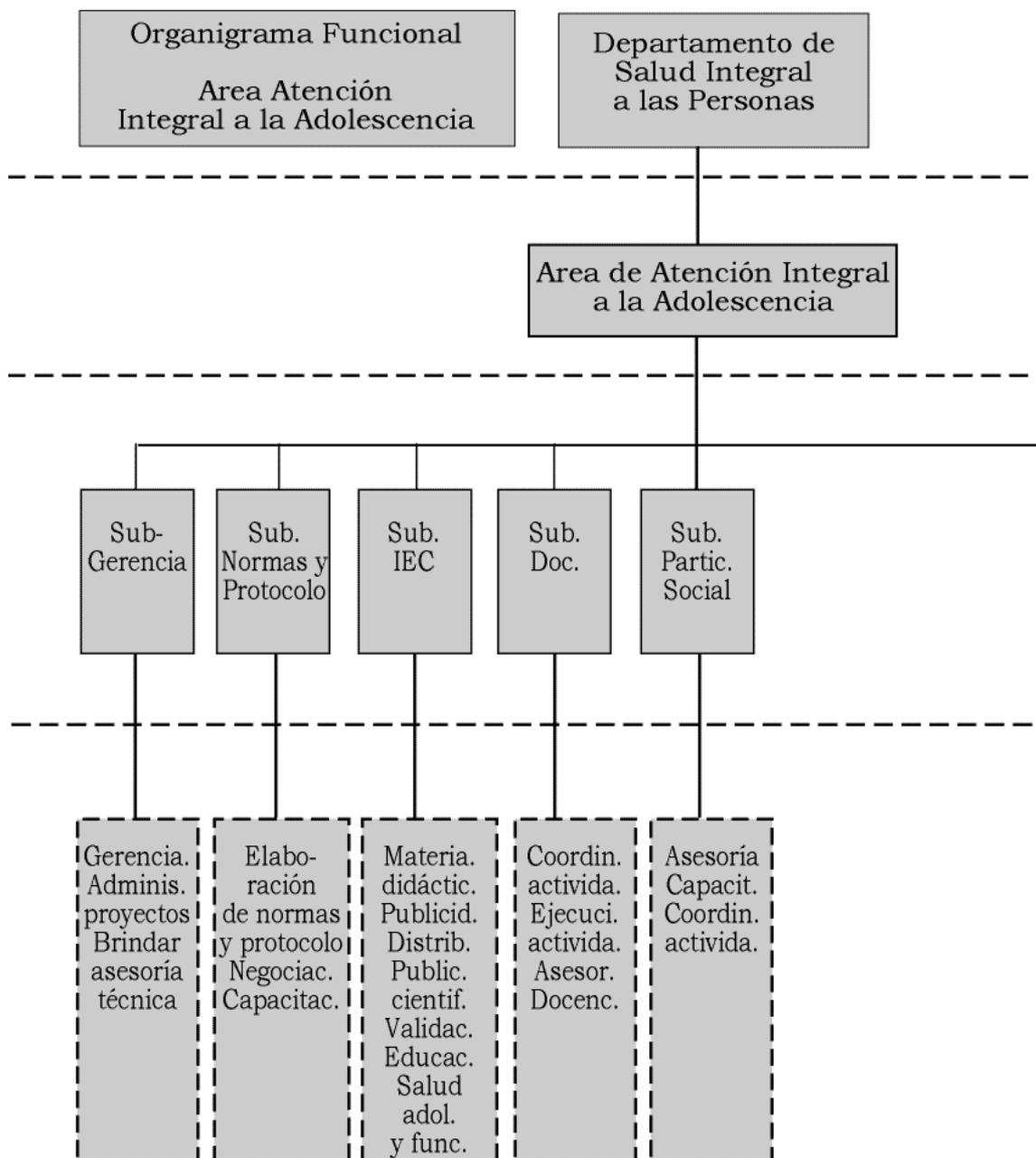
La superación del conflicto de generaciones está dada por las posibilidades que tenga el y la adolescente de identificarse no solo con sus padres naturales, sino con la sociedad en que viven.

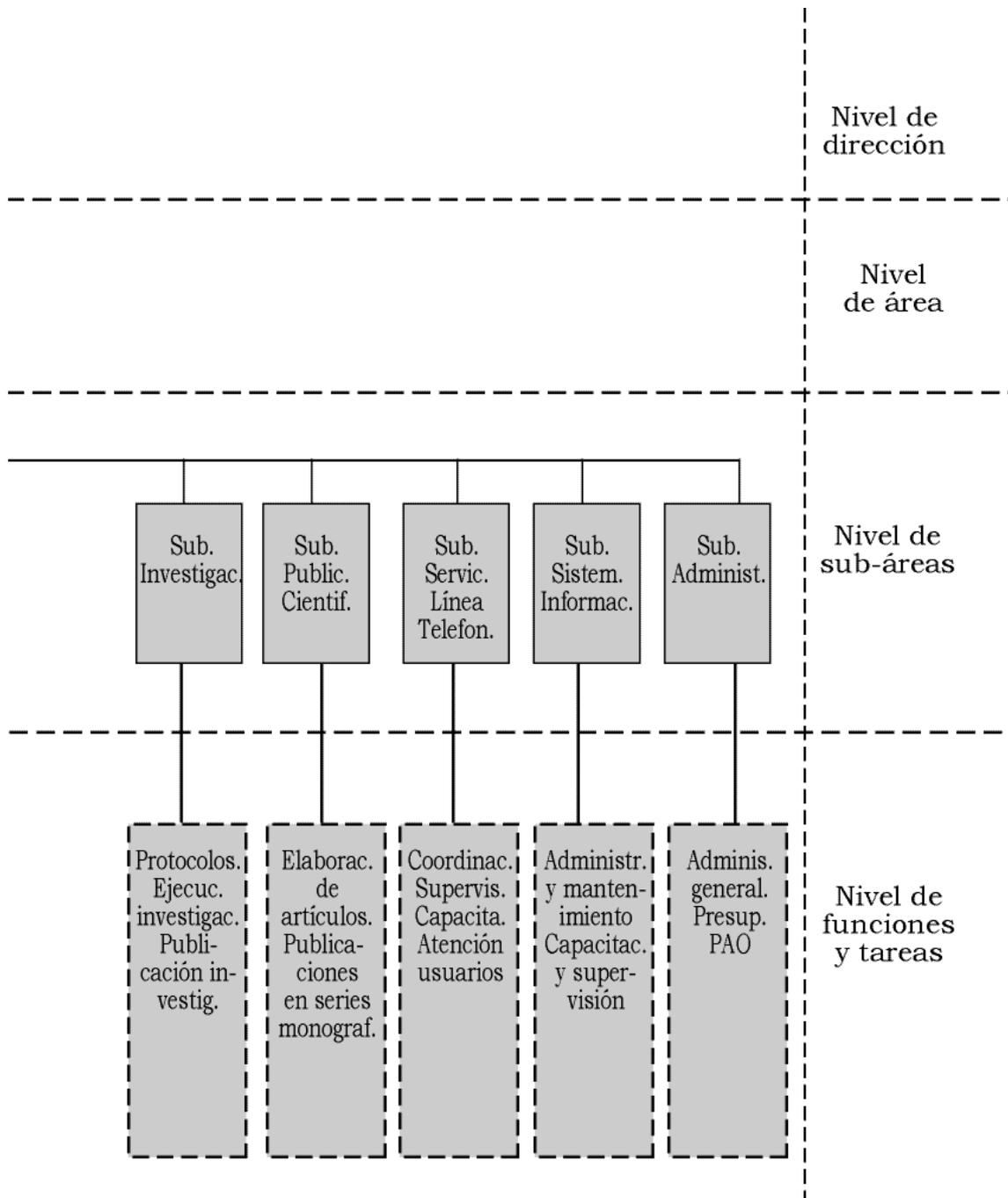
Una vez que el individuo ha alcanzado la sensación de que la civilización en que vive también es suya, y de que su rol de adulto es mínimamente compatible con su ideal de vida, acepta las contradicciones que encuentra en el seno de la sociedad a que pertenece y siente que puede trabajar en ella para mejorarla; su relación con los progenitores se torna más igualitaria, y se restablecen vínculos afectivos más armoniosos con su grupo familiar.

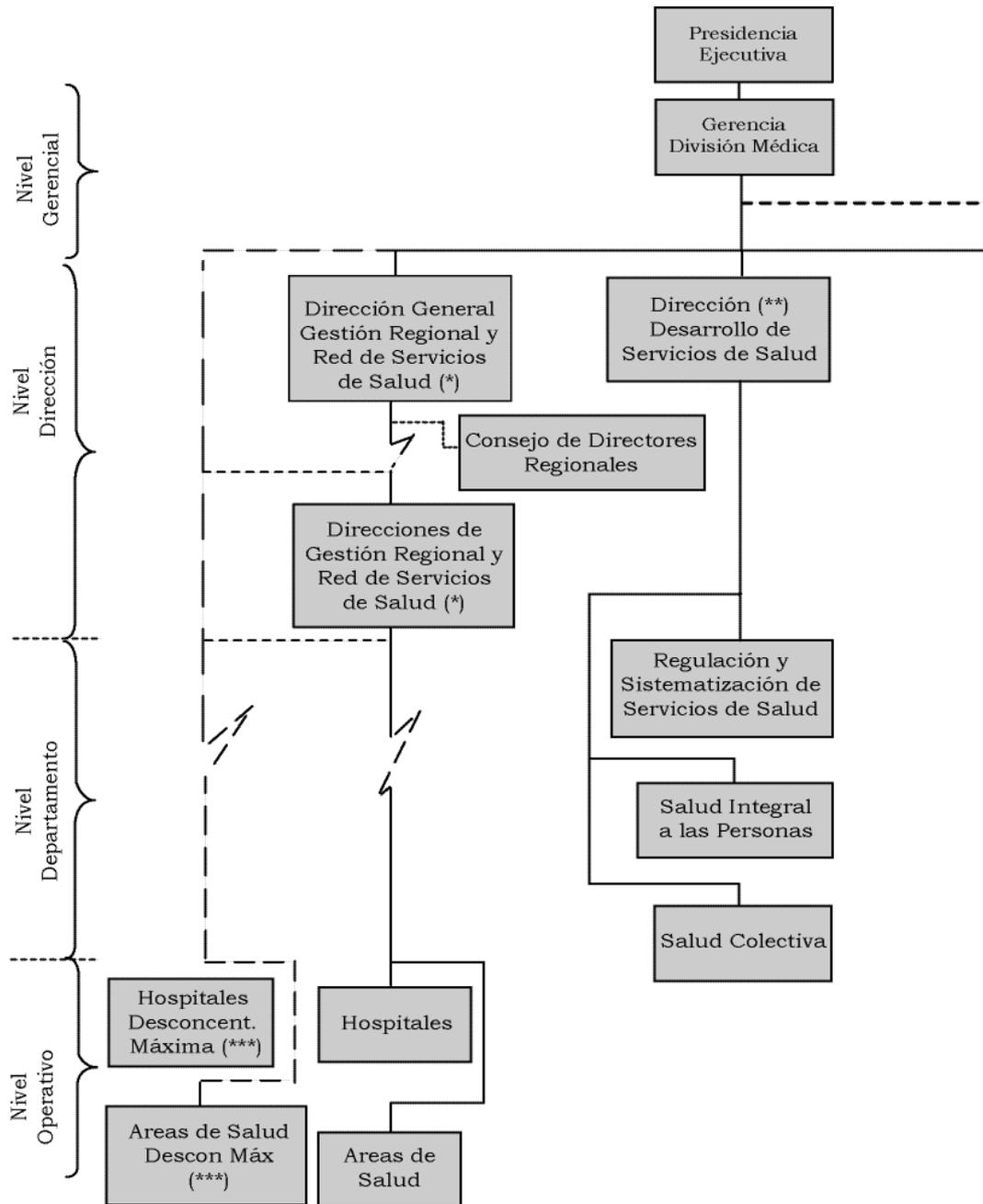
MSc. Dina Krauskopf

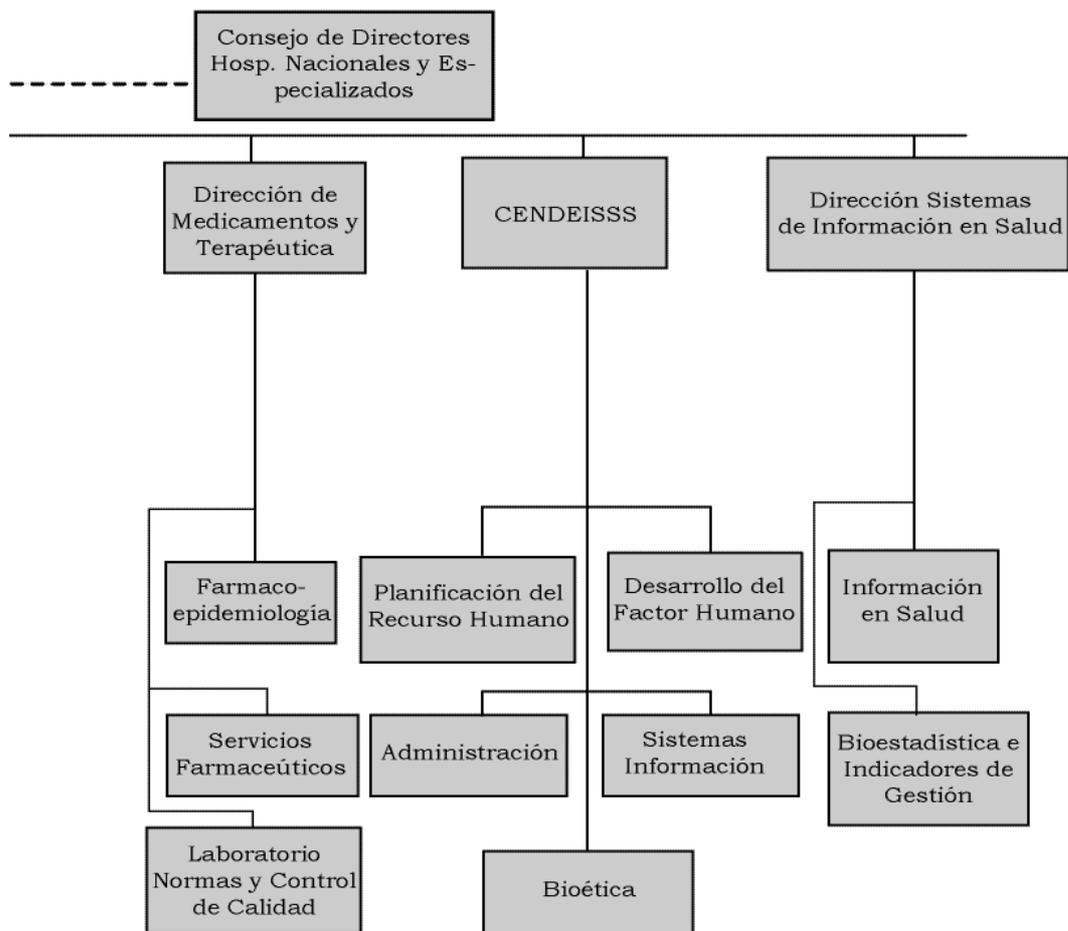


## Organigramas Funcional y Estructural del Programa Atención Integral a la Adolescencia









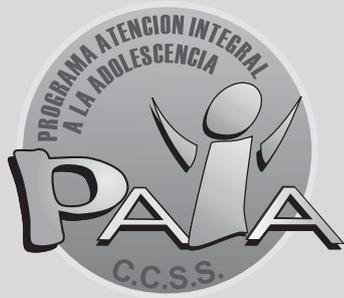
(\*) En etapa de transición mientras existan establecimientos de salud concentrados, en la Región Central Sur, Central Norte, Huetar Norte, Chorotea, Pacífico Central, Brunca y Huetar Atlántica.

(\*\*) Administrar el programa estratégico del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

(\*\*\*) Los órganos superiores tienen relaciones de Dirección con los establecimientos de salud en desconcentración máxima.

- ↗ Desconcentración geográfica
- Autoridad jerárquica
- - - Relaciones de Dirección, autoridad técnica y funcional con base en la Ley 7852 y su reglamento
- Relaciones de coordinación





## Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1984) **La Adolescencia normal**. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Alvarado, C; Garita, C y Solano, G. (2003). **Adolescentes pobres: vida, carencias y esperanzas en salud sexual y reproductiva**. San José, Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Asociación de Gineco-Obstetricia y Medicina Infanto-Juvenil (2005). **Estudio sobre Salud Sexual y Reproductiva**. San José, Costa Rica. Presentado en el I Congreso Nacional de Adolescencia y Salud, Abril 2005.
- Bejarano, J; San Lee, L. (1997). *El fenómeno de la droga en la juventud costarricense*. En **Revista costarricense de psicología**. San José: N. 28.
- Campos, M. (2001). **Prevención de Suicidio y Conductas Autodestructivas en Adolescentes**. Revista Adolescencia y Salud. Vol 3, Número 1-2. San José, Costa Rica.
- Canessa, P. y Nykiel, C. (1992) **Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente**. OPS. Washington D.C. EUA.
- IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: Resultados Generales. Instituto Nacional de Estadística (2001). San José, Costa Rica.
- COSECODENI (2004). **Informe Alternativo (1998-2003)**. San José, Costa Rica.
- Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible**. (2004). San José, Costa Rica.
- Declaración de Panamá (2000)** Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado. [WWW.comunica.es/cumbres/declaraciones/finales/decla\\_panama.htm](http://WWW.comunica.es/cumbres/declaraciones/finales/decla_panama.htm).
- Díaz Alvarado, M. y otros (2000) **Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes**. PAIA, C.C.S.S.. San José, Costa Rica.
- Díaz Alvarado, M. y Vega Campos, K. (2003) **Percepciones de riesgo para el desarrollo humano de un grupo de adolescentes estudiantes de la Universidad de Costa Rica**. San José, Costa Rica. (Tesis de grado para obtención del título de Maestría en Salud Pública con énfasis en adolescencia y Juventud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.)
- Donas Burak, S. (1996) **Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente**. OPS/OMS. San José, Costa Rica.

- Donas Burak, S. (2001). **Adolescencia y Juventud en América Latina**. San José, Costa Rica. Libro Universitario Regional.
- Estadísticas vitales (2004). San José: Dirección General de Salud. Ministerio de Salud Pública de Costa Rica.
- Encuesta Social de Salud Reproductiva (2000). San José: Programa Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.
- Estadísticas vitales (2002). San José: Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Fundación para la Salud del Adolescente del año 2000. (1992). **Medicina Ambulatoria de Adolescentes**. Buenos Aires. Argentina: FUSA 2000.
- Garita, C. (2001). **La construcción de las masculinidades. Un reto para la salud de los adolescentes**. San José, Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2001). **Ley de paternidad responsable**. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Krauskopf, D. (1997) **Adolescencia y Educación**. EUNED, San José, Costa Rica.
- Krauskopf, D. (2003) **Participación social y desarrollo en la adolescencia**. Fondo de Población de Naciones Unidas, 3a edición, San José, Costa Rica.
- López, M. (2000). *Embarazo en la Adolescencia y la Mortalidad Infantil, Costa Rica 1998-2000*. En **Revista Adolescencia y Salud**. Vol 2, Número 2. San José, Costa Rica.
- Mangrulkar, L. et al (2001) **Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes**. OPS/ASDI/Fundación Kellogg. Washington D.C. EUA.
- Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social (1993). **Programa de Atención Integral en salud de los y las Adolescentes. Bases Programáticas**. San José, Costa Rica: PAIA-C.C.S.S./ MS.
- Ministerio de Salud (2003). **Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 Diez Compromisos del Sector Salud**. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2003). **Política Nacional de Salud 2002-2006**. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Miranda, G. y Del Valle, L. (2000) **La violencia en Costa Rica, visión desde la Salud Pública**. Proyecto Estado de la Nación.

- Molina y otros (1999). **Conductas de Riesgo en Adolescentes**. Ediciones Perro Azul. San José, Costa Rica.
- Munist, M. et al (1998) **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. OPS/Fundación Kellogg/ ASDI. Washington D.C. EUA
- OMS-FNUAP- UNICEF (1999). **Programación para la Salud y el Desarrollo de los adolescentes**. Saillon, Suiza: OMS.
- OPS (1992). **Manual de Medicina de la Adolescencia**. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. EUA.
- OPS-OMS (1998). **Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998-2001**. Washington. D.C: OPS.
- OPS-Fund.W.K.Kellogg (1999) **Familia y Adolescencia: Indicadores de Salud**. Washington. D.C. : OMS,2da Edición.
- OPS-Fund.W.K.Kellogg (1998) **La Juventud y el Liderazgo Transformador. Conceptos y Estrategias en mundos inciertos y turbulentos**. Buenos Aires, Argentina.: OPS.
- OMS/FNUAP/UNICEF (1999) **Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes**. Ginebra, Suiza
- OPS-OMS.(2000). **Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y reproductiva**. Washington. D.C: OPS.
- OPS-Fundación W.K. Kellogg. (2001) **Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes**. Washington, D.C. EUA.
- OPS/OMS (2003) **Integrated Management of Adolescent Needs: a comprehensive initiative to address the health and development needs of the adolescent population of the Americas** (draft)
- Organismo de Investigación Judicial (1999). **Anuario de estadísticas del organismo de investigación judicial**. San José, Costa Rica: Poder Judicial.
- Patronato Nacional de la Infancia (1999). **Legislación sobre la niñez y la adolescencia**. San José, Costa Rica: Patronato Nacional de la Infancia.
- Pinsoni, R. (1999). **Informe sobre el trabajo infantil y adolescente en Costa Rica**. San José, Costa Rica: Ministerio de Trabajo.
- Rodríguez, J; Díaz, M; Garita, C; Sequeira, M. (1999). **Sexualidad adolescente. Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas**. San José, Costa Rica: Programa

- Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Rodríguez, J. (2001) **La Reforma del Sector Salud en Costa Rica y sus estrategias para garantizar la atención integral en salud a la población adolescente.** Conferencia presentada en Panamá. (documento de circulación interna)
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003) **Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy implications.** OPS. Washington D.C. EUA.
- UNICEF-Ministerio de Salud. (1997). **Las políticas de salud en el umbral de la reforma.** San José. Costa Rica UNICEF.
- UNICEF-Universidad de Costa Rica. (2000). **Reforma en Salud y Derechos de la Niñez.** San José. Costa Rica: UNICEF.
- UNICEF (2001) **Estado de los derechos de Niñez y Adolescencia.** San José, Costa Rica.
- UNICEF (2002) **Estado de los derechos de Niñez y Adolescencia.** San José, Costa Rica.
- Valverde, O. (2000). **Módulo didáctico: Desarrollo bio-psico-social en la adolescencia.** San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia. (Manuscrito presentado para publicación).
- Valverde, O; Solano, A; Alfaro, J; Rigioni, M; Vega, M. (2001). **Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica. Múltiples aristas, una tarea de todos y todas.** San José, Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Valverde, O. Vega, M. (2002). **Toques para estar en todas. Módulo Socioeducativo para el Fortalecimiento de Conductas Protectoras y la Prevención de Conducta de riesgo en las y los adolescentes.** Programa de Atención Integral al adolescente. C.C.S.S. San José. Costa Rica: C.C.S.S.
- World Health Organization (WHO, 2002) **Growing in confidence: Programming for adolescent health and development.** Geneva, Switzerland.

[www.inec.go.cr](http://www.inec.go.cr) o <http://ccp.ucr.ac.cr/encuestas>.

[www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm](http://www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/descam.htm)





## Anexos



Indices temáticos de los módulos, guías metodológicas y manuales producidos por el Programa de Atención Integral a La Adolescencia de la C.C.S.S.

## Anexo 1

### Manual de atención integral a la depresión y el suicidio

#### Programa de Atención Integral a la Adolescencia Manual de atención integral a la depresión y el suicidio. PAIA, 2005

Unidad temática	Objetivos metodológicos
Depresión  Criterios diagnósticos de la depresión  Anamnesis y entrevista	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brindar los elementos teóricos fundamentales sobre la depresión y el suicidio en adolescentes</li><li>• Brindar los criterios para un adecuado diagnóstico de la depresión e ideación suicida en adolescentes</li><li>• Brindar los aspectos básicos a tener en cuenta en una anamnesis y entrevista con adolescentes</li></ul>
Escalas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brindar los instrumentos que permiten realizar un adecuado diagnóstico en cuanto a depresión y suicidio: Lista Pediátrica de Síntomas, escala de Zung e inventario de depresión para adolescentes</li></ul>
Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrecer los lineamientos fundamentales para adecuado tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en la depresión y el suicidio</li></ul>
Guías de atención	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer las tareas, actividades y responsabilidades por nivel de atención en cuanto al manejo institucional de la depresión y el suicidio en adolescentes</li></ul>

## Anexo 2

### Módulo Género y Salud

Vega Marianella. Género y Salud

*Hacia una atención integral de las y los adolescentes*  
Módulo de Capacitación para personal de salud. PAIA, 2004

Unidad temática	Objetivos metodológicos
Primera Unidad Temática  La cultura patriarcal	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisen críticamente diferentes acontecimientos históricos que conllevan al surgimiento y mantenimiento de la sociedad patriarcal</li><li>• Que reconozcan los principales elementos que caracterizan la cultura patriarcal, así como su proyección en la actualidad</li><li>• Que analicen el impacto de la cultura patriarcal en la feminidad y masculinidad como construcciones sociales</li></ul>
Segunda Unidad Temática  El género como producto sociocultural	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisen los mitos, creencias y discursos sociales perpetuadores de relaciones de inequidad entre los géneros</li><li>• Identifiquen la condición de género como un fenómeno cambiante que responde a momentos socio históricos y culturales</li><li>• Reconozcan la existencia de distintas masculinidades y feminidades</li></ul>
Tercera Unidad Temática  La construcción de las identidades femeninas y masculinas	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexionen sobre el papel de las instancias sociales (familia, escuela religión, servicios de salud, medios de comunicación social) en la construcción social de la masculinidad y la feminidad</li><li>• Revisen su proceso personal de construcción de la identidad de género en la infancia y la adolescencia</li><li>• Analicen las características asignadas socialmente a los hombres y las mujeres y su influencia en el desarrollo humano, enfatizando en la adolescencia</li></ul>
Cuarta Unidad Temática  La condición de género en la vida cotidiana	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"><li>• Analicen las relaciones entre los géneros en la vida cotidiana: la pareja, la familia, el centro educativo, el trabajo, las amistades</li><li>• Reflexionen sobre la división sexual del trabajo, así como el acceso y control de los recursos según condición de género</li><li>• Identifiquen opciones y estrategias para la búsqueda de la igualdad y equidad de género</li></ul>

Unidad temática	Objetivos metodológicos
<p>Quinta Unida Temática</p> <p>Poder, género y salud en la adolescencia</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analicen las relaciones de poder al interior de los equipos de salud, así como entre el personal de salud y las personas adolescentes</li> <li>• Reflexionen sobre las inequidades en el proceso de construcción social de la salud-enfermedad. Identifiquen los derechos en la atención de la salud de las y los adolescentes, y la respuesta institucional en el cumplimiento de estos</li> <li>• Reconozcan a los y las adolescentes como usuarios (as) activos (as) de los servicios de salud</li> </ul>
<p>Sexta Unidad Temática</p> <p>La condición de género y sus implicaciones en la salud integral de los y las adolescentes</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describan las implicaciones del significado social de la masculinidad y la feminidad en la salud integral de las y los adolescentes</li> <li>• Comprendan los distintos elementos que intervienen en la salud de los y las adolescentes</li> <li>• Analicen el perfil de vulnerabilidad, protección y riesgo en la salud integral de los y las adolescentes asociado al género</li> </ul>
<p>Sétima Unidad Temática</p> <p>La atención integral en salud de las y los adolescentes desde un enfoque género-sensitivo</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconozcan la importancia de abordar las necesidades y problemáticas de salud de las y los adolescentes, desde un enfoque género-sensitivo</li> <li>• Identifiquen los elementos centrales de la prestación de servicios de salud con un enfoque de género</li> <li>• Analicen la importancia de ofrecer una atención integral a las y los adolescentes desde un enfoque género-sensitivo, con énfasis en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral</li> </ul>
<p>Octava Unidad Temática</p> <p>La metodología participativa como una herramienta para la atención integral de las y los adolescentes</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiquen los elementos teórico-conceptuales básicos de la metodología participativa</li> <li>• Reflexionen sobre la metodología participativa como una estrategia en educación de la salud integral de las y los adolescentes</li> <li>• Analicen el proceso socioeducativo vivido en la capacitación, a la luz de los principios fundamentales de la metodología participativa</li> </ul>

## Anexo 3

### Módulo Sembrando Esperanzas

Garita Carlos y Alvarado Carlos  
*Sembrando Esperanzas*

**Estrategia de Trabajo en Salud con Adolescentes  
de Comunidades Pobres. PAIA, 2004**

Unidad temática	Objetivos metodológicos
PRIMERA PARTE  Aspectos teórico metodológicos para aproximarnos al adolescente pobre	<ul style="list-style-type: none"><li>Facilitar los elementos teóricos y metodológicos para aproximarnos al adolescente pobre desde una visión que contemple las particularidades de su vivencia como adolescente, sexualidad integral, género y de la comunidad desde una perspectiva de la inclusión social y la tolerancia</li></ul>
Primera Unidad Temática  El o la adolescente de comunidades pobres y su mundo de vida	<ul style="list-style-type: none"><li>Que el lector o lectora pueda tener un acercamiento comprensivo a la vivencia de los y las adolescentes que supere los mitos, prejuicios y estereotipos; y permita construir una imagen más cercana a su realidad</li></ul>
Segunda Unidad Temática  Algunas premisas metodológicas: La construcción colectiva de la tolerancia y la inclusión	<ul style="list-style-type: none"><li>Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reconocer los elementos teóricos fundamentales para realizar actividades con los y las adolescentes de comunidades pobres con una perspectiva participativa e integradora</li></ul>
SEGUNDA PARTE  Protagonismo adolescente	<ul style="list-style-type: none"><li>Brindar algunos lineamientos estratégicos que faciliten que el adolescente de comunidades pobres se incorpore a las acciones que realiza el Sector Salud, con una perspectiva de protagonismo juvenil</li></ul>
Primera Unidad Temática  Visibilizar y atraer al o la adolescente como primer paso	<ul style="list-style-type: none"><li>Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reconocer y aplicar estrategias de detección y convocatoria de adolescentes de comunidades pobres, desde un enfoque integral de intervención</li></ul>

Unidad temática	Objetivos metodológicos
<p>Segunda Unidad Temática</p> <p>Inscribir al servicio de salud en el ámbito de la salud del o la adolescente pobre: Retos y dimensiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reflexionar los elementos principales relacionados con una atención integral del adolescente pobre, así como las características básicas necesarias para brindarle a esta población un espacio adecuado a sus necesidades</li> </ul>
<p>TERCERA PARTE</p> <p>Adolescente en el sistema de salud, estrategias de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar las estrategias desde los Servicios de Salud y el trabajo intersectorial para el abordaje y atención integral del adolescente, sus padres y madres de comunidades pobres</li> </ul>
<p>Primera Unidad Temática</p> <p>La atención integral dentro del sistema de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reconocer y aplicar elementos relacionados con el manejo, la atención y la intervención con el adolescente de comunidades pobres dentro del Sistema de Salud, a partir de un enfoque integral de género, Salud Sexual y Reproductiva y de promoción de estilos de vida saludables; tanto a nivel individual como grupal</li> </ul>
<p>Segunda Unidad Temática</p> <p>La atención integral dentro del sistema de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reconocer y aplicar elementos relacionados con el manejo, la atención y la intervención con el adolescente de comunidades pobres dentro del Sistema de Salud, a partir de un enfoque integral de género, Salud Sexual y Reproductiva y de promoción de estilos de vida saludables; tanto a nivel individual como grupal</li> </ul>
<p>Tercera Unidad Temática</p> <p>Atención integral fuera del sistema de salud: La importancia del trabajo interinstitucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el o la lectora al final de esta unidad pueda reconocer y aplicar elementos relacionados con el manejo, la atención y la intervención con el adolescente de comunidades pobres a nivel interinstitucional, que contemple los ámbitos familiar, laboral y comunitario, a partir de un enfoque integral de género, Salud Sexual y Reproductiva y de promoción de estilos de vida saludables; tanto a nivel individual como grupal.</li> </ul>

## Anexo 4

### **Módulo Toques para estar en todas**

**Valverde Oscar, Vega Marianella,  
Rigioni María, Solano Ana y Solano Eduardo.**

#### ***Toques para estar en todas***

**Módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes. PAIA, 2002**

<b>Unidad temática</b>	<b>Objetivos metodológicos</b>
Capítulos I-VI	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brindar los procesos de construcción del módulo como una forma de comprender la construcción de módulos socioeducativos</li><li>• Facilitar los elementos teóricos fundamentales sobre la adolescencia</li></ul>
Capítulo VII	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrecer las precisiones metodológicas y técnicas para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia</li></ul>
Unidad Temática Educación y trabajo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas sobre los aspectos que pueden tornarse relevantes al promover la permanencia de los y las adolescentes dentro del sistema educativo</li></ul>
Unidad Temática Utilización del tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas sobre la recreación y el deporte, ya que se considera que el tiempo libre brinda un espacio al adolescente donde existe, siente, vive, se forma y se realiza</li></ul>
Unidad Temática Imagen personal y sentimientos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas que le permita promover una adecuada autoimagen en las y los adolescentes y así fortalecer su autoestima</li></ul>

Unidad temática	Objetivos metodológicos
<p>Unidad Temática</p> <p>Sexualidad y salud sexual y reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas que le permita promover una sexualidad integral en las y los adolescentes y así fortalecer su desarrollo integral libre y responsable</li> </ul>
<p>Unidad Temática</p> <p>Consumo de drogas legales e ilegales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas que le permita promover los factores protectores contra el uso, abuso y adicción a drogas</li> </ul>
<p>Unidad Temática</p> <p>Violencia y problemas con la ley</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas que le permita promover los factores protectores que permitan desarrollar unas conductas no violentas</li> </ul>
<p>Unidad Temática</p> <p>Seguridad vial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el lector/a tenga herramientas teórico-metodológicas que le permita difundir entre las y los adolescentes las leyes sobre la seguridad vial</li> </ul>
<p>Materiales y videos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el lector/a tenga herramientas metodológicas que acompañan a las unidades temáticas expuestas anteriormente</li> </ul>

## Anexo 5

### Módulo Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia

**Fallas Hannia y Valverde Oscar**  
***Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia***  
**Módulo de Capacitación para personal de salud. PAIA, 2000**

Unidad temática	Objetivos metodológicos
Primera Unidad Temática Historia de la sexualidad y sexualidad en el desarrollo humano	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozcan los determinantes históricos y culturales que han incidido en las vivencias y manifestaciones de la sexualidad de hombres y mujeres</li> </ul> Conozcan y discriminen los diferentes conceptos referidos a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva
Segunda Unidad Temática Desarrollo integral y desarrollo psicosexual en el ser humano	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enmarquen el desarrollo psicosexual del individuo en su desarrollo integral</li> </ul>
Tercera Unidad Temática Desarrollo psicosexual en la adolescencia	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendan el proceso de desarrollo psicosexual en la fase adolescente</li> </ul>
Cuarta Unidad Temática El cuerpo humano y la sexualidad	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analicen críticamente los diferentes discursos sociales existentes respecto del cuerpo humano y el impacto que estos tienen en las vivencias y manifestaciones de la sexualidad y en los hábitos y prácticas en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y personas en general</li> </ul>
Quinta Unidad Temática Mitos, prejuicios y realidades de la sexualidad	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiquen los distintos mitos y prejuicios existentes en nuestra cultura respecto a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva</li> </ul>
Sexta Unidad Temática Temores adultos de la sexualidad de las y los adolescentes	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconozcan y analicen sus propios temores, respecto a la sexualidad de los y las adolescentes, que obstaculizan su trabajo preventivo y atencional en esta área, con esta población</li> </ul>
Séptima Unidad Temática Temores e inquietudes adolescentes respecto de su sexualidad	Que las y los participantes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozcan los principales temores, inquietudes y necesidades de las y los adolescentes respecto de su sexualidad y salud sexual y reproductiva</li> </ul>

Unidad temática	Objetivos metodológicos
<p>Octava Unidad Temática</p> <p>El deseo sexual en la sexualidad de las y los adolescentes</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendan las necesidades sexuales que experimentan las y los adolescentes</li> <li>• Comprendan el lugar del deseo y del erotismo en la vivencia de la sexualidad de las y los adolescentes</li> </ul>
<p>Novena Unidad Temática</p> <p>El otro en la sexualidad de las y los adolescentes: La exploración del cuerpo del otro y el encuentro consigo mismo</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendan el proceso de exploración sexual que viven las y los adolescentes y las distintas variables que intervienen en la forma de enfrentar ese proceso</li> </ul>
<p>Décima Unidad Temática</p> <p>La respuesta sexual humana</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozcan la respuesta sexual femenina y masculina</li> </ul>
<p>Décimo Primera Unidad Temática</p> <p>Sexualidad e identidad</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendan la forma en que se construye la identidad de género y la identidad sexual como parte de la identidad total</li> <li>• Discriminen los conceptos de identidad sexual, identidad de género y orientación sexual</li> </ul>
<p>Décimo Segunda Unidad Temática</p> <p>Adolescencia sexualidad y familia</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendan el papel de la familia (específicamente los padres y madres de familia) en la sexualidad de las y los adolescentes</li> </ul>
<p>Décimo Tercera Unidad Temática</p> <p>Enfoques de educación de la sexualidad</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiquen los distintos enfoques de educación de la sexualidad y comprendan cuál es el más adecuado</li> </ul>
<p>Décimo Cuarta Unidad Temática</p> <p>Abordajes individual, de pareja y grupal sobre: Toma de decisiones y relaciones coitales en la adolescencia, anticoncepción y protección. En la sexualidad, embarazo, paternidad y maternidad en la adolescencia, VIH/SIDA y otras ITS</p>	<p>Que las y los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apropien de diversas formas de abordaje de los procesos de toma de decisiones en la adolescencias respecto a las relaciones coitales</li> <li>• Se apropien de diversas formas de abordaje del tema de anticoncepción y protección en la sexualidad genital</li> <li>• Se apropien de diversas formas de abordaje del embarazo, la paternidad y la maternidad en la adolescencia</li> <li>• Se apropien de diversas formas de abordaje del tema de anticoncepción y protección en la sexualidad genital</li> </ul>

## Anexo 6

### Guía Metodológica para video sobre suicidio

Fallas Grace, Morera Georgina, Esquivel Freddy,  
Garita Carlos y Sequeira Mynor

*Guía Metodológica para el video sobre suicidio:  
"Comunicación y otros volados para  
una adolescencia plena", PAIA, 2002*

Unidad temática	Contenidos
PARTE I. Consideraciones preliminares	
Primero Consideraciones teórico-conceptuales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Datos referenciales sobre suicidio</li><li>• Suicidio y adolescencia</li><li>• Mitos y realidades alrededor del suicidio</li><li>• Indicadores de suicidio</li><li>• Guía básica para el abordaje de una persona adolescente con ideación suicida</li><li>• Prevención y acción</li></ul>
Segundo Consideraciones metodológicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• La metodología participativa</li><li>• El papel del facilitador y facilitadora de los procesos</li><li>• Algunas sugerencias previas a la utilización del video</li></ul>
PARTE II: El video	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proceso de construcción del video.</li><li>• Objetivos y población meta</li><li>• Video sobre suicidio "comunicación y otros volados para una adolescencia plena"</li><li>• Objetivo específico, descripción general y actividades sugeridas para la utilización del video</li></ul>

## Anexo 7

### Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes

**Díaz Marco, Sequeira Minor y Garita Carlos.**  
**Manual de Consejería en Salud Sexual para  
los y las adolescentes. PAIA, 2000**

Unidad temática	Contenidos
Primera Presentación	
Segunda La adolescencia como recurso y no como problema	Muestra la necesidad de dimensionar la adolescencia a partir de nuevos paradigmas como el de su participación en el desarrollo de su propia salud y la de sus comunidades
Tercera El trabajo intersectorial	Llama la atención sobre la necesidad de que el sector salud juegue un papel de liderazgo y articulación de iniciativas en el ámbito local
Cuarta Marco legal sobre la atención de la salud sexual	Abordaje de la importancia de la confidencialidad de la atención a las y los adolescentes, basado en su interés superior, así como de los factores que respaldan a las y los profesionales de salud
Quinta Adolescencia: Marco conceptual	La dimensión biológica del desarrollo adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pubescencia y pubertad</li> <li>• Crecimiento y desarrollo puberal normal de la mujer</li> <li>• Crecimiento y desarrollo puberal normal del hombre</li> </ul> La dimensión psicosocial del desarrollo adolescente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nuevo cuerpo: la integración del nuevo esquema corporal</li> </ul>
Sexta Consejería en salud sexual para adolescentes: Guía de abordaje individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de salud ante el adolescente</li> <li>• Contexto de la consulta</li> <li>• La entrevista con el adolescente</li> <li>• Encuadre de la entrevista</li> <li>• Recomendaciones para la entrevista clínica del adolescente</li> <li>• Abordaje de la sexualidad en la consulta del adolescente</li> </ul>
Sétima Abordaje grupal de la salud sexual en la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso de abordaje comunitario</li> <li>• Proceso grupal con adolescentes</li> <li>• Técnicas de trabajo con adolescentes</li> <li>• Teoría de grupos para trabajo en equipo</li> </ul>
Octava Anexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No.1 Recomendaciones para el examen físico de adolescentes</li> <li>• No.2 Consejería anticonceptiva</li> <li>• No.3 Anticoncepción en la adolescencia: normas</li> <li>• No.4 Educación de la sexualidad: objetivos</li> <li>• No. 5 Algunas consideraciones sobre el VIH-SIDA</li> <li>• No.6 Enfermedades de Transmisión Sexual</li> </ul>

## Anexo 8

### Videos y Guía Metodológica sobre sexualidad

**Valverde Oscar, Rodríguez Julieta y Garita Carlos**  
**Guía Metodológica para los videos “Nosotras y nosotros, ¿Dónde está la diferencia?”, “Hablemos entre nosotros y nosotras sobre sexualidad”. PAIA, 2000.**

Unidad temática	Contenidos
Nosotras y nosotros, ¿Dónde está la diferencia?	Video y Guía metodológica, que ofrece una revisión de los distintos estereotipos y discursos sociales que intervienen en la construcción de las identidades masculinas y femeninas
Hablemos entre nosotros y nosotras sobre sexualidad	Video y Guía metodológica, que ofrece una revisión de los distintos elementos que inciden en la vivencia de la sexualidad y las prácticas sexuales de los y las adolescentes

## Anexo 9

**Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia**  
**PAIA, C.C.S.S., 2002**

Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrecer lineamientos e instrumentos básicos relativos a la atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia, que faciliten al personal de salud, en los diferentes servicios, organizar la atención de las adolescentes embarazadas y madres, de su pareja (no importa la edad que ésta tenga), de su familia y de los adolescentes padres</li><li>• Orientar y fortalecer el trabajo en equipos interdisciplinarios de salud para la atención integral de las adolescentes embarazadas y madres, de su pareja (sin distinción de edad) de su familia y de los adolescentes padres</li><li>• Contribuir a que los servicios de salud formen parte de la red social que acompañe y apoye el proceso de desarrollo de las adolescentes embarazadas y madres y de los adolescentes padres</li><li>• Fortalecer el desarrollo del vínculo madre - hijo(a) - padre, a través de acciones de carácter educativo y participativo sobre aspectos de maternidad y paternidad, acciones dirigidas a adolescentes embarazadas y madres, a su pareja (indistintamente de su edad) y, en particular, a adolescentes padres</li></ul>
------------	---

