

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE DIVISION MEDICA
DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA



BASES PROGRAMATICAS
PROGRAMA ATENCION INTEGRAL
A LA ADOLESCENCIA

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia de División Médica
Dirección Técnica de Servicios de Salud
Departamento de Medicina Preventiva

**Bases Programáticas
Programa Atención Integral
a la Adolescencia**

Autores

Julieta Rodríguez Rojas
Carlos Garita Arce
Marco Díaz Alvarado
Mynor Sequeira Solano
Oscar Valverde Cerros (Consultor)

Abril 2002

Presentación

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, nacido en 1989, ha sido un programa pionero, en Latinoamérica, al plantear desde sus inicios acciones específicas dirigidas a este grupo de edad tanto de Promoción de la Salud, como de Atención.

Su crecimiento ha sido ininterrumpido desde entonces y en el Marco de la Reforma del Sector Salud, ha tenido una notable consolidación, al haberse definido un paquete de servicios, que se ha hecho explícito en los Compromisos de Gestión, y con el que se espera alcanzar a toda la población adolescente de Costa Rica: 429.019 de 10-14 años y 392.063 de 15-19 años, según el Censo del año 2000.

Pero además el Programa articula de manera novedosa los diversos niveles de atención, al contar con equipos especializados en la Atención Integral a la Adolescencia en los segundos y terceros niveles de atención a lo largo y ancho del país, los cuales brindan apoyo al accionar de los EBAIS, y reciben sus referencias.

Esta compleja organización se ve dinamizada desde el Nivel Central del Programa, ubicado en el Departamento de Medicina Preventiva, de la Dirección Técnica de Servicios de Salud. El equipo interdisciplinario de éste, cumple con su papel normativo y de asesoría técnica, y como parte de estas funciones, nos ha preparado estas nuevas Bases Programáticas, que no habían sido actualizadas desde 1993.

En ellas se pretende sistematizar los avances que ha hecho la Caja Costarricense de Seguro Social, en la atención de la Salud de los y las adolescentes en el último quinquenio, desde lo conceptual a lo programático, desde lo estratégico a lo metodológico, y dar una visión de conjunto, de un Programa muy complejo, que opera a Nivel Nacional, regionalizado y desconcentrado, y donde un ejército de compañeros de diversas disciplinas, une sus esfuerzos a padres de familia, a funcionarios de otras Instituciones públicas y privadas, así como a una Red de Adolescentes Líderes, los cuales han asumido con gran protagonismo la construcción de su propia salud.

En este documento se recoge también los avances que ha hecho Costa Rica, en el campo jurídico, buscando la protección integral de sus menores, marco jurídico que le ha ofrecido al Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, nuevas posibilidades en su accionar.

Es para nosotros un gusto presentar este importante documento que pretende ofrecer a todos los que trabajan para y por la adolescencia costarricense, dentro de nuestra querida Institución y fuera de ella, un amplio margen de referencia que les permita unificar criterios y aunar esfuerzos en la atención de este importante grupo de edad.

Esperamos que con este aporte, la Caja Costarricense de Seguro Social continúe avanzando en su lucha por asegurar a las nuevas generaciones, presente y futuro de la Patria, su Salud Integral, y con ella, las posibilidades de un desarrollo pleno.



Dr. Fernando Ferraro Dobles
Gerente División Médica
Caja Costarricense de Seguro Social

Indice

[Introducción](#)

[Situación de Salud de los y las Adolescentes y los Jóvenes en Costa Rica](#)

[Antecedentes Históricos](#)

[Marco Conceptual y Filosófico de la Atención Integral de los y las Adolescentes](#)

[Marco Legal](#)

[Visión del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Misión del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Objetivos del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Enfoques del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Descripción del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Áreas Prioritarias del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Estrategias Generales del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Referencias Bibliográficas](#)

[Organigrama Estructural del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

[Organigrama Funcional del Programa Atención Integral a la Adolescencia](#)

Introducción

La necesidad de abordar la problemática de salud de los y las adolescentes, como un grupo con características propias, aunque no necesariamente uniforme, es algo bastante reciente en toda Latinoamérica, que no va más allá de las dos últimas décadas. Esto es debido, a que el sector salud en nuestros países se ocupaba fundamentalmente de la más temprana infancia dada la altísima mortalidad infantil existente que llevó al diseño de estrategias y programas para combatir ese problema.

A su vez, la población adolescente por sus bajas tasas de mortalidad, se consideró como una población fundamentalmente sana y la definición tradicional de salud que entendía ésta como la ausencia de enfermedad contribuyó a reforzar esta creencia. Además el hecho de que la adolescencia, así como la juventud, no pertenecen a ninguna especialidad médica tradicional, contribuyeron a que este grupo etéreo y sus necesidades dejaran de recibir la atención que solo el simple hecho de ser la población blanco de una especialidad les hubiese dado.

En Costa Rica esto no fue distinto. Tradicionalmente este grupo de edad no fue considerado en forma específica ni por el Ministerio de Salud, ni por la Caja Costarricense de Seguro Social en la elaboración de programas que debían ejecutarse en los diversos niveles de atención. Estas dos instituciones dirigieron sus esfuerzos prioritariamente a la atención de las necesidades de los niños como una forma de buscar disminuir la mortalidad infantil; erradicar la desnutrición, la diarrea y las enfermedades infectocontagiosas y, por otro lado, para lograr la extensión de la cobertura de los servicios asistenciales de la Seguridad Social a la totalidad de la población costarricense.

Los logros alcanzados en estos campos, como son la disminución de la mortalidad general, materna e infantil, la elevación de la esperanza de vida y la extensión de los beneficios de la seguridad social, a toda la población permitieron que se redefinieran las prioridades del sector salud y que este comenzara a preocuparse de las necesidades específicas de los y las adolescentes.

Pero más allá de los fenómenos demográficos y del mejoramiento de los indicadores de salud del país, la importancia que se empieza a conceder a los y las adolescentes como grupo en los planes de desarrollo y de salud de Costa Rica, obedece a causas más profundas. La sociedad costarricense es una sociedad en cambio, que adquiere rápidamente características propias de los países desarrollados, si bien su ingreso "per-capita" la mantiene entre los países subdesarrollados. Es en este contexto donde se da la creciente importancia de la adolescencia como grupo, pues su problemática está estrechamente ligada a los cambios que se están produciendo cada vez más rápidamente en el campo social, cultural y económico y esto es particularmente cierto en el caso de la adolescente femenina.

Es así como la sociedad costarricense actual que se proyecta al nuevo milenio, cada vez más ha reconocido la importancia de sus adolescentes, hombres y mujeres, verdadero capital humano de la Patria, y ha hecho múltiples esfuerzos por subsanar la deuda histórica que se tenía con este grupo de edad. Entre estos esfuerzos cabe destacar la aprobación por unanimidad de un moderno marco jurídico que incluye "El Código de la Infancia y la Adolescencia" y "La ley de Protección Integral a la Madre Adolescente" y más recientemente aún "La Ley de Paternidad Responsable", así como el fortalecimiento de una serie de Programas Sectoriales, entre los que se destaca el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, de la Caja Costarricense de Seguro Social, que después de doce años de labor ininterrumpida, ha alcanzado un importante grado de madurez, pero también novedosos Programas Intersectoriales como Amor Joven y Construyendo Oportunidades, impulsados desde la oficina de la Primera Dama de la República, en los cuales la Caja Costarricense de Seguro Social también ha estado involucrada, aunando sus esfuerzos a los de otras múltiples organizaciones públicas y privadas.

Creemos que del trabajo hecho por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, creado en 1989, es posible destacar una serie de logros, entre los que debemos señalar, la definición de un paquete básico de servicios a ofrecer a todos los y las adolescentes habitantes de Costa Rica, en el primer nivel de atención, dentro del marco de la Reforma Sectorial, el contar con un modelo para realizar Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, específica para Adolescentes, a nivel individual, grupal y comunitario, el desarrollo y consolidación de las Clínicas de Atención Integral a la Adolescencia, en los segundos y terceros niveles de todo el país, la institucionalización y fortalecimiento de la Línea Telefónica Cuenta Conmigo, como un servicio gratuito, confidencial, de fácil accesibilidad para los y las adolescentes, y la realización de múltiples investigaciones, que nos han llevado a comprender cada vez más, como la socialización de género está involucrada estrechamente con los procesos de salud enfermedad, de nuestros y nuestras adolescentes.

En cuanto a los resultados de impacto, hay datos que nos llenan de esperanza, como el descenso en la tasa de fecundidad adolescente, que parece ser una tendencia sostenida al menos en los últimos seis años, la ausencia de mortalidad en el caso de las madres adolescentes, con tasas de cesáreas más bajas, incluso que en las de otras poblaciones de mujeres adultas. Sin embargo otros hechos, como el aumento del suicidio en los adolescentes varones, las muertes de adolescentes de ambos sexos víctimas de accidentes de tránsito, vinculados a la alta velocidad y el alcohol, junto con el aumento de muertes de menores por otros tipos de violencia, nos plantean que existen aún muchos retos y mucho trabajo por hacer.

Es en este contexto, que con toda la experiencia acumulada, con logros que mostrar pero con nuevos desafíos, hemos considerado fundamental el actualizar las Bases Programáticas de nuestro querido Programa de Atención Integral a la Adolescencia conocido abreviadamente como PAIA, lo cual no se hacía desde 1993, haciendo que este documento fuese ya obsoleto, aunque muy importante en nuestra historia, sobre todo como testimonio de lo vivido y aprendido, antes de que se iniciase la Reforma del Sector Salud.

Las Bases Programáticas pretenden ser un documento orientador, algo así como el hilo que una el quehacer de todo este equipo interdisciplinario gigantesco, que trabaja por y con los y las adolescentes, en la Caja Costarricense de Seguro Social, de frontera a frontera y de océano a océano, y que permita que a pesar de las diferencias propias de las distintas regiones, compartamos un marco conceptual, sobre todo basado en el reconocimiento de la adolescencia como una etapa crucial de la vida, en el respeto de los derechos de los y las jóvenes, para hacer así realidad el cumplimiento de nuestro nuevo y rico marco jurídico, y poder seguir avanzando en mejorar nuestras coberturas, en el contexto de la oportunidad que nos ofrecen los compromisos de gestión, así como el progreso en la implementación de estrategias de promoción de la salud, que desde el enfoque de género, promuevan una relación entre los hombres y las mujeres, más solidaria y simétrica y la construcción plena de la salud física, psíquica, social y espiritual de la Patria Joven y de sus futuros hijos e hijas.

En estas Bases Programáticas se hace particular énfasis en la necesidad de incorporar activamente al Programa, a los adolescentes varones, más reticentes tradicionalmente a acercarse a los servicios de salud, a consultar, aunque en el año 2001, se incremento notablemente, por ejemplo el número de llamada a la Línea Telefónica Cuenta Conmigo, por parte de este género, hasta llegar a representar por primera vez el 53% de las llamadas recibidas, superando así a las consultas hechas por las adolescentes femeninas, cuando la tendencia que se venía dando desde su inauguración, era que de cada cuatro llamadas tres eran de mujeres.

A su vez si bien el Programa de Atención Integral a la Adolescencia por haber adoptado la definición de adolescencia de la OMS, ha trabajado con el grupo poblacional comprendido entre los 10-19 años 11 meses, en estas Bases Programáticas nos planteamos el reto de ver como incorporarnos, sobre todo en las actividades de Promoción de la Salud, a el grupo juvenil (20-24 años), ya que este grupo, por las características de nuestra sociedad, parece en su gran mayoría, no haber podido finiquitar con las tareas propias de la adolescencia, que se supone marcan el término de esta etapa del ciclo de la vida, y comparte muchas de las necesidades de los menores de 19 años, no encontrando respuestas a éstas, en los Programas de Salud del Adulto.

Además Costa Rica está avanzando hacia la construcción de Políticas Intersectoriales de Adolescencia y Juventud, con el apoyo de la Organización Iberoamericana de Juventud y la Organización Ford, siendo nuestro programa el que con el aval de las autoridades superiores de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha venido a formar parte del Grupo Técnico Intersectorial, encargado del proceso de Diseño de Implementación de estas políticas.

Esperamos finalmente que este documento, se convierta en documento base, de consulta obligatoria, para todos aquellos profesionales, sobre todo dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, pero también fuera de ella, que desean trabajar con los y las adolescentes y jóvenes. Si logramos en parte, llenar algunas de las múltiples preguntas, que emergen cuando emprendemos este hermoso pero retador trabajo, nos daremos por satisfechos (as).

Situaciones de salud de los y las adolescentes y los jóvenes en Costa Rica balance de situación

Población en general:

La población adolescente y juvenil de Costa Rica constituye un grupo demográficamente importante, que según el censo realizado en el año 2000 está constituido por 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 cual 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. Por lo tanto un treinta coma seis por ciento (30,6%) del total de la población es adolescente y juvenil¹, lo cual nos plantea que casi una tercera parte de la población de Costa Rica pertenece a estos grupos etáreos. De allí la importancia que el sector salud y en específico la Caja Costarricense de Seguro Social, lleven a cabo acciones específicas de atención integral en salud dirigidas a este grupo de población, con énfasis en promoción de la salud.

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. Por lo tanto la necesidad de que se implementen estrategias que incorporen en la atención tanto a los hombres como a las mujeres, se convierte en un imperativo programático, que desde el Programa Atención Integral a la Adolescencia, se ha empezado a trabajar, no solo en la atención de su morbilidad, sino en las estrategias de prevención y promoción de la salud. Además en Costa Rica el enfoque materno infantil tradicional que prevaleció en los servicios de salud, hizo más difícil el acceso a estos servicios, por parte de los varones, los que solían llegar, y aún suelen hacerlo, fundamentalmente a los servicios de urgencias víctimas de accidentes y otras violencias.

¹ [IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000](#): Resultados Generales. Instituto Nacional de Estadística. San José, Costa Rica. 2001. p. 7.

A continuación se presenta la 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, ya que los datos del censo del 2000 no están a disposición en este momento aún, en cuanto a este rubro se refiere.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION JOVEN, AÑO 1998

RANGO	AREA METRO-POLITANA.	RESTO CENTRAL	CHORO-TEGA	PACIFICO CENTRAL	BRUNCA	HUETAR NORTE	ATLANTICA	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
TOTAL	179.748	214.184	45.724	30.575	59.433	60.145	60.145	620.029

FUENTE: ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES DE 1998

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.² 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 biopsicosocial.

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.³

² Instituto Nacional de Estadística y Censos. Op. Cit. p: 15.

³ Pinsoni, R. (1999) Informe sobre el trabajo infantil y adolescente en Costa Rica. Patronato Nacional de la Infancia.

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.

		P.E.A	TASA DE PARTICIPACION
TOTAL NACIONAL	3.340.909	1.426.690	42.7%
15-11 AÑOS	522.058	30.384	5.8%
12 - 14 AÑOS	222.491	35.378	15.44%
15 - 17 AÑOS	207.846	80.325	38.6%
18 Y MÁS	2.052.805	1.275.526	62.1%

El cuadro nos muestra que la población trabajadora de adolescentes costarricenses es bastante importante, lo que viene a romper con el estereotipo de que los y las adolescentes no trabajan, o que se dedican exclusivamente a estudiar, y que por ende el escenario natural para su abordaje en salud está constituido únicamente por los establecimientos educativos. De allí la necesidad de programar actividades en horarios no tradicionales, valga decir, que no interrumpen los procesos laborales y de realizar coordinaciones con otros sectores de tipo empresarial, como el agropecuario, el sector de la construcción y de los servicios, donde parece concentrarse el mayor número de los y las adolescentes trabajadores como se muestra a continuación. Esto impone un gran reto al sector salud, porque implica el considerar la necesidad de que los y las funcionarias que trabajen con adolescentes, cuenten con horarios flexibles y con otro tipo de incentivos, para poder incidir en pro de la salud integral de esta población.

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:

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%
TOTAL	100%(2360)

Se puede notar el porcentaje tan importante de adolescentes que desempeñan labores de peón agrícola, lo que nos presenta a un adolescente varón, que podría ver afectado su proceso de crecimiento y desarrollo, y que estaría en alto riesgo de sufrir problemas biopsicosociales, no solo en esta etapa de la vida, sino en edades posteriores. Si a lo anterior le sumamos los adolescentes varones que realizan labores similares como operario, acarreador y obrero de construcción, la problemática nos crece todavía más.

Por otro lado, en referencia a la adolescente femenina, el caso más evidente es el de las servidoras domésticas, lo que nos habla de un grupo de adolescentes, que podrían estar sometidas a una serie de riesgos como el del abuso sexual y la violación, al estar desarrollando su trabajo en espacios privados y de difícil acceso para el sector público. Además el que la adolescente femenina encuentre trabajo en tareas muy tradicionales de la mujer, que perpetúan los roles de dominación y sumisión, es algo preocupante. Además su desempeño en sectores vinculados con la esfera de lo privado y lo doméstico, nos plantea el que serían los "Asistentes Técnicos de Atención Primaria" (ATAP), los funcionarios(as) de salud que podrían detectar más fácilmente su problemática.

Los resultados de la investigación elaborada por Valverde y otros (2001) sobre conductas de riesgo⁴, 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 nos confirma que los y las adolescentes se encuentran no solo explotados, sino en grandes riesgos de ver comprometida su salud, debido a la esfera laboral en la cual están inmersos e inmersas, y con problemas para ejercer su derecho a tener un acceso real a los servicios de la seguridad social, como lo plantea el código de la infancia y la adolescencia.

Salud Sexual y Reproductiva:

De acuerdo a resultados de la Encuesta Social de Salud Reproductiva (2001), que fue realizada con una muestra nacional de mujeres en edad reproductiva, se observa que las costarricenses están recibiendo información anticonceptivo 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 fuente 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 tuvieran 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.

⁴ 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: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social. pp: 42-53.

Según una investigación llevada a cabo 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 muestra además que de 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.

Creemos que los patrones de socialización de género están jugando un papel importante en explicar la discrepancia existente entre el tener información sobre métodos anticonceptivos y su uso.

Ese mismo estudio menciona, que a pesar de la importancia del uso del condón para la prevención del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual, la principal razón por las cuales los y las adolescentes utilizan el preservativo, es el temor al embarazo (23,41%).

Estos resultados que resultan alarmantes en la población adolescente que es sexualmente activa, nos debe llamar la atención acerca del tipo de las acciones de prevención y educación para la salud, que se deben realizar, en donde se deben utilizar estrategias que no apunten solo a la esfera cognoscitiva, sino más bien donde se utilicen metodologías más comprehensivas, que faciliten el cambio actitudinal, a través del abrir espacios para reflexionar sobre la forma en que se ha dado la socialización de género, tanto en relación a cómo se construye la masculinidad como la feminidad. Lo expresando en el estudio anterior, parece tener coincidencia con lo planteado por Encuesta Social de Salud Reproductiva (2001) donde el porcentaje de mujeres en unión 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 en las edades entre 15 a 24 años, baja de un 70% (1992), a un 64% (1999). Esta información es muy relevante porque nos comunica 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, y el que a pesar de que la información sobre sexualidad ha aumentado el uso de algún método anticonceptivo disminuye. El comentario ineludible en este punto, se dirige, a qué podría deberse dicha tendencia. La respuesta podría ser la no existencia de acciones preventivas y educativas sistemáticas y permanentes dirigidas a este grupo etáreo, lo cuál plantea un reto para el sector educación y para el sector salud fundamentalmente en el caso de aquellas adolescentes que ya han abandonado los estudios formales.

El número deseado de hijos ha mostrado en nuestro país una tendencia a disminuir pasando de 4.6 hijos(as) por mujer 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, cuando hayan alcanzado ya su madurez biopsicosocial y no en la 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 llevan a introducirnos en un asunto muy complejo: el deseo y la normativa cultural y social. Se muestra en primer lugar que no todos los embarazos que se dan en la adolescencia sean no deseados, sino que existe un alto porcentaje de adolescentes y sus parejas que desean tener hijos e hijas en este período. Creemos que esto pueda estar vinculado al que aún en esta sociedad se da una alta idealización de la maternidad y la construcción de la identidad femenina incorpora aún como una parte importante de ser mujer, el ser madre, por lo cuál en la adolescencia, donde la cristalización de la identidad de género es un fenómeno transcendental, las adolescentes actuarían de acuerdo al mandato cultural recibido desde su más temprana infancia. Este fenómeno puede verse reforzado en adolescentes donde las posibilidades reales de construir proyectos de vida más alternativos, sea algo prácticamente inexistente, porque sus condiciones de vida, propias de un sector muy deprimido o marginal, se los impide.

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% estaba en unión, lo cuál nos confirma el hecho de que lograr la disminución del embarazo en la adolescencia, es algo muy complejo, por la multiplicidad de factores involucrados en el fenómeno, como por ejemplo la necesidad de la adolescente femenina de tener algo propio, cuando el hijo o la hija es lo único posible, porque como ya señalamos, otros proyectos son percibidos realísticamente como inalcanzables. En este caso la tenencia o no de pareja pasa a ser algo secundario.

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 abortos⁵ en hospitales y porcentaje

EDAD	1998	1999	2000
TOTAL	83.248	85.645	85.017
PORCENTAJE	100.0	100.0	100.0
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	-	-

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 ocurren en adolescentes y jóvenes. Esto nos plantea como una necesidad permanente el 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, con énfasis en su captación temprana, para asegurarles el control prenatal, desde el primer trimestre de su embarazo.

⁵ Embarazadas atendidas. Fuente: Departamento de Estadísticas de los Servicios de Salud, C. C. S. S

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.

**Nacimientos Totales, de Madres Adolescentes,
No Casadas y de Padre Desconocido**

Costa Rica 1990-2000

AÑO	TOTAL N°	<20 AÑOS		MADRE NO CASADA	PADRE DESCONOCIDO
		N°	%	%	%
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

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.

En el cuadro 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, con una madre enfrentando más grado de desprotección y rechazo social. 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", lo que nos viene a confirmar la hipótesis anterior.

Tasas de Fecundidad por grupos de edad Costa Rica 1990-2000

AÑO	GRUPOS DE EDAD MATERNOS							
	TASA GLOBAL	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
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

Al analizar la fecundidad por grupos de edad, 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%.

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 sobrerrepresentación, 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).

Conforta sin embargo el hecho de que este exceso parece haber descendido en los últimos tres años. De ahí que estrategias como cursos de preparación psicofísica para el parto especiales para adolescentes que se han impulsado en los últimos años pareciera ser una estrategia adecuada. Además el nuevo "Manual de atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia" vendrá a reforzar el trabajo en ese sentido.

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.⁶ 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 femineidad 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

⁶ Rodríguez, J; Garita, C; Sequeira, M; Díaz, M. (1999) "Sexualidad Adolescente: Un Estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas". CCSS-PAIA-UNFPA. San José, Costa Rica.. pp: 1-270.

"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, pero aún 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 anticonceptivos.
- 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, realizó una investigación sobre masculinidad en adolescencia y la salud sexual y reproductiva del adolescente varón, la cuál nos arrojó resultados complementarios a los citados 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)⁷.

Al respecto, esta investigación plantea las siguientes conclusiones:

- El ser hombre es ser no mujer, es decir, éste 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.

⁷ Garita, C. (2001) "La Construcción de las Masculinidades: Un reto para la salud de los adolescentes". CCSS- PAIA-OPS-OMS-UNFPA-ASDI. San José, Costa Rica.

- 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, mostrar su esfera afectiva y crear 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 ello 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 de un 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 solo 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 no hayan tenido relaciones sexuales pueden recurrir a la mentira, aunque para ello tengan entonces que denigra 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, realizada por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia y conducida por Valverde y otros (2001)⁸, donde se realiza una encuesta a adolescentes de ambos sexos de todos 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.

⁸ Valverde, O. y otros (2001). Op. cit.

Las 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 de manera ocasional o temporal, lo que conduciría a que esto signifique que están teniendo relaciones sexuales con diferentes personas, y sin la protección adecuada, con todos los riesgos inherentes a esta conducta.

Este fenómeno plantea una tarea aún pendiente para el sector salud y el sector educación, que deben brindar consejería en salud sexual y reproductiva y educación sexual en general, a todos los y las adolescentes, en todos los ámbitos en donde ellos y ellas se encuentran, ya sea en las comunidades, los hogares, las escuelas y colegios y los entornos laborales. Si esta tarea no se asume de manera sistemática y permanente, será muy difícil el mejorar una serie de indicadores de salud en el país.

Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida

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

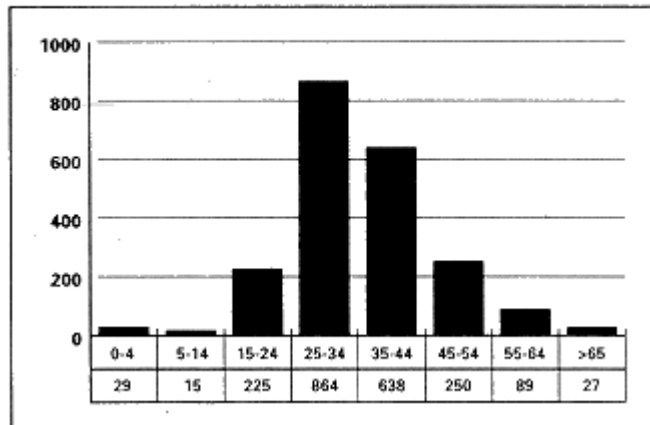
Un 95,5% de la población de 13 a 17 años y 11 meses refiere haber oído hablar sobre el SIDA. No obstante, al preguntar por las enfermedades de transmisión sexual conocidas, sólo un 80% reconoce al SIDA entre ellas.

Unicamente 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 el conocer a la persona con quien se tiene relaciones sexuales (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 y el VIH/SIDA.

En el siguiente gráfico⁹, se pueden observar los casos de SIDA, según el grupo etáreo, para el caso de Costa Rica y acumulados desde el año 1983 al 2001. Al respecto podemos notar que la cúspide del gráfico se sitúa en el grupo de edad de 25 a 34 años (864 casos, o sea, un 40,43% del total). Este dato apunta a que la población que se muestra con SIDA en ese grupo de edad, tendría que haberse infectado precisamente en la adolescencia, lo que nos conduce de nuevo a la enorme preocupación que generan las conductas de riesgo que los y las adolescentes siguen manteniendo aún, y las consecuencias mortales que éstas están produciendo. Urge de esta forma, diseñar estrategias más agresivas que promuevan cambios actitudinales y de conducta en los y las adolescentes.

**CASOS DE SIDA SEGUN GRUPO ETAREO
COSTA RICA 1983 - 2001**



Nutrición

La dieta de los y las adolescentes costarricenses, según un estudio realizado por Monge (2001a) 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% (Monge y Nuñez, 2001a). Esto puede estar asociado al bajo consumo de frutas y vegetales de los y las adolescentes.

⁹ Fuente: Dirección General de Salud. Ministerio de Salud Pública de Costa Rica. San José, Costa Rica. 2001.

Además Monge (2001b) 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, E 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. (Monge, 2001c).

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, y que en un futuro los problemas asociados a la osteoporosis (Monge y Nuñez, 2001b).

Morbilidad

Los datos que a continuación ofrecemos son resultados de encuestas que se llevan a cabo cada cinco años en la Caja Costarricense de Seguro Social, por tanto, los más recientes se remontan a 1997, ya que la nueva encuesta se va a realizar este año (2002).

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 motivadas por 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 originadas por enfermedades del sistema digestivo (15.20%), causas externas (11.28%), enfermedades del sistema respiratorio (10.85%)

En cuanto a la consulta médica de mujeres de 15 a 19 años para 1997, tenemos que alcanzaron un total de 366.023 consultas, siendo las causas principales en orden de frecuencia las siguientes: 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 el embarazo, parto y puerperio representaron el 80.73% de las causas de egreso, en tanto que las enfermedades del sistema digestivo constituyeron la segunda causa, con solo un 3.23%.

En cuanto al embarazo, parto y puerperio, queremos resaltar la distribución que se da por regiones, según la cual tenemos los porcentajes en que cada una de las unidades contribuyeron a la atención del número total de los mismos y que es como sigue: Hospitales nacionales 5.06%, Clínicas metropolitanas 2.10%, Central norte 3.63%, Central sur 3.62%, Huetar norte 3.80%, Chorotega 2.74%, Pacífico Central 4.75%, Huetar Atlántica 2.23%, Brunca 2.55%.

En referencia a las atenciones en urgencias para mujeres de 15 a 19 años durante el año 1996, se nos presenta que el embarazo, parto y puerperio constituyeron un 25.70% de estas atenciones, en tanto que las enfermedades del sistema respiratorio representaron el 22.03%. Para 1998, tenemos que de un total 16.063 consultas sobre aspectos relacionados con el parto y abortos, el 8.78% corresponden al aborto. En ese sentido del total de egresos hospitalarios que fueron 24.696 egresos, el embarazo, parto y puerperio representaron el 79.91%, donde el parto normal representó el 29.30%, la amenaza de parto prematuro el 8.35% y aborto el 5.81%.

Como aspecto importante en relación al aborto, tenemos que en 1997, en el grupo de 10 a 14 años, éste representaba el 0.79% de las causas de egreso hospitalario, igualmente ocurrió en el año 1998. Por el contrario el aborto tiene un peso mucho mayor como causa de egreso hospitalario en el grupo de 15 a 19 años, donde pasó de ser el 18.81% en 1997 a ser el 19.30% en 1998. El aborto también fue una causa muy importante de egreso hospitalario en el caso de las adultas jóvenes de 20 a 24 años, donde representó en 1997 el 27.39% de los egresos y en 1998 el 27.31% de los mismos.

En los hombres de 15 a 19 años como causas de egresos hospitalarios durante el año 1997, encontramos las siguientes causas en orden de importancia: causas externas (27.89%), enfermedades del sistema digestivo (18.37%), enfermedades del sistema genitourinario (9.52%). Aunque estadísticamente no es significativo, queremos resaltar la aparición de los trastornos mentales como causa de egreso hospitalario en los varones de estas edades, pues ellos representaron el 4.74% de todos los egresos, en tanto que en las mujeres este porcentaje bajó a un 1.26%.

Las urgencias en hombres de 15 a 19 años para 1996 se distribuyeron de la siguiente forma: causas externas (34.51%), enfermedades del sistema respiratorio (26.21%), signos y síntomas generales (10.89%). Queremos resaltar la sobrerrepresentación de las causas externas, las cuales incluyen heridas, traumas, fracturas, quemaduras, envenenamientos.

Conductas de riesgo

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 parte del proceso de vivir su cotidianidad, ya sea, porque sienten que tienen que defenderse o porque consideran 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 conductas autodestructivas, está apareciendo con mayor frecuencia en los y las adolescentes, lo que consideramos es el resultado de una sociedad que muestra la violencia como parte de lo cotidiano y lo normal en la vivencia de todos y todas. Surge entonces como algo fundamental el que el Sector Educativo y el Sector Salud entre otros sectores promuevan de una manera abierta y directa una cultura de paz entre nuestra sociedad en general, y entre los y las adolescentes en particular, como la única forma de promover el que ellos y ellas se alejen de la violencia o de cualquier otra conducta de riesgo, por sentirlos como sinónimo de vivir su 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 vídeo juegos de 1 a 2 horas diarias. Un 85% de la población manifiesta no utilizar Internet. Así la televisión, sigue siendo el medio de comunicación colectiva más importante en esta población, cobrando entonces enorme importancia los contenidos que en ella se transmitan. De allí la necesidad de que se produzcan contenidos donde se promuevan valores, que apunten a la solidaridad, equidad y amor, y que no estén dirigidos a promover las conductas de riesgo, como pareciera 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 entonces como vital. Siendo así que se deben 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 fomentar en los y las adolescentes el interés por el autocuidado, lo que conllevaría a que reduzcan los estilos de vida riesgosos; pero, dada la promoción de una estética del cuerpo estereotipado y sumamente orientada a la delgadez, podría más bien esto incidir en el aumento de patologías como la anorexia y la bulimia, pero también de una baja autoestima, de un pobre autoconcepto, factores que a su vez son favorecedores de otras conductas de riesgo. De allí, que es necesario la búsqueda de estrategias que orienten este interés en el cuerpo, de por sí natural en la adolescencia, para pasar a construir un verdadero autocuidado del cuerpo y la construcción activa de la salud en general.

Consumo de alcohol y drogas

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 benzodiacepínicos, 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 preocupa. 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 análisis especial en términos de los factores favorecedores de la 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. Se requiere entonces hacer estudios más de tipo cualitativo para comprender mejor este fenómeno y diseñar las estrategias de prevención adecuadas para la población universitaria, las cuales deberían ser asumidas por los y las profesionales de estos centros de educación superior.

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)¹⁰, 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, la edad con mayor concentración de datos es la de 10 años" 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 habiéndole hecho no se pase a la 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 del impacto negativo del cigarrillo en los procesos de crecimiento y desarrollo, así como enfatizar en campañas donde adolescentes o jóvenes líderes que resulten figuras positivas de identificación, expresen porqué ellos y ellas no fuman.

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. En ese sentido pareciera ser que el mantenerse en el sistema educativo durante la adolescencia, es un factor protector que reduce el riesgo de fumar. Este hecho nos obliga a reforzar el trabajo preventivo con el importante número de adolescentes de ambos sexos, que están ya fuera de la secundaria.

¹⁰ Valverde, O. y otros (2001). Op. Cit. pp: 93-109.

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). Aparece entonces como muy importante el poder desvincular la diversión del consumo del alcohol, e insistir con los y las adolescentes que es posible divertirse sin consumir alcohol o cualquier otra droga.

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 la comunidad es el foco principal donde se obtiene y promueve su uso. Estas medidas deberían orientarse a la vigilancia de los centros educativos y de todos los espacios públicos, y el promover campañas comunitarias donde se hable de la responsabilidad de denunciar a cualquier distribuidor o distribuidora. En cuanto a las familias se torna importante el brindar educación a los padres y madres de familia o encargados(as) así como a los y las educadoras.

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, según grupo de edad.

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

Resulta preocupante el aumento en el número de menores que fueron imputados de un año a otro, aunque por otro lado es claro que los menores de edad que resultaron imputados son una proporción mucho menor que la de los adultos jóvenes. Aparece así la adolescencia como una etapa del ciclo de vida donde es muy importante el trabajo de prevención del delito.

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

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

GRUPO 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

El cuadro anterior nos muestra como los adolescentes y jóvenes han sido víctimas de la escalada de violencia en nuestra sociedad, y de hecho en 1999, ciento cuarenta y tres vidas adolescentes y jóvenes fueron cegadas como consecuencia de ella, en cinco más que en 1998. Cabe destacar este hecho pues más frecuentemente se piensa en los y las adolescentes como siendo ellos los violentos, y no como las víctimas de una sociedad adulta violenta.

Mortalidad

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 las muertes como resultado de accidentes, han tenido una tendencia a incrementarse notablemente en el grupo de 15 a 19 años, contrario a lo que ha ocurrido en los otros dos grupos de edad. Sin embargo, es importante señalar que en todos los grupos el número de muertes por accidentes es 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 BASICA DE MUERTE	1992			1997		
	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.
TASA	61.31	84.20	37.44	68.75	95.18	41.26
POBLACION	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	-

Si bien es importante destacar que la tasa de mortalidad, en los y las adolescentes de 15 a 19 años ha descendido 20 puntos en un período de cinco años, el cuadro anterior aún nos muestra un aspecto muy importante y es que las causas externas representan el 36.40% de la mortalidad, lo que nos estaría hablando de muertes que pueden ser prevenibles, si se trabaja en la prevención de las conductas de riesgo con un enfoque socio-educativo. Además vemos que en términos de género es el hombre donde más aparece esta mortalidad por causas externas, orientándonos a que tenemos que trabajar fuertemente con la población masculina adolescente en el desarrollo del autocuidado, promoviendo la creación de espacios donde los y las adolescentes puedan reflexionar acerca de sus patrones de socialización que están condicionando la forma en que están condicionando la forma en que están construyendo su masculinidad.

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.

Por otro lado, 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. Esto nos plantea un cambio en el patrón, pues tradicionalmente se señalaba en el perfil del suicida exitoso el que éste era varón, por lo cual con mucha frecuencia no se le presta suficiente atención ni se le ofrece una buena atención psiquiátrica y psicoterapéutica a las adolescentes femeninas que hacen gestos suicidas.

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

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 un imperativo que el Sector Salud, lleve a cabo acciones inmediatas para la prevención y atención, con acciones concretas y decididas en cuanto al combate de la depresión en la adolescencia y sus consecuencias.

Volviendo al análisis del cuadro de las tasas de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años, si es muy importante destacar el gran logro del sistema de salud costarricense que al garantizar a todas las adolescentes embarazadas y madres, la atención y la atención del parto intrahospitalariamente, la tasa de muerte por embarazo, parto y puerperio en este grupo de edad es sumamente baja, siendo en 1997 tan solo de 1.18.

Antecedentes Históricos

Los comienzos

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 CCSS, 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 CCSS, 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 continua 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 CCSS, 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 CCSS, 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: CCSS, Ministerio de Salud y Universidad de Costa Rica.

Las funciones de dicha comisión fueron múltiples y variadas. Fungió como asesora, ejecutara, docente y brindó apoyo en investigación y asistencia técnica. Impulsó la actualización del diagnóstico de morbilidad 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 constituye en la primera ocasión en que se hizo una consulta a la población adolescente de ambos sexos, dándoselas 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 farmacodependencia.

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 CCSS 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 CCSS, 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 CCSS 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 Pacífico Central.

Es también en el año de 1987, cuando se inició el proceso de normalización 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 Farmacodependencia (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 CCSS, 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 Guapiles, 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 CCSS, 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 CCSS, 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 CCSS quien asume los costos. Desde entonces se ha dado un incremento anual en el número de llamadas, habiéndose recibido durante el año 2001 la cifra de 12.907 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 CCSS, adscritos al nivel Central del PAIA.

Es también en el año de 1996 cuando se busca incrementar los horarios de atención y pasar a atender de 7:00am a 10:00pm, incluyendo sábados y feriados. Sin embargo las políticas que buscaban reducir el tamaño del estado dificultaba el obtener nuevas plazas. Además la Reforma del Sector Salud impulsaba la externalización de ciertos servicios. Esto hizo que en la obtención de un nuevo equipo de profesionales para la línea telefónica se utilizase una estrategia novedosa, la realización de una licitación pública para la compra de servicios para contestar la línea telefónica en los nuevos horarios.

Esto permitió desde 1996 la adquisición de tres nuevos profesionales de psicología, y el empezar a atender con el horario actual de la, línea, operándose de 7:00am a 10:00pm de lunes a viernes y de 7:00am a 7:00pm sábados y feriados, hasta el momento presente.

Si bien los nuevos profesionales no son funcionarios de la CCSS, sino de la Asociación de Salud de Coronado, la CCSS financia el contrato. Además las relaciones con dicha Asociación han sido excelentes, al tenerse objetivos comunes. Esto ha permitido que todos los seis funcionarios que atienden la línea, sean coordinados y supervisados institucionalmente independientemente de su vía de contratación, por un psiquiatra especialista en psiquiatría infantojuvenil, que es miembro del equipo interdisciplinario del 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 Subprograma 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 CCSS, 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 CCSS, 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 No.7739, publicado en la Gaceta del 6 de febrero de 1998 y la Ley General de Protección Integral a la Madre Adolescente, ley No 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 CCSS, 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 (CCSS), 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 CCSS 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 EBAIS se han abierto en manos de empresa privada. El acceso de los usuarios sigue siendo universal y la CCSS 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 CCSS. Es responsabilidad de la CCSS 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 autocuidado 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 Areas de Salud.

Estos contenidos de la Reforma del Sector le han planteado al Programa Atención Integral a la Adolescencia nuevos 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 almacenado, con el No. 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 CCSS 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 biológicos 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, ha puesto en crisis a los funcionarios del primer nivel de atención, cuya formación fundamentalmente biológica, hace que se sientan sin la 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 pesa 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 los y las 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 CCSS, 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 sonoro-viso, 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 CCSS, 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 cuanti 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 los y las 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 el presente quinquenio (2000-2005).

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 CCSS, 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 CCSS 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, como el Sr. Presidente Ejecutivo Dr. Rodolfo Piza, el Sr. Gerente Médico Dr. Fernando Ferraro y sus Sub-gerentes, así como varios Directores Regionales y de Hospitales. También se contó con la visita de la Primera Dama de la República Sra. Lorena Clare de Rodríguez, la Viceministra de Salud Sra. Xinia Carvajal 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 CCSS, 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 CCSS, 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 bi-anual, por lo cual se ha celebrado, con igual éxito su segunda edición, en Noviembre del año 2001.

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



Se espera que continúe su fortalecimiento y desarrollo, con el aporte de la Seguridad Social, y de múltiples agentes sociales como entes internacionales, incluyendo también el Sector empresarial, pues los y las adolescentes son una responsabilidad de todos.



Marco conceptual y filosófico de la Atención integral de los y las Adolescentes

1. Concepción de la Adolescencia

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 este 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.

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.

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, 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 los y las adolescentes deben concebirse integralmente.

Por otra parte, la contextualización de los y las 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 los y las adolescentes, el Programa 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, 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 sunarcisismo con un énfasis en la autocontemplación que lo lleva a vivir enfrentado a una audiencia imaginaria, autoestima vulnerable, etc." (Programa Atención Integral de la Adolescencia, 1993, p. 28)

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 los y las 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 se desenvuelven: la familia, el grupo de pares, el entorno comunitario, el entorno político y cultural del 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 los y las 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 los y las 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 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 los y las 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 los y las 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 los y las 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 los y las 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" (Programa Atención Integral de la Adolescencia, 1993; p. 29).

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". (Ibid)

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 total¹¹ 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 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);

¹¹ 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.

d. desarrollo psicosexual (dificultades 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" (Programa Atención Integral de la Adolescencia, 1993; p. 30).

3. La Atención Integral de los y las Adolescentes: la Promoción de la Salud y la Promoción del Desarrollo Humano

A la luz de todo lo que ha sido mencionado con anterioridad, la Atención de la Salud de los y las 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 los y las adolescentes y los factores y conductas protectoras y de riesgo asociados, que se presentan en la vida cotidiana de ellos y ellas.

En esta línea y con el objetivo de fortalecer la Atención Integral de los Y LAS 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 la 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 de este grupo poblacional como las depresiones, el suicidio, la violencia, los accidentes, el consumo de sustancias y otros desajustes.



4. Protagonismo Adolescente: El papel de los y las adolescentes en el Programa Atención Integral en la Adolescencia

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 los y las 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 los y las 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 ellos y ellas, su familia y su comunidad; se promueva el desarrollo de conductas de autocuidado, cuidado mutuo y socio-cuidado¹² 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 los y las adolescentes para responder siempre a su realidad, así como apoyar las acciones desarrolladas por los y las 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.

¹² 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).

5. La Participación Social en la Atención Integral de los y las Adolescentes: el papel de la Familia y de la Comunidad

Al pensar en la necesaria participación de diversos sectores en la Atención Integral de los y las 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 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 los y las 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 los y las 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 la 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 los y las 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 los y las adolescentes, contar con ambientes comunitarios saludables, que respondan a las necesidades de desarrollo de los y las 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 los y las 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 su 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 capacitado en la temática adolescente, con la disposición para apoyar, desde su área de experiencia y posibilidades, distintos procesos relacionado 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 esto sean espacios propicios para el adecuado desarrollo de los y la adolescentes.

8. Características de los servicios de salud en la Atención Integral de los y las Adolescentes

La consolidación de Servicios Amigables para la Atención Integral de los y las 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)¹³.

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.11), 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 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 los y las 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 prevención primordial que busque, además de fortalecer los factores protectores, generar las oportunidades necesarias para el desarrollo de las potencialidades de los y las 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 crece". (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 los y las 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 los y las adolescentes que constituyen su población objetivo. En este sentido un servicio amigable parte de preguntar a los y las adolescentes cómo debe diseñarse y desarrollarse este (condiciones físicas, horarios, perfil de los profesionales que les atienden, decoración, entre otras).

¹³ 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).

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 los y las jóvenes no solo para recibir atención médica sino para encontrarse con sus amigos y amigas (pertenecer a un grupo sano de referencia), conversar, planear y ejecutar distintos proyectos de su interés (respondiendo al concepto de integración transformadora)¹⁴, 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 los y las profesionales que trabajan en estos servicios de adolescentes, deben poseer características especiales, entre las que se pueden citar:

- 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 los y las adolescentes como les gusta vestir o hablar),

¹⁴ 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).

- 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, 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.

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 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 pecuniarios. 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"

Por otra parte, 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" (entendiéndose de todos los menores de 18 años) 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 No 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 62)
- Interés superior (artículo 63)
- 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 (artículo 28 y 29)
- Protección contra la explotación sexual artículo 34
- Administración de justicia (artículo 40)

Luego de 8 años de aprobada la Convención de los Derechos del Niño, la Asamblea Legislativa proclama la ley N° 7739: "Código de la Infancia 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 al a 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 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) que 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.

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 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"

Sí aunamos lo establecido en los artículos 46 y 5º 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 período 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 plantaras 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 censurar 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. Por la importancia que conlleva este

aspecto, se aprobó además la "Ley General de Protección a la Madre Adolescente" (Ley No. 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 Nª 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".

Materia Penal: Costa Rica tienen vigente una nueva legislación de Justicia Penal Juvenil (Ley No. 7576), publicada en la Gaceta No. 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 delincuentes 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 Infancia 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.

Materia 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 No. 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."

"Prohíbese 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 Infancia y la Adolescencia, establece que la cultura, la recreación y el deporte son derechos relevantes en la adolescencia y establece:

CAPITULO VI

DERECHO A CULTURA, RECREACION 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 de deporte o actividad 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, SO, 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".

Es de destacar que desde diciembre de 1996 la Asamblea Legislativa decretó la Ley No. 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 la 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 material 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 No. 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 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 CCSS.

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 alimentarlo, 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.

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 de todo el país. Ello se alcanzará a través del funcionamiento de equipos interdisciplinarios o funcionarios(as) altamente capacitados y especializados en adolescencia, trabajando con este grupo poblacional en los tres niveles de atención y en las instancias técnico administrativas con que cuenta la C.C.S.S., en la Gerencia de División Médica, la Dirección Técnica y fundamentalmente a través del Programa Atención Integral a la Adolescencia, del Departamento de Medicina Preventiva, en los niveles regionales, y de hospitales y clínicas desconsentradas.

La atención integral se brindará tomando en cuenta el enfoque de equidad de género y de derechos, desde una perspectiva que promueva el desarrollo humano.

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 de ambos sexos de 10 a 19 años 11 meses, 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 dentro de un contexto familiar que contribuya de esta forma al bienestar comunal general.

Para lograrlo, se apoya en la consolidación de acciones específicas y en la conformación de grupos de adolescentes líderes, promotores de salud conocidos como adolescentes protagonistas, los cuales trabajan en los distintos sectores de las áreas de salud, en el trabajo realizado por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y en la conformación de equipos interdisciplinarios realizando acciones específicas en el primer nivel, en el área de salud y en las Clínicas del adolescente en el segundo y tercer nivel.

Con funcionarios y funcionarias capacitados y sensibilizados que aseguren una atención integral con confidencialidad, respeto y diferenciada. Estos desarrollaran sus acciones a través de la estructura de la Institución y en coordinación con otros sectores gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios.

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.

Objetivos

- 1 . Brindar asesoría técnica a las autoridades institucionales y a todas las unidades técnicas del nivel gerencial de los seguros de salud y pensiones de la institución en relación a la atención integral de la adolescencia.
2. Diseñar y validar estrategias y metodologías de promoción de la salud para distintos grupos de adolescentes hombres y mujeres, según su edad, condición socio-económica, pertenencia a minorías, etc., y brindar capacitación y asesoría a los tres niveles de atención en la implementación de las mismas.
3. Brindar asesoría, capacitación y supervisión capacitante a los y las funcionarios(as) de los servicios de salud en los tres niveles de atención con el propósito de garantizar la adecuada atención de los y las adolescentes y reducir así la morbimortalidad de estos grupos.
4. Contribuir a desarrollar junto a otros sectores gubernamentales el diseño y desarrollo de una política intersectorial en adolescencia, que facilite la coordinación, eficiencia, el uso racional de los recursos y la efectividad de las acciones desarrolladas con los y las adolescentes.
5. Promover el desarrollo del recurso humano de los servicios de salud, mediante un proceso de educación permanente, para que brinden una atención de calidad en salud, y con enfoque de derechos, a los y las adolescentes y sus familias, en los tres niveles de atención, a través del diseño y ejecución de distintas modalidades y metodologías educativas, presenciales o a distancia.
6. Diseñar metodologías de participación en salud apropiadas para los y las adolescentes, de tal manera que se promueva su participación activa, como líderes multiplicadores de salud para su mismo grupo de edad, y brindar capacitación y asesoría a las áreas de salud, para que éstas implementen dichas metodologías, garantizándose así la consolidación y permanencia de una Red Nacional de Adolescentes Protagonistas.
7. Promover y diseñar actividades de información, educación y comunicación dirigidas a los y las adolescentes, padres y madres de familia, líderes comunales, funcionarios y funcionarias de salud y otros sectores sociales afines, para promover el desarrollo en los y las adolescentes de conocimientos, actitudes, prácticas y estilos de vida saludables.
8. Promover, desarrollar y ejecutar protocolos de investigación que permitan tener un mejor conocimiento de los y las adolescentes y su problemática en salud, con el fin de mejorar las acciones dirigidas por los servicios de salud a este grupo poblacional.
9. Desarrollar un sistema de información nacional que consolide la información sobre los servicios prestados a los y las adolescentes en los diferentes niveles de atención y que mantenga actualizado el diagnóstico de salud de este grupo de edad.
10. Promover, diseñar, publicar y divulgar conocimientos científicos, metodologías, experiencias, modelos de abordaje, conocimientos teóricos, etc., en temas relacionados con la adolescencia, a través de la publicación bianual de la serie monográfica especializada "*Adolescencia y Salud*", en coordinación con el EDNASSS, a fin de favorecer la actualización permanente de los y las funcionarios(as) de la Institución, asegurando que estos y estas brinden una atención de calidad a los y las adolescentes.

11. Ofrecer un servicio permanente de consejería telefónica a los y las adolescentes, padres y madres de familia, docentes y funcionarios(as) de salud, en relación a temáticas tales como crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, etc., que permitan atender sus necesidades y promover su salud integral, de una manera oportuna, rápida, desburocratizada y gratuita.

12. Elaborar normas, protocolos de atención e instrumentos técnicos que favorezcan el brindar una atención de calidad en los servicios de salud de los tres niveles de atención a los y las adolescentes.

13. Definir y mantener actualizado el paquete básico de servicios, a ser incluido en los compromisos de gestión de los tres niveles de atención, y definir indicadores sensibles que permitan que la unidad de compra de servicios de salud, realice una adecuada evaluación del cumplimiento de los compromisos de gestión en relación a la salud de este grupo de edad.

14. Diseñar, mantener actualizado y operar la parte interactiva del sitio de adolescencia y salud a través de la Biblioteca Virtual de Salud y Seguridad Social, garantizando que profesionales de distintas disciplinas de la Institución, de diferentes sectores trabajando con adolescentes, padres y madres de familia y los y las adolescentes mismos, de Costa Rica y de otros países, puedan acceder a información científica y actualizada sobre distintas temáticas relacionadas a la adolescencia como etapa del ciclo de vida y al abordaje integral de su problemática, y puedan realizar sus consultas a través de buzones interactivos específicos para adolescentes hombres y mujeres, padres y madres de familia y profesionales.

Enfoques del Programa de Atención Integral a la Adolescencia

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.

Enfoque de integralidad

Se parte de la premisa: que la persona adolescente constituye un ser integral y que como tal debe ser tratado y atendido en cualquier servicio, independientemente de si se trata de servicios especializados o no. De esta forma, es indispensable que se fortalezca la transdisciplinariedad en la labor cotidiana de aquellos funcionarios (as) que trabajan con la población adolescente. En este sentido, cualquier acción que se realice debe contemplar las diferentes dimensiones (física, psicológicas, sociales y económicas) del ser.

Enfoque de género

Se parte del reconocimiento de que existen diferencias sociohistóricas entre los sexos que responden a valores social y culturalmente atribuidos a lo masculino, a lo femenino, al ser hombre y al ser mujer. Reconoce además que estas diferencias se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes y jóvenes puedan acceder en forma abierta e igualitaria a los servicios de salud, y al ejercicio de otros derechos. Mas allá de ese reconocimiento, 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 autorealización y la superación de aquellas inequidades, cuyo origen se encuentra en los constructos de género.

Enfoque de desarrollo humano

Se busca trascender los enfoques tradicionales de atención de la salud centrados en la atención exclusiva de la morbimortalidad. De esta manera se prioriza la promoción del desarrollo humano (salud integral y calidad de vida) de la población adolescente.

Enfoque de derechos

Se parte del reconocimiento de 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 jurídicas establecidas en las distintas normativas nacionales e internacionales emitidas a este respecto.

Enfoque de adolescencia

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. En este sentido, se abandona la concepción de adolescencia como un período de transición y se le concibe como una etapa con características particulares que posee gran importancia en el desarrollo del individuo. Se parte además de un paradigma positivo de adolescencia que considera a las personas que atraviesan esta fase vital como capital humano y aliados estratégicos para el cambio.

Dentro de este enfoque se reconocen a los y las adolescentes como protagonistas de sus propias vidas y sujetos de liderar los distintos procesos en que se involucren.

Enfoque de protagonismo adolescente

Se concibe a los y las adolescentes como sujetos con capacidad de protagonismo para participar activamente en su desarrollo personal y en el de su comunidad. En este sentido se reconocen el derecho que poseen los y las adolescentes y jóvenes a la participación ciudadana, en donde ellos y ellas toman parte de las decisiones y de las acciones derivadas de éstos.

Enfoque de intersectorialidad

Se parte de la premisa de que la promoción del desarrollo y la salud integral de los y las adolescentes no es una tarea exclusiva de la 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.

Descripción de Programa

Organización

1. Niveles técnicos-administrativos

1.1. Nivel Central

El nivel central del programa lo conforma el Programa de Atención Integral a la Adolescencia del Departamento de Medicina Preventiva, que pertenece a la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Esta constituido por un equipo transdisciplinario y especializado en adolescencia dedicado en forma exclusiva y permanente a la dirección técnica y administrativa del programa. Y sus atribuciones tienen íntima correspondencia con los subprogramas y funciones que se van a presentar a continuación:

1) 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.
- 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 este grupo de edad.
- Coordinar con la Dirección de Compra de Servicios, de la Gerencia Administrativa, para definir el paquete básico de atención a ofrecer a los y las adolescentes en el primer nivel de atención, así como indicadores de calidad en los compromisos de gestión de hospitales nacionales, regionales y periféricos

2) Normas de atención, protocolos e instrumentos:

Se lidera el proceso de elaboración de normas y protocolos en el área de salud de la adolescencia 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 CCSS 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.

3. Material didáctico(módulos) y de Información Educación y Comunicación -IEC- (afiches, folletos, desplegadas, 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 del 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, tales como padres de familia.

4. 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, entre otros.

5. Participación Social Adolescente:

Una área importante del Programa Atención Integral de la Adolescencia es fortalecer la participación social de los y las adolescentes, 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.

6. Investigación:

- Elaboración y asesoramiento de protocolos de investigación.
- Coordinación y ejecución de investigaciones.
- Publicación de investigaciones.
- Presentación de resultados a diferentes instancias.

7. 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".

9. Línea telefónica para consejería

- 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 de país.

10. 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.

11. 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 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.
- 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 de 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 y los otros niveles de atención.
- 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 distintos establecimientos de salud.

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, ginecología y obstetricia 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 y de los y las adolescentes de sus áreas de atracción directa
- 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 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, 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 de su sector de acuerdo a las normas establecidas para este nivel y o lo establecido en los compromisos de gestión.
- 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, 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

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.

Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva:

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 EBASIS, 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 Intersectoriales.

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.

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 efectivas, 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.

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.

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.

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 de 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.

Estrategias Generales del Programa Atención Integral a la Adolescencia

1. Apoyo Político:

La democracia costarricense, necesariamente implica un cambio de autoridades del Sector Salud, tanto a nivel de gobierno central, como de sus entes descentralizados entre los que se incluye la CCSS 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 CCSS.

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 CCSS, 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.

2. 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 CCSS.

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.

3. Coordinación Intersectorialidad / Ministerio de Salud / CCSS.

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 CCSS 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.

3. 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 CCSS 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 CCSS 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 estereotipado 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 CCSS. 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.

4. Desconcentración

La Reforma del Sector Salud ha impulsado en la CCSS 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% de 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 contrareferencias.

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.

5. 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.

6. 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.

7. Tamizaje de los y las adolescentes según riesgo.

El paradigma biólogo 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 CCSS, 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.

8. 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-psicosocial 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 CCSS detecten ellos mismos sus limitaciones y constantemente soliciten capacitación.

Esto impone a la Unidad de Adolescencia y 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 CCSS, 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.

10. 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 CCSS.

Por lo tanto el asegurar estándares mínimos a máximos en la atención por nivel de complejidad, obliga necesariamente a la Unidad de Adolescencia y 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.

11.Participación Protagonista 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 CCSS, y para lograrlo, se hace necesario ofrecerles a ello 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 de ¡ 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.

12. 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, trasmitiendo sus inquietudes, sus múltiples necesidades y sentimientos.

Estos materiales han sido distribuidos a través de toda la estructura de la CCSS, 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.

13. 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), y finalmente "Adolescencia, Protección y Riesgo en Costa Rica, Múltiples Aristas una Tarea de Todos (2000)".

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.

14. Consejería Integral brindada confidencial y gratuita

Como una forma de garantizar un acceso rápido y oportuno de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el cual poder recibir consejo o ayuda sobre distintos tópicos, que usualmente preocupan a las y los adolescentes, 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, desde 1994, el Programa Atención Integral a la Adolescencia abrió con apoyo del UNFPA, un servicio telefónico gratuito especial para adolescentes.

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). Se ampliaron además horarios y desde entonces funciona de Lunes a Viernes de 7:00am a 10:00pm y Sábados y feriados de 7:00am a 7:00pm.

El servicio además de confidencial es atendido por un grupo de tres Trabajadores Sociales y Tres psicólogos de ambos sexos.

La demanda de este servicio ha sido importante, y el número de llamadas se ha venido incrementando año con año, pasándose de atender 4500 llamadas en 1994 a 12907 en el año 2001.

Además se reciben llamadas de adolescentes de todas las edades, incluso de pre-adolescentes menores de 9 años. Igualmente si bien inicialmente tuvo una mejor acogida entre las adolescentes femeninas, en el último año se notó un incremento de llamadas de los varones, hasta el punto de que en el año 2001 el 53.07% de las llamadas fueron de varones, contra un 46.93% de mujeres.

Es también muy importante el que a este servicio accedan no sólo adolescentes estudiantes, sino también adolescentes trabajadores, que ya abandonaron el sistema educativo, además de aquellos que estudian y trabajan.

La amplitud de las causas de consulta como preocupaciones sobre sus relaciones de pareja, solicitud de consejería en anconcepción, temores de embarazo, preguntas sobre las relaciones sexuales, preocupaciones en relación a la homosexualidad, depresión, problema en relación a baja auto-estima, sentimientos de rechazo, consumo de drogas, sentimientos de soledad, violencia, preguntas sobre ETS/SIDA, en ese orden de frecuencia, nos plantean que los y las adolescentes han visto en la línea telefónica, un espacio seguro, para hablar sobre su salud sexual y reproductiva y su salud mental, lo que ha hecho que el nombre que le dio un adolescente, a través de un concurso nacional, "Línea Cuenta Conmigo", se haya convertido en algo real para los y las adolescentes costarricenses.

15. La Biblioteca Virtual de 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.

16. Serie Monográfica 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/adolescencia/adolec.htm

17. 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 ambulatorio 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 CCSS. 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, como la Primera Dama de la República, la Ministra de la Condición de la mujer, la Viceministra de Salud, el Presidente ejecutivo de la CCSS y los Gerentes de la Institución, así como los legisladores de la Asamblea legislativa.

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.

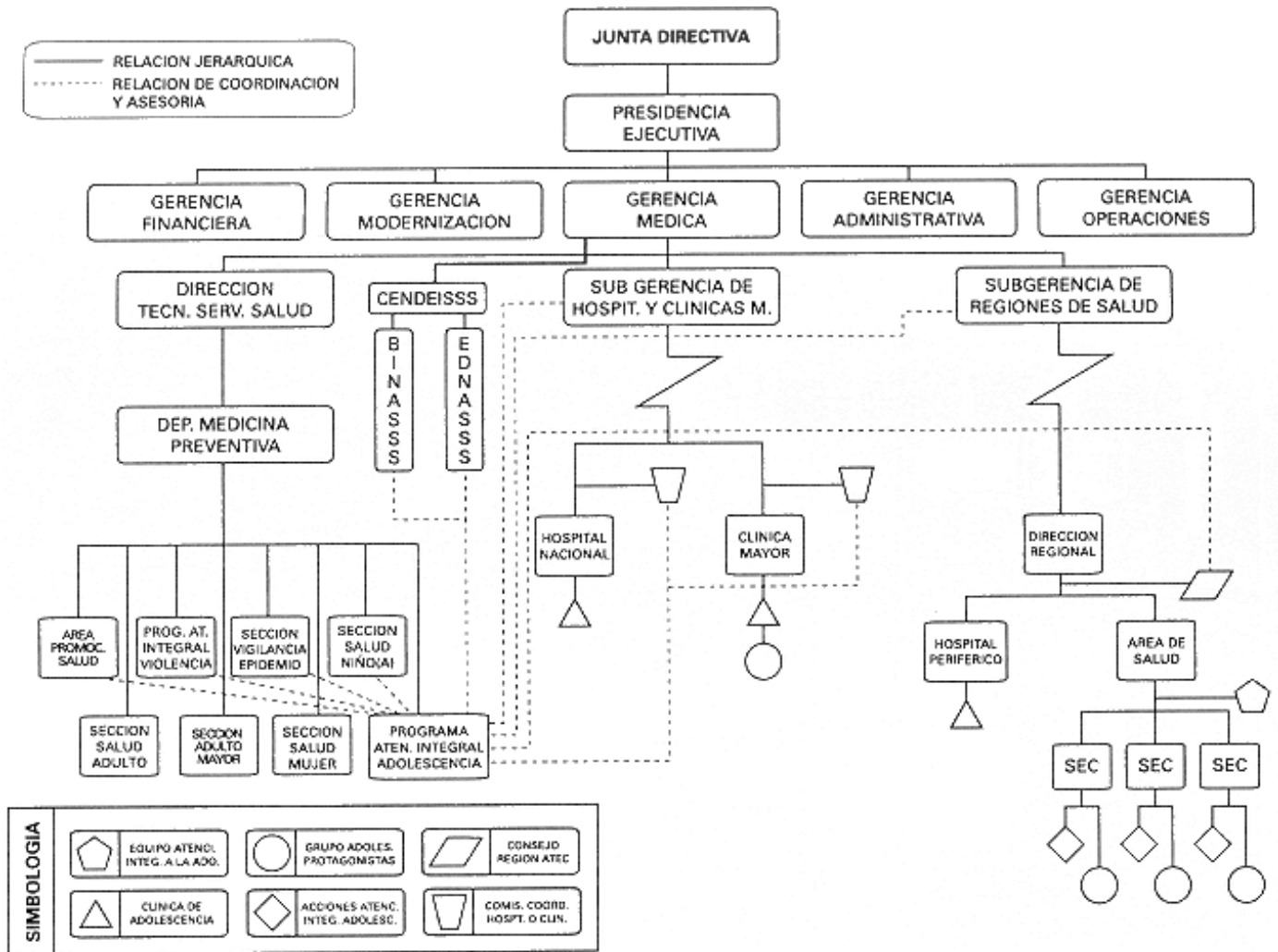
Los y las adolescentes tomaron los micrófonos para defender estos proyectos al momento de estarse premiando a los mejores. Las ferias han permitido además que se continúe con el aprendizaje entre unos y otros, profesionales y adolescentes líderes de un extremo a otro del país. Ha sido también una enorme 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 11 Feria un periódico de circulación nacional titulaba su reportaje: "Adolescentes Costarricenses más sanos de lo que se creía". Esperamos realizar estas ferias cada dos años.

Referencias Bibliográficas

- Bejarano,J;SanLee,L.(1997). *El fenómenosocial de la droga en la juventud costarricense*. En **Revista costarricense de psicología**. San José: N. 28.
- IX Censo Nacional de Población y V de Vivienda del 2000: Resultados Generales. Instituto Nacional de Estadística (2001). San José, Costa Rica.
- Estadísticas vitales (2001). 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.
- Garita, C. (2001). **La construcción de las masculinidades. Un reto para la salud de los adolescentes**. San José: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2001) **Ley de paternidad responsable**. San José: Instituto Nacional de las Mujeres.
- López, M. (2002). *Embarazo en la Adolescencia y la Mortalidad Infantil, Costa Rica, 1998-2000*. En **Adolescencia y Salud**. Vol 2, Número 2. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social (1993). **Programa de Atención Integral en salud de los y las Adolescentes., Bases Programáticas**. San José: PAIA-CCSS / MS.
- Monge, R. (2001a). *Dietary intake as a cardiovascular risk factor in Costa Rican adolescents*. En **Journal of Adolescent Health**; 28:328-37
- Monge, R. (2001b). *Fruits and vegetables consumption among Costa Rican adolescents*. En **ALAN**; 51:81-85
- Monge, R. (2001c). *Marginal vitamin and mineral intake of Costa Rican adolescents*. En **Arch Med Res**; 32: 70-78
- Monge, R; Nuñez, H. (2001a). *Total dietary fiber intake in Costa Rican adolescents diet*. En **ALAN**; 51: In Press.
- Monge, R; Nuñez, H. (2000b). *Dietary calcium intake by a group of 13-18 year old Costa Rican teenagers*. En **ALAN**; 5 1: 1 27-3 1.
- OPS.(1998). **Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organismo de Investigación Judicial (1999). **Anuario de estadísticas del organismo de investigación judicial**. San José: Poder Judicial.
- Patronato Nacional de la Infancia (1999). **Legislación sobre la niñez y la adolescencia**. San José: Patronato Nacional de la Infancia.

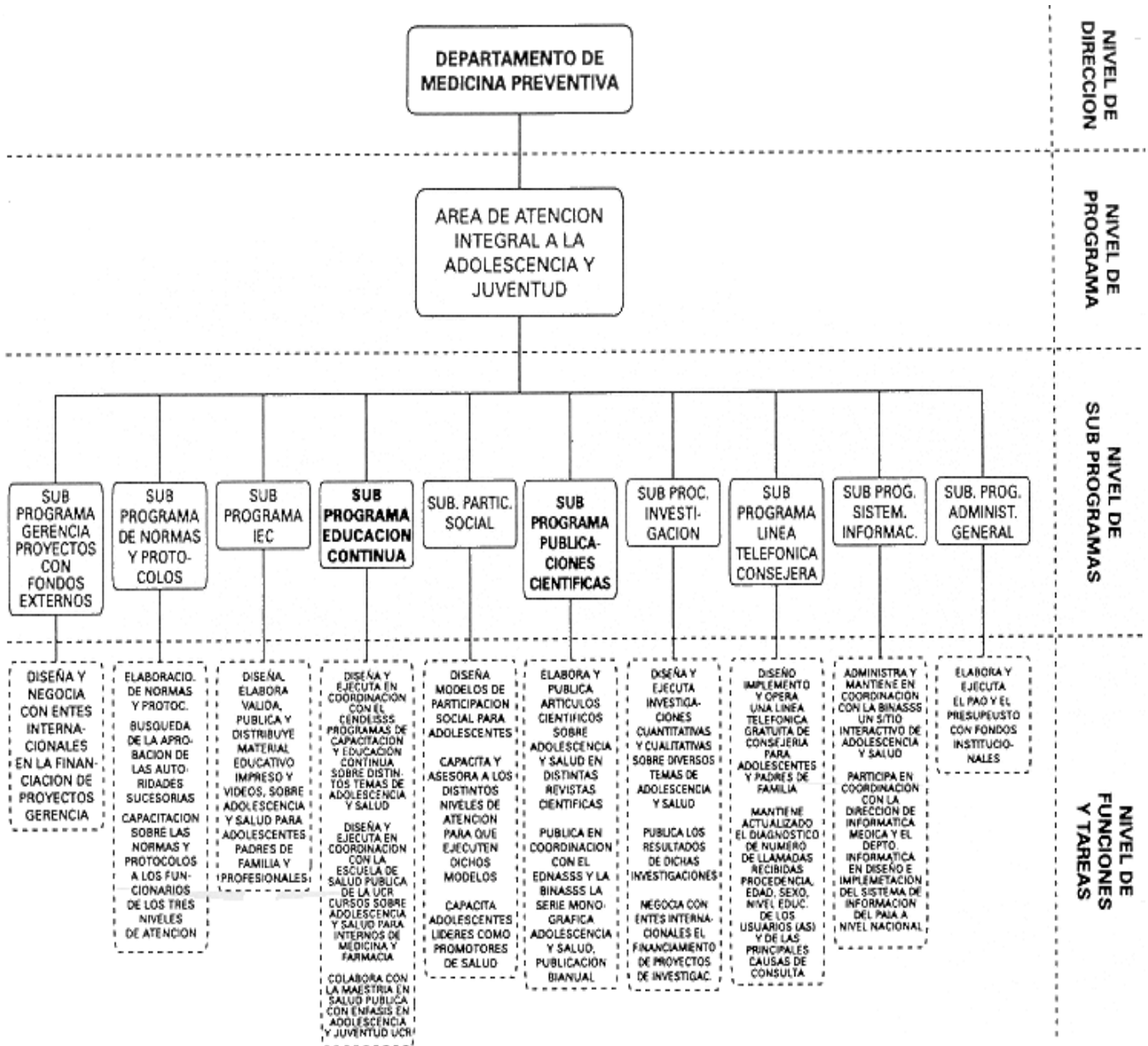
- Pinsoni, R. (1999) **Informe sobre el trabajo infantil y adolescente en Costa Rica**. San José: Patronato Nacional de la Infancia.
- Rodríguez, J. (2000). **Una respuesta desde el Sector Salud a la Adolescencia Costarricense**. Conferencia presentada en Jamaica. (documento de circulación interna)
- 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).
- Rodríguez, J. (s.a.). **Servicios Amigables para Adolescentes: un reto para el Sector Salud**. Conferencia presentada en Jamaica.(documento de circulación interna).
- Rodríguez, J; Díaz, M; Garita, C; Sequeira, M. (1999). **Sexualidad adolescente. Un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas**. San José: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.
- UNICEF-HABITAT. (1997). **Adolescencia, derechos de la niñez y pobreza urbana en Costa Rica**. San José: UNICEF.
- Valverde, O. (2000). **Módulo didáctico: Desarrollo bio-psico-social en la adolescencia**. (Manuscrito presentado para publicación). San José: Universidad Estatal a Distancia.
- 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: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense de Seguro Social.

Organigrama Estructural PAIA



Organigrama Funcional

Area Atención Integral a la Adolescencia





Cuenta conmigo

Linea Telefónica

Teléfono: 800-22-44-911

Lunes a Viernes
7:00 am - 10:00 pm

Sábados
7:00 am - 7:00 pm

Ferriados
9:00 am - 5:00 pm



SEGURO SOCIAL
COSTA RICA



PROGRAMA ATENCION INTEGRAL
A LA ADOLESCENCIA

PAIA
C.C.S.S