

Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia de División Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas



**Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia:
Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los
Adolescentes
en la Caja Costarricense de Seguro Social**

Marco Díaz Alvarado
Carlos Garita Arce
Mynor Sequeira Solano
Nineth Alarcón Alba

Revisión:

Dra. Milagro Muñoz Vivas y
Dra. Xenia Sancho Mora

Diciembre 2006

PRESENTACION

La Caja Costarricense de Seguro Social ha sido una Institución pionera en el país en relación a la promoción de servicios diferenciados hacia la población adolescente, que tomen en cuenta sus necesidades particulares, y así, desde 1989 creó el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), que actualmente está extendido por todo el territorio nacional.

Sin embargo, a pesar de los avances logrados gracias al esfuerzo de muchos funcionarios(as) comprometidos y del apoyo de las autoridades institucionales, aún hay tareas y retos pendientes. La realidad es que en la actual estructura institucional, están claramente establecidos servicios para la población infantil menor de 12 años, con el Hospital Nacional de Niños como eje central y servicios de pediatría en todo el país, y luego los servicios tradicionales diseñados para atención de población adulta. De esta manera, en la C.C.S.S. tenemos un enorme vacío para el abordaje de la población adolescente, especialmente la comprendida entre los 12 y 19 años de edad, con servicios establecidos a partir de sus necesidades y particularidades según su estadio de desarrollo.

Es a partir de esta realidad, aunada a las bajas coberturas de esta población, y en seguimiento a los acuerdos internacionales suscritos por el país, además de las directrices de la legislación y políticas nacionales en materia de adolescentes, que establecen a este grupo poblacional como de alta prioridad, que la CCSS asume con gran responsabilidad lo que atañe a sus derechos de salud y la urgencia de promover un cambio de enfoques y abordaje de la adolescencia nacional, por medio de la presentación de los presentes lineamientos institucionales.

Esta propuesta para la Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes para los tres niveles de la CCSS, recoge la experiencia, conocimientos y opiniones técnicas de funcionarios (as) de todos los niveles de atención, así como de adolescentes líderes de distintos lugares y grupos del país.

Constituye una valiosa herramienta que servirá como guía a los servicios institucionales para cubrir las necesidades de atención de este grupo etéreo. De esta manera, la CCSS da un paso más en su compromiso con el Desarrollo Humano y la Salud de los y las costarricenses, especialmente durante la etapa de la adolescencia.

A nombre de la CCSS, sus funcionarios (as) y de la población adolescente, aprovechamos para agradecer el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ya que gracias a sus aportes técnicos y

financieros a lo largo de muchos años, se ha logrado la consolidación de proyectos y estrategias diferenciadas para el abordaje de la salud de la población adolescente de todo el país.

Dra. Rosa Climent Martín
Gerenta de División Médica
Caja Costarricense de Seguro Social

CONTENIDO

INTRODUCCION	5
PRIMERA PARTE: Los procesos que contribuyen a conformar la(s) adolescencia(s)	11
SEGUNDA PARTE	
I. Enfoques y conceptos para la Atención Integral de la Adolescencia	19
II. Marco conceptual y filosófico que orienta la atención a las y los adolescentes	20
TERCERA PARTE: Componentes del Programa y Estrategias de trabajo con adolescentes	
I. Las funciones articulaciones del Programa Atención Integral a la Adolescencia	28
II Áreas prioritarias de Atención a las Personas Adolescentes	37
III Estrategias de trabajo para la Atención Integral	40
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXO: Personas Consultadas	53

Introducción

Desde hace ya varios años, el grupo técnico de Atención a la Adolescencia en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, ha promovido un trabajo de atención a este grupo de población, a partir de la consideración de varios factores que cobran cada vez más relevancia tanto en el ámbito internacional como nacional. Uno de ellos remite a la necesidad de implementar y desarrollar nuevos paradigmas que superen a aquellos que todavía subyacen al respecto de esta etapa de la vida que es la adolescencia. En este sentido ha sido crucial superar las visiones que conciben a las personas adolescentes como problemáticas y como objetos pasivos, para entender su gran potencial como sujetos activos y propositivos de los procesos de salud que les competen a ellos mismos y a las personas con que se interrelacionan.

Otro factor clave ha sido el de luchar por superar la invisibilidad de que ha sido objeto este grupo poblacional dentro del Sector Salud. Esta invisibilidad, explicable en virtud de los paradigmas existentes, ha comenzado a ser cuestionada, entre otros aspectos, debido al creciente consenso social respecto de la necesidad de reconocer a las personas adolescentes como sujetos de derecho. Es innegable que una expresión de este avance se puede encontrar en la legislación sobre adolescencia, uno de cuyos ejemplos es el Código de la Niñez y la Adolescencia, publicado en la Gaceta No. 26 del 6 de febrero de 1998. De esta suerte, resulta imposible soslayar la importancia que poseen las personas adolescentes, hoy por hoy la quinta parte de la población nacional.

Además de los avances en el ámbito legal, socialmente es cada vez mas claro que se requieren de abordajes especializados y diferenciados a esta población, en virtud de las características propias de esta etapa de vida que no puede verse ajeno a los procesos sociales de los que forma parte y de los cuales es producto. Dentro de esta dinámica, la atención de la salud de este grupo poblacional ha adquirido tanta legitimidad como la atención a las personas adultas mayores o a las niñas y los niños, para mencionar dos casos.

Así pues, hoy es evidente que se debe brindar una atención particularizada a las y los adolescentes, que dé respuesta a las diferentes inquietudes, intereses, necesidades y problemas de este grupo poblacional. En esta dirección el grupo técnico de Atención a la Adolescencia ha venido desarrollando investigaciones, metodologías, pautas de atención y demás herramientas que han contribuido a evidenciar la pertinencia e imperiosidad de una atención diferenciada y especializada que considere a las personas adolescentes en sus múltiples dimensiones, valga decir, de manera integral.

En el actual punto de desarrollo de sus acciones en materia de adolescencia, este grupo técnico ha considerado de gran conveniencia realizar una sistematización de lo que se ha venido ejecutando en materia de atención a adolescentes, lo cual se ha plasmado en una gran cantidad de documentos y experiencias. Construyendo una Modalidad de Atención para las y los Adolescentes en los tres niveles de atención, que se enmarca en el Modelo de Atención Integral a las Personas que tiene la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta propuesta es la condensación de la experiencia de varios años, desarrollada por una gran cantidad de especialistas que han participado del PAIA y retoma los enfoques, las políticas y el marco legal del país en materia de adolescencia. Estos lineamientos institucionales del *Modelo* retoman los aspectos teórico, conceptuales y el marco jurídico expuesto en *las Bases Programáticas del PAIA*, aprobadas por la Gerencia Médica

Además, es importante tener en cuenta la existencia de instancias con las cuales se complementa las acciones institucionales, tales como: el Patronato Nacional de la Infancia, el Consejo de la Persona Joven, el Consejo de la Madre Adolescente, el Ministerio de Salud, entre otras, las cuales también están respaldadas por legislaciones y políticas específicas. En este sentido el accionar del PAIA debe reconocerse en el marco de un sistema de políticas dirigidas a la adolescencia.

La línea por tanto que sigue el grupo técnico de Atención a la Adolescencia del Área de Atención Integral a las Personas y los equipos que trabajan con adolescentes en los tres niveles de atención es la de promover la adopción de conductas protectoras en las y los adolescentes, que les posibilite una mayor autonomía y un desarrollo más pleno a partir de la potencialización de sus propias posibilidades.

Cabe mencionar que, así mismo, se inscribe en las tendencias internacionales y nacionales que buscan superar una atención de la salud únicamente centrada en los enfoques biomédicos, aunque por supuesto otorgándoles la importancia que corresponde. En este sentido cobra relevancia el trabajo interdisciplinario e intersectorial en la adecuada consecución de estilos de vida saludables, logrados mediante una atención integral de las necesidades de las personas, donde la promoción de la salud es elemento clave. Procura recoger el sentir de las y los profesionales en salud de los diferentes niveles de atención de la CCSS, quienes requieren de instrumentos que orienten y faciliten su trabajo cotidiano de atención a las personas adolescentes. Ello contribuirá a asegurar la utilidad del presente documento, al cual este mismo personal ha contribuido a formular.

Es importante mencionar que estos lineamientos institucionales intentan operativizar una respuesta a los compromisos internacionales en lo referente a la adolescencia, tal es el caso de los diferentes compromisos que se adquirieron en la Conferencia Internacional de Población Cairo 1994, luego en Cairo +5 y Cairo +10, así como en la CCMM en Beijing 1995 y más recientemente, en las metas del Milenio.

De la estructura expositiva de los lineamientos institucionales para un modelo de atención integral en salud de los y las adolescentes:

Este documento es una herramienta que operacionaliza las políticas institucionales de atención a la adolescencia, de manera tal que las y los profesionales en salud vean en él un instrumento lo más práctico posible. En tal dirección estos lineamientos institucionales constan de tres grandes partes.

La **primera parte** del documento procura brindar una visión general de los factores que contribuyen a definir la adolescencia. Esto tiene como propósito aportar a las y los usuarios de este documento, herramientas conceptuales para una mejor comprensión de la gran diversidad de los condicionantes que intervienen en la vida de las personas adolescentes. Esta comprensión puede contribuir a una mejor atención de las y los adolescentes en su integralidad y de acuerdo a sus particularidades.

Teniendo en cuenta que los seres humanos están condicionados por múltiples factores que inciden en la forma en que se experimentan los procesos de salud, la **segunda parte** plantea los enfoques que deben guiar la atención de las personas adolescentes. Se trata de aquellos aspectos que deben atravesar todas las acciones que desde la Caja Costarricense de Seguro Social se realicen con esta población y que permitan brindar una atención lo más integralmente posible. También esta parte explicita algunos conceptos básicos que igualmente sirven para orientar la atención.

La **tercera parte** del documento tiene el propósito de establecer los lineamientos generales que guían el accionar de la Atención a los y las Adolescentes en los diferentes niveles de atención de la CCSS. En este sentido, establece los distintos componentes organizativos de los cuales consta el Programa, sus funciones y articulaciones; señala las áreas prioritarias de atención a las personas adolescentes y las estrategias de trabajo que orientaran la labor de las y los profesionales en salud para la atención integral de las personas adolescentes.

De los retos

Uno de los retos por avanzar es una mejor comprensión de la forma en que se vive la adolescencia desde la diversidad sexual o las implicaciones que tienen los diferentes tipos de discapacidades en la vida de las y los adolescentes. Igualmente necesario es comprender la significación que adquieren los diferentes momentos vitales para las poblaciones indígenas o para otras poblaciones con particularidades culturales.

Sin duda, siempre será un reto que la Institución logre orientar su accionar a partir de la consideración de las especificidades y las diferencias que requiere la atención de una población tan diversa como es la adolescente. Ello requiere una búsqueda permanente de estrategias innovadoras. Avanzar en esta y otras direcciones es parte del cometido de la atención integral a la adolescencia en el futuro, con el fin de que el conocimiento sea traducido en formas más amigables, efectivas e integrales de atención de su salud.

Abordaje de la Salud Integral de los y las adolescentes como prioridad: Respuesta de la CCSS ante la legislación nacional y los compromisos internacionales.

Como se ha mencionado anteriormente, esta modalidad para la atención integral a la salud de los y las Adolescentes en los tres niveles se adscribe a la legislación y convenios nacionales e internacionales vinculados al tema de adolescencia.

En este sentido, se considera al adolescente como **sujeto de derechos**, entendiendo esto como la obligación de las instituciones sociales, estatales y privadas de velar por el cumplimiento de los derechos de los y las adolescentes.

Al respecto se parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de las leyes costarricenses que amparan y defienden los derechos de los y las adolescentes como lo son La Constitución Política, La convención sobre los derechos del niño y de la niña (Ley 7184), El Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley No. 7739), La Ley General de Protección a la Madre Adolescente (Ley No. 7735), Ley General sobre SIDA (ley No. 7771), La Ley de la Persona Joven, entre otras, además de los derechos fundamentales contenidos en la Constitución Política de la República de Costa Rica.

Es estos documentos se menciona la necesidad de legislar alrededor de esta población en particular, esto debido a que por la singularidad de sus necesidades se requiere de leyes que den respuesta a las mismas.

En cuanto a los convenios internacionales a los que Costa Rica se ha adscrito, esta modalidad busca dar respuesta a los diferentes compromisos que se adquirieron en la Conferencia Internacional de Población Cairo 1994, luego en Cairo +5 y Cairo +10, así como en la CCMM en Beijing 1995 y las Metas del Milenio.

En este sentido, las Naciones Unidas ha planteado lo que se han denominado los Objetivos del Milenio para el año 2015, los cuales señalan: “erradicar la pobreza y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, reducir la mortalidad de la niñez, mejorar la salud materna, combatir el SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades, asegurar la sostenibilidad ambiental y fomentar una asociación mundial para el desarrollo” (<http://milleniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf>).

Concuerta dicho informe con documentos de la OMS (1999) acerca de los programas para la salud y el desarrollo de los y las adolescentes a nivel mundial, en lo que se ha denominado el “bono demográfico”, el cual plantea que hay que aprovechar momentos históricos para hacer inversión social en programas de juventud; lo que tendrá impactos positivos en la sociedad en su conjunto, ya no solo en la adolescencia.

En este sentido es de trascendental importancia la cumbre iberoamericana conocida como la “Declaración de Panamá” dedicada exclusivamente al análisis de la situación de la niñez y la adolescencia en nuestros países.

Dentro del texto de la declaración señalamos lo siguiente:

“Los jefes de estado y el Gobierno de los 21 países Iberoamericanos, reunidos en la ciudad de Panamá, República de Panamá, los días 17 y 18 de noviembre del 2000; convencidos que para lograr el desarrollo humano sostenibles, la consolidación democrática, la equidad y la justicia social y con base en los principios de universalidad indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, es de importancia estratégica dedicar especial atención a la niñez y la adolescencia, decimos, una vez más, examinar conjuntamente la situación de los niños, niñas y adolescentes de Iberoamérica en el ánimo de formular políticas y de promover programas y acciones que aseguren el respeto de sus derechos, su bienestar y desarrollo integral” (si se desea profundizar en el texto consultar las bases programáticas del PAIA, 2005, p12).

La Declaración de Panamá agrega además que a pesar de haber logrado un crecimiento importante en la defensa y promoción de los derechos de los y las adolescentes a través del desarrollo de acciones a nivel preventivo y curativo, es necesario todavía aumentar los programas dedicados a reducir las condiciones de vulnerabilización que amenazan a esta población.

Es por todo lo anterior, que se hace necesario un modelo de atención diferenciado para esta población que incorpore el marco legal y los acuerdos internacionales que dé respuesta a las necesidades particulares de esta población.

De las personas participes en la elaboración de estos lineamientos institucionales para un modelo de Atención Integral en Salud de las y los Adolescentes

Desde el inicio del PAIA el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) ha brindado una contribución clave y decidida para el desarrollo de procesos que han tenido como resultado una atención más integral a las personas adolescentes.

Esta propuesta es un producto colectivo, de una gran cantidad de profesionales que han contribuido en diferentes momentos, y para diferentes efectos, en el desarrollo de instrumentos de trabajo con adolescentes.

PRIMERA PARTE

Los procesos que contribuyen a conformar la(s) adolescencia(s)

Elementos para una comprensión más integral de la adolescencia

La adolescencia es una etapa crucial en la vida de las personas así como un momento más del ciclo vital, con características específicas. Es una etapa de profundos cambios, así como de grandes retos, no sólo para las y los adolescentes sino para el conjunto de la sociedad. Esto se debe a la gran cantidad de aspectos, estrechamente interrelacionados, que intervienen en la conformación de la adolescencia, entre ellos los factores de tipo biológico-corporal, los psicológicos, los afectivos, así como los culturales y sociales en sentido amplio. En este sentido, siguiendo a Krauskopf (1993), la adolescencia puede ser entendida como:

“...el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto propio” (p23)

De esta manera, en esta etapa crucial que para efectos del PAIA cubre a grandes rasgos el período que va desde los 10 años hasta los 19 años 11 meses y 30 días, están asociados una serie de factores que resulta básico comprender para una atención integral de las personas adolescentes.

Factores de desarrollo biológico

Desde una perspectiva **biológica**, las personas adolescentes experimentan cambios rápidos y progresivos en sus cuerpos, particularmente acentuados entre los 10 y los 13 años (Alvarado y Garita, 2004). En esta perspectiva, el inicio de la adolescencia está asociado a los cambios puberales y a la maduración sexual, con la aparición de la capacidad reproductiva, así como al crecimiento músculo esquelético (Bases Programáticas PAIA, 2005).

A este respecto debe aclararse que el termino pubertad alude a la llegada de la madurez sexual, mientras que la pubescencia es el período que la precede, asociado a múltiples cambios hormonales (Díaz, Sequeira y Garita, 2000).

Factores de desarrollo cognoscitivo

Por otra parte, alrededor de los 12 años de edad se inicia un desarrollo cognoscitivo en las personas. Esto les llevara posteriormente, desde el pensamiento concreto al pensamiento formal. Una vez desarrollada esta nueva forma de pensamiento, se tendrá la capacidad de elaborar mayores abstracciones, manipular conceptos, deducir conclusiones y soluciones que trascienden la experiencia inmediata. Es decir, podrán elaborar teorías abstractas que sean aplicables a múltiples situaciones que trascienden su realidad inmediata (Valverde y otros, 2002).

Factores de desarrollo psicosexual

Los cambios hormonales que se producen en la pubertad, traen como consecuencia el aumento en la tensión libidinal de las personas adolescentes, conduciéndoles a cambios en su comportamiento con el fin de disminuir dicha tensión. La forma en que se hace frente a estas presiones instintivas no se lleva a cabo de la misma manera en todas las personas, dependerá, entre otros factores, de la construcción de género. En este sentido, mientras que a los varones adolescentes se les permite ser más permisivos sexualmente, a las mujeres se les llama a reprimir sus impulsos sexuales (Fallas y Valverde, 2000).

Para explicar el desarrollo psicosexual en la fase de la adolescencia, se han sugerido cuatro momentos generales y sucesivos que permiten entender sus comportamientos.

- 1. Aislamiento:** debido a la incomodidad y extrañeza con su cuerpo, las y los adolescentes tienden a volcarse hacia su interior y aislarse de su mundo social.
- 2. Orientación incierta hacia la sexualidad:** En este momento las personas adolescentes establecen una relación de gran intimidad con una amiga o amigo, produciéndose fuertes sentimientos eróticos canalizados de diferente forma (chistes, salidas, etc.).
- 3. Apertura a la heterosexualidad:** en la que se concretan relaciones intensas, pero efímeras, con rápidos cambios de pareja.
- 4. Consolidación:** en la que la identidad sexual tiene una configuración más integrada, estable y sólida, que sienta las condiciones de un objeto amoroso único, ya sea homosexual o heterosexual. También abre la posibilidad de relaciones más estables.

Definición de la identidad sexual y de género

En el desarrollo psicosexual, existen dos procesos de definición de la identidad de las personas que deben de ser tenidas en cuenta: la identidad

sexual y la identidad de género. Por una parte, la identidad sexual permite la aclaración de las representaciones y sentimientos que las personas tienen en relación con el otro y el mismo sexo, permitiendo la propia ubicación que se hace dependiendo si se es hombre o si se es mujer.

Por otra parte, la identidad de género es la que se crea a partir de los significados socialmente atribuidos al hecho de ser hombre (masculinidad) o de ser mujer (feminidad). Es lo que se conoce como **relaciones de género** y que condiciona fuertemente la manera en que sentimos, pensamos y actuamos frente a las y los demás. El género comienza a ser construido e incorporado en la vida de las y los sujetos desde el momento mismo del nacimiento y cobra **dimensiones particulares en la adolescencia**, dependiendo si se trata de hombres o de mujeres. Por eso, es fundamental una revisión general de las nociones vinculadas al género, para luego procurar entender cómo se concretan en la adolescencia en lo relativo a la vivencia de su sexualidad.

Cabe decir, para empezar, que si bien los significados que se asocian al hecho de ser hombre y de ser mujer nos remiten a la genitalidad y rasgos corporales dados por naturaleza, no es la **naturaleza**, sino la **cultura**, la que determina las formas de sentir, pensar y actuar que distingue a los hombres de las mujeres. Así, por ejemplo, las mujeres no saben cómo criar y cuidar a sus hijos e hijas debido a su genitalidad y su capacidad reproductiva natural, sino porque a partir de su cuerpo sexuado la cultura le ha asignado este rol.

En esta dirección, el **sexo**, asociado a los procesos de la naturaleza, "es entendido como el conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas, que definen las categorías macho y hembra en la especie humana. Por su parte el **género** hace referencia al conjunto de valores, actitudes, funciones y comportamientos que la cultura atribuye a hombres y mujeres" (Vega, 2004:43).

Son las instituciones sociales (familia, escuela, iglesia, medios de comunicación, etc.) las que llevan a cabo esta acción cultural mediante el proceso de socialización (Alvarado, Garita y Solano, 2003), contribuyendo a formar una visión de mundo asentada en la desigualdad entre mujeres y hombres.

En este sentido, a la mujer se le socializa para ser dócil, sumisa y dedicarse al cuidado de los hijos/as y de su marido; mientras que al hombre se le educa para ser proveedor, procreador y no mostrar emociones.

Amor y sexualidad en la persona adolescente

Así como las identidades de hombres y mujeres se definen a partir de modelos de género, por definición diferenciados, así las y los adolescentes viven el amor y la sexualidad de manera igualmente diferenciada. En el caso de los **hombres**, muchos piensan que la adolescencia es "una etapa de disfrute, en la cual se tienen experiencias sexuales regidas por el placer" con la mayor cantidad de mujeres posibles. En estas relaciones altamente genitalizadas, se produce una gran desvinculación entre sexo y afecto (Alvarado y Garita, 2004).

Esta dicotomía desde la que es vista a la mujer, incide en la manera en que las adolescentes viven sus vínculos con los otros: mientras quisieran explorar y disfrutar siendo "responsables", tienen el temor de ser censuradas y catalogadas como mujeres fáciles, jugadas, "de la calle". Adicionalmente, perciben como injustas las relaciones desiguales respecto de los hombres, viendo lo masculino como "sinónimo de peligro, de engaño, de abuso y aprovechamiento hacia lo femenino".

No obstante, según se ha señalado desde otras posiciones, que no necesariamente riñen con la anterior, la forma en que las mujeres viven el amor está marcado por una entrega al otro, consecuente con los mandatos socialmente prescritos a la femineidad mientras que en el caso de los hombres entra a jugar la conquista, el ser servidos y el llevar siempre la iniciativa.

Ahora bien, resulta claro que no existe solamente una forma de vivir el amor y la sexualidad, sino que mas bien debe de hablarse de diversidad de orientaciones sexuales. La orientación sexual puede ser definida como el deseo de tener relaciones íntimas emocionales y sexuales con personas del mismo género (lesbiana, homosexual, gay), del otro opuesto (heterosexual) o con ambos géneros (bisexual).

Conductas en la sexualidad adolescente

Uno de los problemas que enfrentan las y los adolescentes para una vivencia adecuada de los procesos propios de este momento de vida, radica en la escasa o nula disponibilidad de información adecuada, así como en el poco aporte que realizan los emisores disponibles de esta información.

Con relación a las fuentes de las cuales las y los adolescentes reciben información, de acuerdo a resultados de la *Encuesta Social de Salud Reproductiva* (2001), La proporción más importante de los jóvenes recibían información de la familia.

Según otra investigación, llevada a cabo por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia (Valverde y otros, 2002), las principales fuentes de información en educación de la sexualidad entre adolescentes de 10 a 12 años, provenía de fuentes como la maestra, su madre y en una porción más pequeña de su padre.

Según esta misma encuesta, los **principales medios** por los cuales los adolescentes de este grupo reportan haber obtenido información sobre este tema fueron: La televisión, los libros y la radio.

Ahora bien, como se señalara con anterioridad la calidad de la información recibida de estas fuentes y sus aportes sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes no pareciera resultar adecuada o, en todo caso no es lo suficientemente efectiva. Esto queda evidenciado a partir de una valoración de las prácticas de las y los adolescentes con relación al uso de anticonceptivos, donde se muestra un gran desconocimiento no solo de los métodos anticonceptivos como tales, sino que cuando conocían de alguno, se observa desconocimiento en la manera de utilizarlo.

Otras investigaciones (Garita, Díaz y Sequeira, 2001) brindan información adicional de gran importancia sobre el poco aporte del conocimiento que poseen las y los adolescentes en materia de su sexualidad, ya que existe gran confusión entre los conceptos sexo, sexualidad y relaciones sexuales, además de visualizar estos conceptos solamente desde su componente genital.

Por otra parte, con relación a la información que disponen sobre el SIDA, cabe mencionar que:

- *El SIDA fue la enfermedad más nombrada, pero manejan una serie de mitos sobre su origen y forma de transmisión.*
- *Presumen que eligiendo la pareja fuera de los grupos de riesgo, se protegen del SIDA, y que el matrimonio en sí, es una forma de protección.*
- *Confunden los métodos de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual con métodos de planificación.*

Por otra parte los hombres han estado excluidos o al margen de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que les afectan a ellos y a las mujeres. Esto responde en gran parte a la forma en que se han construido sus masculinidades y a los diferentes papeles que socialmente se asignan a las mujeres y a los hombres: a las mujeres se les asocia con la maternidad y el cuidado de los hijos y a los hombres a su papel como “jefes de familia” o como quienes la sostienen económicamente.

Esta exclusión también suele estar asociada a la falta de conocimientos adecuados sobre su propia sexualidad y la de las mujeres, reproduciendo mitos y estereotipos (OPS, 2000).

Conductas de riesgo

Otro aspecto asociado con la cotidianidad de muchos adolescentes, tiene que ver con una “sociedad que muestra la violencia como parte de lo cotidiano y lo normal en la vivencia de todos y de todas”, y que se traduce en conductas de riesgo.

Una investigación con adolescentes de 12 a 19 años, en centros educativos y domicilios, encontró que un 14.2% de las personas entrevistadas dijo haber portado cuchillo o navaja al menos una vez durante el último mes anterior a la entrevista y que un 10.6% habría llevado algún tipo de arma al centro educativo durante el mismo período. Otra investigación detectó que en la población de 13 a 17 años el 19,6% se había peleado a puñetazos (25,5% de hombres y 13,5% de mujeres) por problemas con los amigos y por que los habían retado. Surge, entonces, la necesidad de que el Sector Salud, en asocio con el Sector Educativo, promueva de una manera abierta y directa la cultura de paz entre los y las adolescentes, que los lleve a alejarse de la violencia o cualquier conducta de riesgo como sinónimo de adolescencia (Molina, Duran, Donas y Rocabado, 1999; Valverde y otros, 2001; citados en PAIA. *Bases Programáticas*, 2005).

Mortalidad

La OMS ha determinado con base en un análisis de las estadísticas de salud de los varones en el ámbito mundial, que gran parte de la carga de enfermedad “se debe a problemas sanitarios asociados con la socialización de género” (OMS, 2000: 25). En Costa Rica, una parte importante de las causas externas de mortalidad están relacionadas precisamente con los accidentes de tránsito, los ahogamientos por sumersión, los homicidios, entre otros, donde los hombres tienen el predominio. Hacia finales del siglo XX, el incremento de las muertes asociadas con accidentes en el grupo de 15 a 19 años, refleja muy seguramente esta tendencia.

En relación con las mujeres, un recuento de la OMS ha señalado que, “en general, en casi todas las zonas del mundo éstas presentan tasas mas elevadas de enfermedades agudas y enfermedades crónicas no mortales”. No obstante, y aunque en el mundo existan menos defunciones de mujeres adolescentes, “estas pueden sufrir violencia domestica, violencia sexual y otros trastornos de salud...” (OMS, 2000: 25).

Consumo de alcohol y drogas

Existen importantes indicadores que llevan a poner atención al consumo de alcohol y de drogas dentro de la problemática vivida por una parte significativa de la población adolescente. Entre ellos debe ponerse particular atención a la ingesta sin prescripción, al incremento progresivo de inicio del fumado entre las edades que van de los 12 a los 21 años, y a la temprana edad de inicio de la ingesta alcohólica que, hacia finales del año 2000, era de 15.53 años. Debe tenerse en cuenta que tanto el consumo de cigarrillos y de alcohol, tiende a ser mayor en el grupo de los varones, lo mismo que el consumo de drogas como la marihuana (Bejarano y San Lee, citado en PAIA. *Bases Programáticas*, 2002:39).

La OMS señala que “el consumo de sustancias, sobre todo el alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los muchachos, incluida la violencia y la actividad sexual sin protección”, lo cual exige un abordaje multidimensional del tratamiento (OMS, 2000: 25).

Factores educativos y laborales

Los factores relacionados con el sistema educativo y el mundo laboral, ponen en riesgo a las personas adolescentes. Una parte significativa de esta población se encuentra en condiciones que, lejos de potenciar su proyecto de vida, lo desfavorecen. Algunas estadísticas recopiladas por varios estudios, reflejan la situación de las y los jóvenes al iniciar el nuevo siglo:

- Hacia el año 2000, el 38.7% no asistía a algún centro de educación regular.
- Analfabetismo en el 8.1% de las y las personas entre los 10 y 15 años y el 5.8% de las y los adolescentes entre 15 y 19 años.
- Según estimaciones, aproximadamente 20 .000 niños y adolescentes no estudiaban.
- Formaban parte de la población Económicamente Activa 36,376 adolescentes de entre 12 y 14 años y 80,325 de 15 a 17 años.
- Según datos del Ministerio de trabajo, de un total de 2360 personas menores de edad trabajadoras, detectados por esta instancia, una alta proporción laboraba como peón agrícola (42%). Otra parte lo hacía como dependiente (13%), operarios (8.7%) miscelaneos/as (5.4%), servidora doméstica (4.7%) empacadores/as (6.6%) entre otros. Además de ser consecuentes con el mandato masculino de la fuerza, muchos de estos trabajos, por su exigencia física, tienen el potencial de poner a los adolescentes varones en alto riesgo de sufrir de diversos problemas de salud. En el caso de las mujeres, el

servicio doméstico las coloca en situación de otros riesgos como el abuso sexual y la violación.

- Una encuesta sobre conductas de riesgo en la adolescencia detectó que un 43% de la población encuestada reporta jornadas semanales que exceden las horas establecidas por el Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Casi la cuarta parte de esta misma población encuestada señaló que su patrono no le pagaba seguro social. Adicionalmente, aproximadamente la cuarta parte tenía que levantar cosas pesadas y un 13% tenía que manejar sustancias tóxicas (Bases Programáticas PAIA, 2005).

Esta información rompe los estereotipos de que las y los adolescentes no trabajan o que se dedican exclusivamente a estudiar. En la esfera educativa muestra que una parte significativa está fuera del sistema, y que otra parte tiene índices desfavorables. En la esfera laboral, muchos (as) se encuentran en situación de explotación, en riesgo de ver comprometida su salud y con grandes dificultades para ver concretado su derecho a verse beneficiados (as) por los servicios de salud.

SEGUNDA PARTE

ENFOQUES Y CONCEPTOS

PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA

I. ENFOQUES DE ATENCION A LAS Y LOS ADOLESCENTES

Como se habrá podido apreciar en la parte anterior, la realidad que condiciona a las y los adolescentes y las conductas que de esta realidad se derivan son múltiples y complejas. Procurando que las diversas acciones, planes y actividades que se desarrollan en el marco de la Atención Integral a la Adolescencia, en los tres niveles de atención y en los niveles técnico administrativos, se plantean los siguientes enfoques como aquellos aspectos que deben atravesar todas las acciones que se realicen y que permitan enfrentar esta complejidad.

Es importante aclarar, que los enfoques que se presentan a continuación se encuentran descritos detalladamente en las Bases Programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (2005).

1. Enfoque de Integralidad

2. Enfoque de derechos

3. Enfoque de género

4. Enfoque de Diversidad (este enfoque contempla el respeto por la diversidad de etnias, de clase social, de orientación sexual, de culto, y de preferencia ideológica)

5. Enfoque de Desarrollo Humano

6. Enfoque de adolescencia

7. Enfoque de protagonismo adolescente

8. Enfoque de intersectorialidad

II. MARCO CONCEPTUAL Y FILOSOFICO QUE ORIENTA LA ATENCION A LAS Y LOS ADOLESCENTES

De forma complementaria con estos enfoques de atención, existen otros conceptos que resultan claves dentro del marco conceptual que orienta la atención integral a las personas adolescentes.

1. La adolescencia

Como se ha abordado con anterioridad 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.

Con respecto a la definición de adolescencia debe plantearse que, al ser considerada en sus múltiples factores condicionantes, la edad depende de otros procesos. De esta manera, 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 compleja.

De hecho, las y los funcionarios del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia de los tres niveles de atención consideran que precisar el momento de esta finalización a la edad de los 19 años (según la postura de la Organización Mundial de la Salud), no es pertinente y más bien sugieren que debería ampliarse la atención diferenciada hasta los 24 años.

2. La Construcción Social de la Salud y sus implicaciones en la Atención a la Salud de los y las Adolescentes.

El entender la salud como una construcción social donde se incluye las acciones que realizan los individuos, las comunidades, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, entre otros, nos lleva a comprender, en primera instancia, que la salud no se pueden en ver forma aislada de los distintos determinantes que están presentes en la historia individual y social de un sujeto concreto. Mucho menos se puede perder de vista la relación estrecha que existe entre las distintas dimensiones del ser (la dimensión biológica, psicológica, cultural, económica y espiritual o trascendente) que hace del ser humano un ser integral. Esta visión nos permite entender la salud de manera distinta a dos formas tradicionalmente aceptadas: 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.

Desde una perspectiva que considere a las y los adolescentes de forma integral, 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 total¹ 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);*

¹ 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 un embarazo no planificado con sus posibles consecuencias en el orden del desarrollo psicosocial y la morbimortalidad asociada a la reproducción.*
- e. Otras patologías orgánicas —*agudas o crónicas*— (*tumores, enfermedades neurológicas, trastornos endocrinológicos, secuelas de accidentes*).

3. Salud Sexual (Fallas y Valverde, 2000)

Siguiendo el concepto de Salud Sexual, establecido por un grupo de expertos convocados por la O.M.S. en Ginebra, para quienes, ya desde 1975, es fundamental para los servicios de salud trabajar considerando que:

"Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor."

Así mismo que desde este punto de vista "Presentan decisiva importancia (...) el derecho a la información sexual y el derecho al placer."

Asociado a este concepto, es fundamental el de sexualidad sana que incluye elementos básicos:

1. La actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Para efectos de los servicios de salud, esta concepción de salud sexual, supone la adopción de un criterio positivo respecto de la sexualidad humana; la finalidad de la asistencia prestada en ese sector debe ser el disfrute intensificado de la vida y de las relaciones personales y no

meramente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de transmisión sexual.

4. Salud Reproductiva.

A su vez, el concepto de **Salud Reproductiva** se consolida en el Documento Final de las Discusiones Técnicas de la O.P.S./O.M.S. sobre "Planificación Familiar y Políticas de Población", realizada en Washington D.C. en 1993. Este establece que:

"Se entiende la **Salud Reproductiva** no solo como la ausencia de enfermedad o trastornos del proceso reproductivo, sino como una situación en la cual este **proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, social y mental.**"

"Esto implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan puedan tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños sobrevivan y se desarrollen en un ambiente saludable."

"Por extensión, este concepto significa también el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar. Implica, del mismo modo, que cuando optan libre y responsablemente por el ejercicio de relaciones sexuales, ellas pueden ser mutuamente gratificantes y no están distorsionadas por el temor a un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual."

"Desde esta conceptualización de Salud Reproductiva, ocupan un destacado lugar todas las medidas referidas a brindarles a las personas métodos adecuados para realizar opciones referidas a su fertilidad. Ello equivale a proporcionarles los elementos educativos necesarios y los procedimientos específicos para optar por regular su fecundidad, así como para que se les ofrezcan las posibilidades de acceder a una gestación cuando existen situaciones de infertilidad."

Dentro de este contexto, la Educación entendida como el proceso que potencia la formación de las personas, adquiere singular importancia para la salud. Los agentes educadores están comprometidos "en crear situaciones y ámbitos que posibiliten el desarrollo de los procesos

intelectuales y afectivos que hagan al educando capaz de decidir conductas saludables." (OMS, 2000: 27)

Es importante mencionar, que aunque tradicionalmente se considera que la Salud Reproductiva es tarea de la mujer, dentro de los nuevos enfoques y estrategias de acción en este ámbito se ha considerado fundamental la promoción del involucramiento de los hombres jóvenes en los servicios de salud.

Ejemplo de esto es la experiencia de apropiación e implementación del modelo de atención desarrollado por Promundo, Brasil en el ámbito latinoamericano y específicamente en el costarricense con resultados importantes. Dentro de la propuesta nacional se cuentan entre otros actores al Programa de Atención Integral a la Adolescencia, el Ministerio de Salud y al Consejo de la Persona Joven.

Otra experiencia de trabajo que muestra las posibilidades del trabajo con hombres es la realizada conjuntamente por el Ministerio de Salud de Costa Rica, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Agencia Alemana para la Cooperación (GTZ), a partir del cual se elaboró un manual de atención a hombres jóvenes y su involucramiento en los servicios de salud, mismo que tenía como objetivo precisamente "Contribuir, mediante la mayor participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva, al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres centroamericanos y promover los acuerdos de las conferencias de El Cairo y Beijing sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y la equidad de género" (OPS, 2005:2).

Por último, es importante mencionar que en las Bases Programáticas, en lo que respecta a las áreas prioritarias del Programa, en la n° 9, se privilegia el trabajo con hombres adolescentes y la investigación acerca del tema de la masculinidad, como una de las prioridades de acción dentro del trabajo con esta población.

5. 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 (Bases Programáticas PAIA).

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.

Para evaluar dicho estado de vulnerabilidad debe considerarse que “El grado de vulnerabilidad de un adolescente depende de su historia anterior, de la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, mas los efectos positivos y negativos de los microambientes (familia, escuela, lugar de trabajo, lugar de recreación, la calle, etc.) la cultura y el contexto socioeconómico y político..., todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud-enfermedad” (Gerendas y Sileo citado por Valverde y otros, 2002:24).

Para la valoración del estado de riesgo en el que se encuentran las personas adolescentes, es necesario identificar el **riesgo o la protección** que están presentes en su desarrollo y la forma en que estas dimensiones interactúan. Dentro del primer concepto hay que distinguir entre **factores de riesgo**. Los factores de riesgo los constituirían todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad (riesgo) de que ocurra –en el corto, mediano o largo plazo-. Las conductas de riesgo, por otra parte, serian los comportamientos que si dependen de los individuos (Valverde y otros, 2002).

Mientras tanto, la protección es una dimensión que reduce la probabilidad de que se sufra un daño, impulsando a la persona en una dirección adecuada respecto de su desarrollo. También existen **factores protectores**, que son los determinantes que están en el ambiente, es decir, que no dependen de las personas y que disminuyen la probabilidad de un evento dañino ocurra. Igualmente existen conductas protectoras, que son comportamientos que dependen de los individuos, y que los aleja de riesgos y daños (Valverde y otros, 2002).

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 Promoción de la Salud 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.

6. Servicios preventivos de atención a las personas adolescentes²

Los servicios preventivos son aquellos que enfatizan la prevención clínica y la promoción del desarrollo humano entre sus intervenciones.

La *perspectiva preventiva* en la consulta implica transformar el modelo “curativo” de atención incluyendo medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad de enfermedad o lesión, promoviendo el desarrollo humano, el placer y la alegría de vivir, amar, comunicarse y construir un medio ambiente saludable, mediante decisiones libres y responsables.

El modelo de servicios preventivos para adolescentes sólo es posible mediante *una determinada organización y gestión del servicio de salud*, flexible, creativa, orientada a usuarios/as adolescentes, facilitando su participación activa y trabajo en equipo de las y los trabajadores de salud. Estas recomendaciones pueden ser utilizadas como *un instrumento para reflexionar sobre el tipo de organización y gestión del servicio*, a fin de centrarlo en las necesidades de los/as adolescentes.

La prevención clínica es aquel tipo de consulta donde el vínculo que se establece entre los/as adolescentes y la o el trabajador de salud, previene los daños de enfermar y morir y promueve la calidad de vida y el desarrollo humano

² Esta parte ha sido tomada de Alvarado y Garita, 2004.

La prevención clínica de adolescentes implica:

- ✓ Evaluación de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud.
- ✓ Consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres
- ✓ Vacunación.
- ✓ Detección de riesgos/vulnerabilidad y factores de protección para la salud, que incluye la promoción del crecimiento y desarrollo integral y la resolución temprana de los riesgos.
- ✓ Atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva de varones y mujeres desde la perspectiva de género.

TERCERA PARTE

Componentes del Programa y Estrategias de trabajo con adolescentes

I. Las funciones y articulaciones del Programa de atención Integral a la Adolescencia

En los procesos de orientación general para la Atención Integral a la Adolescencia , se deberán articular tres instancias:

1. El grupo técnico de Atención a la Adolescencia, del Área de Atención Integral a las Personas, en la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
2. La Comisión de Clínicas Metropolitanas o Mayores y de Hospitales Nacionales
3. La Comisión del Nivel Regional

Así mismo, estas instancias deberán articularse con los procesos desarrollados desde el Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención de la CCCS, organizados de la siguiente forma:

1. Nivel de Hospitales Nacionales (Tercer Nivel de atención)
2. Nivel de Clínicas Mayores (Segundo Nivel de Atención)
3. Hospitales Regionales y Periféricos (Segundo Nivel de Atención)
4. Áreas de Salud (Primer Nivel de atención)

Las funciones y composición de las tres instancias que establecen los lineamientos institucionales para la Atención Integral a la Adolescencia, son las siguientes:

1. Organización Funcional de las instancias que orientan la Atención Integral a la Adolescencia

1.1 Del Nivel Central: el equipo técnico de Atención a la Adolescencia, del Área de Atención Integral a las Personas.

El equipo técnico del Nivel Central es el equipo transdisciplinario y especializado en adolescencia nombrado para tales funciones y que forma parte del Área de Atención Integral a las Personas, perteneciente a la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica.

Tiene como función fundamental la gerencia social de las acciones que favorezcan la promoción de la salud, prevención, atención y el desarrollo integral de la población adolescente en los servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social y agregándoseles las siguientes:

- Apoya el fortalecimiento de los recursos humanos y financieros necesarios para que se brinde una atención integral a las y los adolescentes en los tres niveles de atención.
- Impulsa diferentes estrategias que permitan la articulación de las acciones para la atención integral a la adolescencia en toda la institución, con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Brinda asesoría y supervisión técnica a la Comisión de Clínicas Mayores y Hospitales Nacionales así como a la Comisión Regional, y de esta forma contribuir a diseñar los planes de acción a ser impulsados por dichas comisiones.
- Brinda asesoría técnica, capacitación y apoyo a los tres niveles de atención para el desarrollo de modalidades y actividades en promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las y los adolescentes y sus familias.
- Brinda asesoría y coordina 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.
- Diseña y negocia para su financiamiento con distintas agencias de cooperación internacional, Organizaciones no Gubernamentales nacionales e internacionales y sector privado, proyectos de participación social, promoción de la salud y atención en salud de la población adolescente y juvenil.
- Brinda asesoría en el campo de la salud de la adolescencia a todas las autoridades institucionales, fundamentalmente a la Presidencia Ejecutiva, Gerencia División Médica, 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 etéreo.
- Coordina la construcción de normas institucionales en el manejo de temas específicos relacionados con la atención integral a las y los adolescentes.
- Promueve y ejecuta investigaciones en temáticas sobre adolescencia.
- Apoya el modelo de participación social de adolescentes a través del diseño de estrategias y metodologías que permitan a los niveles locales fortalecer una red de adolescentes.
- Promueve estrategias innovadoras para intervención con adolescentes.

El Nivel Central jugara un papel clave en la orientación general de la atención integral a la adolescencia a partir del establecimiento de las

pautas que resultan científicamente más convenientes para la atención integral a las y los adolescentes. En este sentido, el Nivel Central tiene las atribuciones relativas a “Soporte a proveedores y proveedoras de salud”, “Soporte directo a adolescentes”, “Producción de conocimiento” y “Fomento de la participación social”, que se especifican más adelante en la sección de *Líneas Estratégicas* de este Modelo de atención,

1.2 De la Comisión de Clínicas Metropolitanas o Mayores y Hospitales Nacionales

Está constituido por una comisión conformada con representantes de los equipos de atención integral a la adolescencia del Segundo Nivel y de los servicios de adolescencia del Tercer Nivel de atención. Sus funciones son:

- Acompaña y facilita procesos en la atención prestada por las clínicas de la adolescencia de cada hospital o de cada clínica mayor, según sea el caso.
- Coordina con el equipo técnico del Nivel Central los planes de acción a ser ejecutados en cada Hospital y en cada Clínica Mayor
- Promover la coordinación eficiente entre Hospitales Nacionales y Clínicas Mayores y de estos con el Primer nivel de Atención.
- Promueve la coordinación eficiente con el Primer Nivel de Atención.
- Determina las necesidades de capacitación de los funcionarios y funcionarias que pertenecen a los equipos de Adolescencia de cada hospital y de cada clínica, según corresponda.
- Coordina con el equipo técnico del Nivel Central en aras de satisfacer las necesidades de asesoría técnica, capacitación, formación y apoyo logístico, que cada hospital nacional y cada clínica mayor poseen
- Promueve y ejecuta investigaciones en cada hospital y en cada clínica mayor.
 - Apoya a los y las adolescentes de la Red de Adolescentes.

1.3 De la Comisión del Nivel Regional

Está constituida por el coordinador o coordinadora de cada una de las regiones. Cada coordinador (a) forma parte de la dirección regional de servicios de salud, y que a su vez es la persona encargada de constituir y liderar una comisión regional intersectorial e interinstitucional que logre realizar acciones en pro de los y las adolescentes y jóvenes de su región. La designación del coordinador (a) es responsabilidad exclusiva de la dirección regional y la conformación de la comisión varía de región en región, y será constituida de acuerdo a la conveniencia y el recurso

humano disponible. Sin embargo, deben participar en la misma al menos un representante de cada área de salud y de cada hospital regional o periférico.

Las funciones del Nivel Regional son:

- Determina las metas y estrategias de la Atención Integral a la Adolescencia en el interior de su región.
- Planifica, prioriza, organiza y evalúa los componentes del programa en coordinación con el Nivel Central.
- Asesora al nivel primario y secundario de su región.
- Promueve la coordinación eficiente entre el Primer y Segundo Nivel de su región.
- Determina las necesidades de capacitación del Primer y Segundo Nivel de su región en temáticas vinculadas con la atención integral de los y las adolescentes y jóvenes.
- Promueve y ejecuta investigaciones y apoya al Primer y Segundo Nivel en dicha tarea en su región.

Resulta crucial recalcar que la Comisión de Clínicas Metropolitanas y de Hospitales Nacionales, así como la Comisión Regional, son instancias que sirven de articulación entre niveles de atención de la CCSS, así como entre estos y el Nivel Central, de acuerdo con las atribuciones respectivas. Esto tiene como propósito:

- Hace llegar a los tres niveles las orientaciones, lineamientos, procesos de interaprendizaje y demás directrices del Programa,
- Plantea ante el equipo técnico del Nivel Central las necesidades de los tres niveles de atención en materia asesoría, capacitación y demás apoyo atinente a la atención Integral a la Adolescencia.

Es decir que el trabajo desarrollado en los tres niveles de atención de la CCSS tiene el soporte y la retroalimentación de las instancias antes mencionadas.

2. De los Tres Niveles de atención de la CCSS

Así mismo, cada nivel de atención tiene unas funciones y personal específico en el marco del Programa de atención Integral a la Adolescencia, a saber:

2.1. Nivel de Hospitales Nacionales (Tercer Nivel de atención)

Esta conformado por los ***Servicios de Atención Integral a la Adolescencia*** de cada hospital nacional. Los Servicios están constituidos con profesionales de al menos, las siguientes disciplinas: medicina y ginecología, psicología o psiquiatría, trabajo social, enfermería, con la colaboración de odontología, nutrición y otros. Además de un(a) secretario(a).

El Servicio de Atención Integral de la adolescencia es un equipo interdisciplinario exclusivo para la atención integral a las y los adolescentes en cada hospital y depende de la Dirección del Hospital. El Servicio está tanto en internamiento como consulta externa, con espacios físicos específicos, diferenciados y claramente identificados, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades de la población adolescente y las referencias del segundo nivel de atención.

Las funciones del nivel hospitalario son:

- Brinda una atención integral a las y los adolescentes en internamiento y en consulta externa con espacios físicos específicos, diferenciados e identificados claramente como tal.
- Determina las metas, estrategias y protocolos de la atención integral a los y las adolescentes al interior de los hospitales nacionales.
- Planifica, prioriza, organiza y evalúa los componentes y las acciones de la atención en coordinación con el equipo técnico del nivel central.
- Establece una coordinación efectiva con el Segundo Nivel de atención, a partir de los procesos de referencia y contrarreferencia de adolescentes a ser atendidos.
- Establece espacios de intercambio con el Segundo Nivel y con la Comisión de Clínicas Metropolitanas y de Hospitales Nacionales, así como con el equipo técnico del Nivel Central, de manera que se mejoren las interrelaciones entre niveles.
- Apoya a los y las adolescentes de la Red de adolescentes.
- Da soporte y capacitación a los Servicios de Atención Integral a la Adolescencia de los hospitales regionales y periféricos, a los Equipos de Atención Integral a la Adolescencia de las clínicas mayores y de las Áreas de Salud.

2.2 Nivel de Clínicas Mayores (Segundo Nivel de Atención)

Este nivel está conformado por los ***equipos de atención integral de la adolescencia***, de cada Clínica Mayor del Área Metropolitana. Las Clínicas deben estar constituidas por profesionales de por lo menos, las siguientes

disciplinas: medicina, psicología o psiquiatría, trabajo social, enfermería y otras. Además de secretario(a).

Las funciones del equipo de atención a adolescentes de las Clínicas Mayores serán las siguientes:

- Brinda Atención Integral de la Adolescencia con un equipo interdisciplinario, en cada Clínica, ubicado el equipo de atención integral a la adolescencia en un espacio físico específico, diferenciado e identificado claramente, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades de la población adolescente y las referencias del primer nivel de atención.
- Determina las metas, estrategias y protocolos de la atención integral a los y las adolescentes al interior de las clínicas mayores.
- Planifica, prioriza, organiza y evalúa los componentes y las acciones de la atención en coordinación con el equipo técnico del Nivel Central.
- Establece una coordinación efectiva con el Primer y Tercer Nivel de Atención, a partir de los procesos de referencia y contrarreferencia de adolescentes a ser atendidos.
- Establece espacios de intercambio con el Primer y Tercer Nivel y con la Comisión de Clínicas Metropolitanas y de Hospitales Nacionales, así como con el equipo técnico del Nivel Central, de manera que se mejoren las interrelaciones entre niveles.
- Apoya y capacita a los y las adolescentes de la Red de adolescentes, así como promueve la constitución de grupos en los establecimientos.
- Da soporte y capacitación a los Equipos de las Áreas de Salud conformados por personas clave vinculadas al trabajo con adolescentes dentro de la institución.

2.3 Hospitales Regionales y Periféricos (Segundo Nivel de Atención)

Está constituido por los ***Servicios de Atención Integral a la Adolescencia*** de cada hospital regional y periférico. Los Servicios están constituidos por profesionales de al menos las siguientes disciplinas: medicina, psicología o psiquiatría, trabajo social, enfermería, con colaboración de odontología y nutrición y otras. Además de secretario(a).

El Servicio de Atención Integral de la adolescencia es un equipo interdisciplinario exclusivo para la atención integral a las y los adolescentes en cada hospital y depende de la Dirección del Hospital. El Servicio está tanto en internamiento como consulta externa, con espacios físicos específicos, diferenciados y claramente identificados, de acuerdo a un modelo de calidad y con equidad que permita atender las necesidades de la población adolescente y las referencias del primer nivel de atención y de las clínicas mayores.

Las funciones de este Nivel son:

- Brinda una atención integral a las y los adolescentes en internamiento y en consulta externa con espacios físicos específicos, diferenciados e identificados claramente como tal.
- Determina las metas, estrategias y protocolos de la atención integral a los y las adolescentes al interior de los hospitales regionales y periféricos.
- Planifica, prioriza, organiza y evalúa los componentes y las acciones de la atención en coordinación con el Nivel Central.
- Supervisa, evalúa y monitorea la atención prestada por los servicios de atención a la adolescencia de cada hospital.
- Promueve la coordinación eficiente entre hospitales regionales y periféricos y las áreas de salud.
- Establece espacios de intercambio con el Primer y Tercer Nivel y con la Comisión del Nivel Regional, así como con el equipo técnico del Nivel Central, de manera que se mejoren las interrelaciones entre niveles.
- Determina las necesidades de capacitación de los funcionarios y funcionarias que pertenecen a Servicios de Atención Integral a la Adolescencia de cada hospital.
- Promueve y ejecuta investigaciones en cada hospital.
- Apoya a los y las adolescentes de la Red de adolescentes.
- Da soporte y capacitación a los Equipos de Atención Integral a la Adolescencia de las Áreas de Salud.

2.4 Áreas de Salud (Primer Nivel de atención)

2.4.1 Equipo de Atención Integral a la Adolescencia del Área de Salud

Está constituido por un equipo interdisciplinario de atención integral a adolescentes con conocimientos en temas de adolescencia, realiza las siguientes funciones:

- Brinda atención integral y diferenciada a los y las adolescentes que acuden al establecimiento de salud, ya sea de forma espontánea como por referencia del equipo básico de atención integral de salud (EBAIS).
- Vigila que en el ASIS del Área de Salud se incorpore la información relativa a las necesidades de salud de las y los adolescentes.
- Prioriza las problemáticas y las necesidades de atención de las y los adolescentes
- Promueve la creación de espacios dirigidos a la atención a adolescentes en diferentes modalidades y escenarios

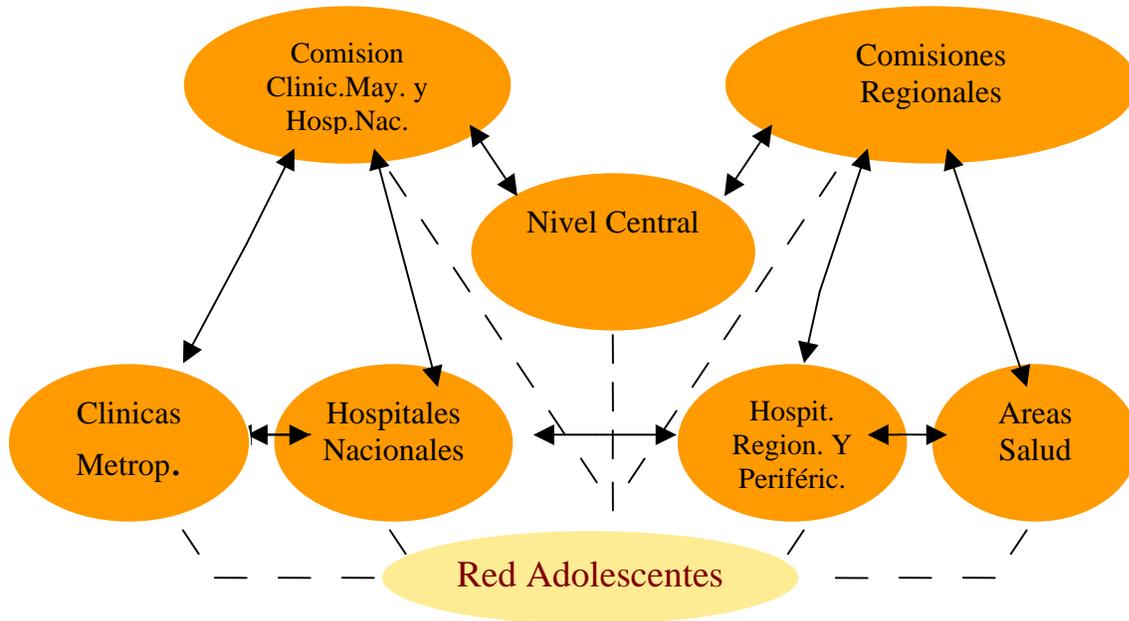
- Elabora y ejecuta un plan de trabajo para y con adolescentes, en donde se incluya acciones en todos los niveles de prevención.
- Dirige procesos, transmite lineamientos y da apoyo a los EBAIS en la materia de atención integral a adolescentes.
- Monitorea los procesos desarrollados por los EBAIS.
- Apoya y capacita a los y las adolescentes de la Red de adolescentes, así como promueve la constitución de grupos en los sectores
- Promueve y coordina acciones de capacitación para los y las funcionarias de los EBAIS.
- Promueve y coordina acciones con otros sectores a Nivel Local y con otros niveles.

2.4.2 Equipo Básico de atención Integral en Salud (EBAIS)

En cada sector de un área de salud donde está asignado un EBAIS, se realiza **acciones específicas** dirigidas a los y las adolescentes y jóvenes, las cuáles son:

- Brinda atención integral a los y las adolescentes y jóvenes de su sector de acuerdo a las normas establecidas para este nivel.
- Coberturas altas de la población adolescente adscrita al sector y promuevan al menos una visita anual al servicio.
- Enfoque de riesgo en la atención para los y las adolescentes, utilizando los instrumentos institucionales para tales efectos.
- Participa en actividades de educación continua en temáticas específicas de atención integral a las y los adolescentes.
- Elabora y mantiene actualizado el ASIS de su sector.
- Prioriza las problemáticas y atiende las necesidades de atención de las y los adolescentes.
- Apoya y capacita a los y las adolescentes de la Red de adolescentes, así como promueve la constitución de grupos en su sector.

Gráfico 1
Interrelaciones entre los diferentes niveles del PAIA



El Gráfico 1 muestra el funcionamiento del Programa Atención Integral a la Adolescencia en todos los Niveles de Atención, donde todas las instancias del mismo están en constante interrelación, siendo el elemento principal el funcionamiento en Red en cada una de las instancias. Así, el Área de Salud se integraría en red con el Hospital Regional y Periférico y este, a su vez, con el Hospital Nacional; además el Nivel Central, a través de las Comisiones, ya sea de Clínicas Mayores y Hospitales o Regional, interactúa con los tres niveles de atención. Valga decir, el Programa de Nacional de Atención Integral a la Adolescencia no corresponde sólo a las acciones que realiza el Nivel Central, sino al interjuego de todas las instancias con una perspectiva de participación social. Por ello en el gráfico se muestra la Red de Adolescentes integrada dentro de todos los Niveles de Atención, pero con independencia en la realización de sus acciones.

II. AREAS PRIORITARIAS DE ATENCION A LAS PERSONAS ADOLESCENTES

Como lineamiento general, desde los 10 años hasta los 19 años 11 meses y 30 días, todos los adolescentes deberán hacer una consulta de salud anual de rutina. Estas consultas deberán orientarse a los aspectos biomédicos y psicosociales de la salud, y deberán centrarse en actividades preventivas, a menos que se requieran exploraciones más frecuentes por la existencia de signos o síntomas clínicos.

Todas y todos los adolescentes deben recibir asesoramiento para promover una mejor comprensión de su crecimiento físico, su desarrollo psicosocial y psicosexual, y la importancia de involucrarse activamente en decisiones que conciernen a la atención de su salud.

Los centros de salud de los diferentes niveles, tendrán espacios adecuados y atractivos que permitan condiciones de seguridad, privacidad y motivación a las y los adolescentes.

Existen una serie de **áreas prioritarias** de atención a las personas adolescentes, que los diferentes niveles abordaran de acuerdo a sus atribuciones.

1. Promoción de la Salud

La promoción de estilos de vida saludables es un eje fundamental de la atención integral de las y los adolescentes. Se trata de un área que cruzará el quehacer de las y los profesionales en salud en materia de adolescencia en todas las acciones de intervención con ellos y sus padres de familia, que privilegiará como estrategias de intervención el trabajo grupal y los procesos de interaprendizaje, así como la participación social de jóvenes, sus familias y las comunidades. Con este grupo etéreo se torna prioritario el entendimiento de sus necesidades particulares de acuerdo al contexto en que viven y las conductas de riesgo que ellos y ellas asumen.

2. Crecimiento y desarrollo

La estimulación y vigilancia de estas áreas se constituyen en el eje del proceso de prevención primaria de la atención en salud de los y las adolescentes, porque los cambios 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.
- b) Instrumento Discriminador de Riesgo Psicosocial.

3. Salud sexual y reproductiva

La sexualidad en tanto dimensión inherente e inmanente del ser humano, se constituye en un área prioritaria de trabajo en la que se comprenden los diversos componentes de esta dimensión de la vida.

Así la atención en salud considera dentro de esta área los componentes: corporal, vincular, cognoscitivo, erótico y ético.

La atención de los adolescentes pone particular énfasis en las siguientes dimensiones

- ✓ *La maduración de la función reproductora*, que comprende aspectos: biológicos, psicosociales y educativos.

- ✓ *Acceso real a los anticonceptivos*

En casos de *vida sexual activa* de las y los adolescentes, que estos tengan acceso a anticonceptivos adecuados para su edad, definidos según normas y que les son entregados en la consulta de Atención Integral del Adolescente,

- ✓ *Derecho a la privacidad*

Las y los adolescentes tienen derecho a demandar privacidad en los tres Niveles de Atención.

- ✓ *Prevención del embarazo adolescente*

Promueve actividades formativas para la prevención del embarazo adolescente.

- ✓ *Involucramiento activo de los padres adolescentes*

Visualiza a los adolescentes padres como sujetos involucrados en todos los procesos relativos a sus hijos/as y no como objetos marginales. En este sentido se fomenta su involucramiento en los procesos de consulta prenatal, parto y posparto. Se le ve como sujeto susceptible de aprender todo lo relativo al cuidado y crianza, con grandes potencialidades de

brindar y recibir afecto y no como mero proveedor económico. Para estos efectos se impulsarán proyectos de sensibilización en materia de paternidad involucrada.

Procura dar soporte a los adolescentes, de manera tal que no se vean excluidos del sistema educativo formal.

- ✓ *Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual con particular énfasis de la prevención del VIH/SIDA.*

Todas las y los adolescentes recibirán asesoramiento en relación con los comportamientos sexuales responsables.

- ✓ *Prevención, detección temprana y tratamiento integral de los y las jóvenes que ha sido víctimas de incesto y abuso sexual.*
- ✓ *Prevención, detección temprana y tratamiento integral a las y los adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.*

4. Salud mental

La magnitud de los cambios que ocurren normalmente en la adolescencia está inscrita en duelos que tienen que ser elaborados (por el cuerpo, por las madres y los padres de la infancia y el rol de la niñez). Estos cambios podrían implicar cierto grado de depresión y ansiedad, que si bien son fenómenos transicionales y por ende normales, pueden impactar las esferas afectivas, cognoscitivas, interrelacionales y conductuales de los y las adolescentes.

Se debe ofrecer a las y los adolescentes el apoyo y acompañamiento que les permita hacer un manejo adecuado de todos los procesos y promueva así su salud mental, tales como: actividades recreativas, brindar conocimientos a las familias, psicoterapia individual, grupal y familiar

5. Salud bucodental

El mantenimiento de la salud oral en los adolescentes reviste gran importancia para su salud global. Las dimensiones de especial interés en esta área son:

- ✓ *Control odontológico periódico,*
- ✓ *Educación en hábitos higiénicos*

- ✓ *Atención y otras estrategias preventivas* como la aplicación de flúor.
- ✓ *Aumento de la cobertura de los servicios* de tratamiento odontológico completo.

6. Prevención de la morbimortalidad y tratamiento de la morbilidad

Existen en las y los adolescentes una serie de áreas de la esfera somática que se ven frecuentemente afectadas y que deben ser atendidas y prevenidas por las y los funcionarios que realizan acciones con los y las adolescentes; para lo cual se debe tener claro el perfil epidemiológico de este grupo etéreo.

III. ESTRATEGIAS DE TRABAJO PARA LA ATENCION INTEGRAL

Los diferentes niveles de atención desarrollaran como mínimo, y de acuerdo a sus atribuciones, las **estrategias de trabajo** que a continuación se detallan, las cuales contemplan no solo el soporte directo a las y los adolescentes, sino a las y los profesionales que brindan la atención.

Línea Estratégica 1:

Incidencia y Articulación Intra e intersectorial

En esta línea tendrá particular protagonismo el equipo técnico del Nivel Central, con el apoyo de las diferentes instancias en los niveles de atención. Para ello se desarrollarán las siguientes estrategias:

1.1 Apoyo político

Consiste en la búsqueda permanente de apoyo político de las autoridades institucionales, del poder ejecutivo en general, pero también de distintos poderes como el legislativo, incluso el judicial. Esta es una estrategia esencial, con miras a la creación de políticas públicas dirigidas a la población adolescente.

Se trabajará en estrecha relación con otras instancias gubernamentales (Patronato Nacional de la Infancia, Consejo de la Persona Joven, entre otros), con el respaldo de la legislación vigente en materia de adolescencia.

1.2 Coordinación intersectorial

La atención integral a la adolescencia, aún con énfasis en la atención en salud, solo puede alcanzarse plenamente a través del trabajo intersectorial. En esta dirección, la legislación vigente, como el Código de la Infancia y la Adolescencia y la Ley General de Protección a la Madre Adolescente, han planteado la creación de una serie de cuerpos colegiados, donde la ley incorpora la participación de la CCSS.

Es así como tanto el equipo técnico del nivel Central, como los niveles regionales y locales, trabajarán 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. Particular importancia tendrá la coordinación intersectorial entre el Ministerio de Salud y la CCSS

1.3 Trabajo en equipo interdisciplinario y transdisciplinario.

Antes de mencionar las particularidades de este apartado es importante mencionar, que se entenderá **la transdisciplinariedad** como aquella estrategia de abordaje que pretende la construcción de una teoría general que abarque o englobe diversas disciplinas a partir de una lógica del conocimiento y un método universal de análisis, sobre un tema determinado.

Por otro lado, **la interdisciplinariedad**, es entendida como la interacción entre disciplinas, que implica la reciprocidad de intercambios y el mutuo enriquecimiento. En otras palabras, es la organización de un esfuerzo colectivo alrededor de un problema común, dando lugar a una intercomunicación e interacción continua y a una acción conjunta entre miembros de diferentes disciplinas.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las características propias de este grupo etéreo los expone a sufrir 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.

1.4 Planeamiento estratégico desde la realidad de los y las adolescentes.

Con la Reforma del Sector Salud se ha enfatizado en la planificación local, a partir del análisis de la situación de salud. En este sentido, los equipos realizarán análisis de situación de salud periódicos 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 análisis deberá contribuir, además, a determinar las estrategias más adecuadas de intervención, así como cuáles son los escenarios en los que se va a priorizar.

Línea Estratégica 2:

Soporte a proveedores y proveedoras de salud en la atención integral de la salud de las personas adolescentes

El desarrollo de una atención integral a las personas adolescentes requiere que las y los profesionales de los distintos niveles de atención, cuenten con instrumentos y herramientas para un efectivo desarrollo de su trabajo. Para estos efectos se privilegia dos áreas de trabajo:

- ✓ *Docencia, capacitación y asesoría permanentes a personal de salud*
- ✓ *Elaboración de guías de atención, protocolos e instrumentos*

2.1 Docencia, capacitación y asesoría permanentes a personal de salud

Se parte de la importancia de la formación de los distintos profesionales y de otros/as profesionales y trabajadores/as de la salud para establecer una atención integral en salud para los y las adolescentes, en el ámbito nacional, con el fin de:

- ✓ Conocer los factores de riesgo y protectores que inciden sobre la salud.
- ✓ Fomentar la sensibilidad y el compromiso del personal de salud
- ✓ Fomentar habilidades comunicacionales, como por ejemplo poder ser empáticos y afectuosos, pero al mismo tiempo capaces de confrontar y poner límites.
- ✓ Fomentar la capacidad de hacer una alianza con el y la adolescente y garantizarles absoluta confidencialidad
- ✓ Desarrollar capacidades para atraer a la familia y para promover cambios en el sistema familiar

Todo lo anterior bajo un enfoque centrado en el desarrollo humano y que sea respetuoso de los derechos de los y las adolescentes.

En este sentido, *el equipo técnico del nivel central desarrolla procesos de docencia capacitación y asesoría en los siguientes ámbitos:*

- ✓ 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.
- ✓ Evaluación y asesoría en el diseño, ejecución y sistematización de actividades de capacitación para adolescentes.
- ✓ 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 atención integral de los y las adolescentes, entre otros.

2.2 *Elaboración de guías de atención, protocolos e instrumentos*

Es necesario asegurar estándares mínimos a máximos en la atención por nivel de complejidad que reviste el sistema de salud. Por esta razón, el equipo técnico del Nivel Central, elabora y revisa permanentemente instrumentos tales 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.

Estos instrumentos servirán de apoyo en el trabajo cotidiano de las y los distintos profesionales del sector salud, quienes deben apoyarse en ellos al momento de atender integralmente a las y los adolescentes.

En este sentido el equipo técnico del Nivel Central lidera el proceso de elaboración de normas y protocolos en el área de salud de la adolescencia.

Línea Estratégica 3: **Soporte directo a adolescentes**

Además de brindar soporte técnico al personal de salud en su labor de atención integral al adolescente, el Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia brinda soporte directo a las y los adolescentes mismos como parte de su estrategia de atención. Este soporte es brindado por los distintos Niveles de Atención de la Caja Costarricense del Seguro Social de acuerdo a sus atribuciones y tomando en cuenta todos los aspectos mencionados en la organización de acuerdo a las funciones de los diferentes niveles.

Para estos efectos se desarrollan diversas áreas de trabajo que toman como principio de atención la diversidad en la condición de las y los adolescentes (diversidad sexual, personas con alguna incapacidad o algún reto especial).

3.1. Atención Integral a las y los adolescentes:

Todos los niveles brindarán atención integral diferenciada a las y los adolescentes en los diferentes escenarios, de acuerdo a su nivel de atención y a la complejidad de este, según lo ya establecido en las funciones de cada nivel.

3.2. Consejería Integral:

Todos los niveles de atención brindan consejería integral a las y los adolescentes en las diferentes áreas de atención prioritaria definidas con anterioridad:

- ✓ *Crecimiento y desarrollo*
- ✓ *Salud sexual y reproductiva*
- ✓ *Salud mental*
- ✓ *Salud bucodental*
- ✓ *Morbilidad*

Además de las consejerías individuales brindadas en la consulta integral, que formarían parte de los compromisos de gestión institucional, se deberán abrir espacios tanto dentro como fuera de los Establecimientos de Salud, los cuales serán tanto individuales como colectivos, según amerite.

3.3. Servicio de Consejería “Cuenta Conmigo”

En el Servicio de Consejería *Cuenta Conmigo* se brinda un servicio confidencial de consejería, orientación e intervención en crisis dirigida a adolescentes, jóvenes, padres y madres de familia y docentes.

Este servicio tiene dos rutas de consulta: línea telefónica de la Caja Costarricense del Seguro Social, como un servicio gratuito por medio de la línea 800 y un sitio WEB con su correo electrónico respectivo.

El Servicio de Consejería “Cuenta Conmigo” se constituye en un servicio innovador sobre el cual se podrán desarrollar otras experiencias similares para la atención de las necesidades de la población utilizando la red tecnológica moderna.

3.4. Información y Educación para la Salud y Comunicación

Resulta de crucial importancia educar a los y las adolescentes para el mantenimiento y mejoría de su estado de salud.

Esta educación para la salud se deberá llevar a cabo a través de *metodologías participativas* que sean:

- ✓ Lúdicas
- ✓ Que permitan la participación activa de los y las adolescentes,
- ✓ Que promueven la reflexión, como la herramienta que lleva al cambio de actitudes.

En esta dirección se deberá producir material novedoso, tanto impreso como audiovisual, donde:

- ✓ Se recoja la voz real de los y las adolescentes
- ✓ Transmita sus inquietudes, sus múltiples necesidades y sentimientos.

Estos materiales deberán ser elaborados en los diferentes niveles de atención y deben ser *distribuidos a las y los adolescentes* en forma gratuita a través de todos los medios posibles llegando tanto a población que asiste al sistema educativo formal, como también a población no escolarizada y trabajadora.

3.5. Actividades de promoción de la salud

Se realizarán actividades de promoción de la salud, de educación de la sexualidad, etc., que serán llevadas a cabo por todos los niveles de atención. Funcionarán bajo el principio de ir a la búsqueda de los y las adolescentes, incluidos los hombres y las mujeres sanos (as).

Para llevar a cabo estas actividades deberán considerarse horarios adecuados para las y los adolescentes.

En este sentido, una de las actividades de promoción de la salud que se pueden realizar y que han resultado exitosas han sido las ferias de salud, con gran aceptación tanto por población adolescente y funcionarios (as).

3.6. Enfoque de riesgo en salud de adolescentes

Los y las adolescentes sufren una serie de morbilidades, que los pueden llevar hasta la muerte y que se originan fundamentalmente en conductas determinadas por múltiples factores.

Para garantizar que los y las adolescentes van a recibir la atención integral que merecen en la CCSS, se deben realizar tamizajes en forma permanentes que permitan identificar distintos factores de riesgo. Esta identificación debe llevar 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 se deberán aplicar instrumentos como el *de tamizaje del riesgo psico-social*.

En la aplicación de este instrumento o de cualquier otro, debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ El instrumento no puede sustituir nunca la consulta clínica.
- ✓ El instrumento es sólo una parte de la atención integral y no la sustituye.
- ✓ El propósito del instrumento es detectar a la población de posible riesgo.
- ✓ Una vez identificada la población de posible riesgo, esta debe ser atendida de manera prioritaria para evaluar y valorar si se justifica una intervención o una referencia.
- ✓ La población que no clasifique como “de riesgo”, amerita una revisión y una valoración posterior, en virtud de que puede haber “falsos negativos”.

- ✓ La aplicación del instrumento no debe llevar a pensar que la problemática de las y los adolescentes es estática. Se trata más bien de una realidad cambiante, lo que exige evaluaciones periódicas, de al menos una vez al año.
- ✓ Junto con los otros instrumentos de valoración médica, los instrumentos de tamizaje sirven para brindar un seguimiento más adecuado a las y los adolescentes en los procesos de referencia y contrarreferencia. Una referencia no puede realizarse solo considerando el puntaje arrojado por un instrumento de tamizaje.
- ✓ En el caso de que un instrumento de tamizaje se aplique a grupos, debe asegurarse una atención y un seguimiento individual.

3.7. Promoción de los derechos en salud

El personal de salud de la CCSS, jugará un papel activo en la promoción de los derechos de las personas adolescentes en materia de salud, de acuerdo a los instrumentos legales de la República de Costa Rica, entre otros:

- ✓ La Constitución Política
- ✓ La convención sobre los derechos del niño (Ley 7184)
- ✓ El Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley No. 7739)
- ✓ La Ley General de Protección a la Madre Adolescente (Ley No. 7735)
- ✓ El Código de Familia (Ley No. 5476), con mención al derecho a la no violencia.
- ✓ La Ley de Paternidad Responsable (Ley No. 8101)
- ✓ Ley General sobre SIDA (ley No. 7771)
- ✓ Ley General de Salud
- ✓ Los convenios y tratados internacionales ratificados por la Asamblea Legislativa, mismos que pasan a formar parte del ordenamiento jurídico, con una jerarquía superior a la legislación vigente. Este es el caso de los convenios de la Organización del Trabajo.

Sobre las leyes antes mencionadas existe una sinopsis y una interpretación de las mismas en las Bases Programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (2002).

LINEA ESTRATEGICA 4:

Producción y difusión de conocimiento como base para la toma de decisiones y la elaboración de herramientas para el trabajo con adolescentes.

4.1 Investigación

Una atención integral a las personas adolescentes, requiere de una constante renovación de las concepciones y las prácticas desde las cuales se brindan los servicios. La base más sólida y eficiente para esta renovación constante, deberá basarse en la producción de conocimiento, para lo cual el equipo técnico del Nivel Central del PAIA:

- ✓ Promueve y elabora protocolos de investigación, así como ejecuta investigaciones cuantitativa y cualitativa en los diferentes temas atinentes a la salud en la adolescencia, desde una perspectiva que privilegie el conocimiento de su diversidad. En este sentido debe otorgarse particular atención a la diversidad étnica, sexual, y a las y los adolescentes con algún tipo de discapacidad, entre otros criterios que resulten relevantes (ocupacionales, educativos, geográficos, etc.)
- ✓ Publica y divulga las investigaciones ante las instancias pertinentes, incluyendo las Autoridades Institucionales y los niveles técnicos de la CCSS, así como ante otros sectores institucionales y sociales vinculados con el quehacer en adolescencia.
- ✓ Procura que, tanto de las temáticas investigadas, como de las realidades analizadas, se produzca un conocimiento encaminado al desarrollo de acciones y estrategias que permitan brindar soluciones reales a las necesidades de las poblaciones con las que se trabajó.

4.2 Biblioteca Virtual

El equipo técnico del Nivel Central mantendrá actualizado el Sitio Web de Adolescencia ubicado en la Biblioteca Virtual de la CCSS (BINASSS), con el fin de facilitar el acceso al material producido a nivel institucional, así como a otro que sea de especial utilidad para el trabajo sobre adolescencia.

4.3 Revista Adolescencia y Salud

El equipo técnico del Nivel Central garantiza el acceso rápido y oportuno a literatura especializada y actualizada sobre adolescencia y salud. Para estos efectos mantendrá la *Revista Adolescencia y Salud*, que está adscrita a la editorial de la institución con su correspondiente indexación científica.

Promueve la participación de profesionales y especialistas, tanto de dentro de la CCSS como fuera de esta, en la publicación de artículos sobre temas

que, teniendo como eje de discusión la adolescencia, aborden temas relacionados con salud mental, salud sexual y reproductiva, género y diversidad sexual, diversidad étnica, discapacidad entre otros temas especializados desde enfoques médicos, psicológicos, etc.

LINEA ESTRATEGICA 5:

Fomento de la participación social en la promoción de la salud integral de las personas adolescentes

5.1 Participación Adolescente: El papel de los y las adolescentes en el Programa Nacional de 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.

Un área importante para fortalecer la atención integral de la adolescencia es fortalecer la participación social de los y las adolescentes y jóvenes, a través de la *Red Nacional de Adolescentes*, en todos los niveles de atención del país.

Como parte de las labores que se desarrollarán en el ámbito de la salud, para apoyar su proceso de participación activa en su propio desarrollo debe buscarse ***propiciar espacios de encuentro para los y las adolescentes con el apoyo de su familia y su comunidad*** con el fin de que:

- ✓ 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-cuidado³;

³ 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).

- ✓ se estimule y desarrollen diversas acciones de promoción de la salud que integren sus estilos comunicativos, gustos y capacidades;
- ✓ planifiquen, ejecuten y evalúen acciones tendientes a la promoción de la salud.

La institución asume su compromiso en:

- ✓ *Conformar grupos de adolescentes*, en cada Área de Salud, con la perspectiva de participación social (grupos de Adolescentes en salud integral).
- ✓ *Escuchar* a los y las adolescentes para responder siempre a su realidad,
- ✓ *Apoyar las acciones* desarrolladas por los y las adolescentes de los Grupos de Adolescentes en salud integral tendientes a la promoción de la salud y el desarrollo humano.
- ✓ Pensar las acciones de salud desde un *participación compartida*, en el que cada parte asume responsabilidades (diferenciadas por el mismo grado de competencias y responsabilidades relativas) y desarrolla acciones desde sus posibilidades.

Documentos Citados

Alvarado C y Garita C. (2004) **Sembrando Esperanzas. Estrategia de trabajo en salud con adolescentes de comunidades pobres.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Alvarado C, Garita, C y Solano, G. (2003) **Adolescentes pobres. Vida, Carencia y esperanzas en salud sexual y reproductiva.** PAIA-CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social / Programa de Atención Integral a la Adolescencia.(2002) **Bases programáticas Programa Atención Integral a la Adolescencia.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social / Programa de Atención Integral a la Adolescencia.(2002) **Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia.** San José, Costas Rica: PAIA-CCSS.

Díaz M, Sequeira M y Garita, C (2000). **Manual de Conserjería en Salud Sexual para los y las adolescentes.**San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

ECOS y otros. (2000) **Sexualidad y Salud Reproductiva. Manual No. 1. Serie Trabajando con hombres Jóvenes.** Instituto Promundo.

Fallas G, Morera G, Esquivel F, Garita C y Sequeira M. (2002) **Guía Metodológica para el video sobre suicidio: “Comunicación y otros volados para una adolescencia plena.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Fallas H y Valverde O. (2000). **Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Garita C.(2001). **La construcción de las Masculinidades: un reto para la salud de los adolescentes.** San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Krauskopf D (1997). **Adolescencia y Educación.** San José, Costa Rica: EUNED.

Menjívar M. (2002) **Guía Metodológica para el trabajo sobre masculinidad.** San José, Costa Rica: INAMU/OEA.

OMS. (2000) Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. **¿Que ocurre con los Muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes.** Washington: OMS.

Puntos de Encuentro. **Cuando tu media naranja es... ¡Otra naranja!**. Managua: Puntos de Encuentro.

Rodríguez J, Garita C, Díaz M y Sequeira M. (2000) "*Sexualidad Adolescente: un estudio sobre sus conocimientos, actitudes y practicas*". En: *Adolescencia y Salud* Vol. 2, No.1. San José, Costa Rica: EDNASSS.

Valverde O, Vega M, Rigioni M, Solano A y Solano E. (2002). **Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica**. San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

Vega M.(2004) **Género y Salud. Hacia una atención integral de las y los adolescentes**. San José, Costa Rica: PAIA-CCSS.

ANEXO: Personas consultadas para la construcción de este Modelo

Expertos/as en adolescencia y salud

Dina Krauskopf Roger, Consultora en temas de adolescencia
 Guido Miranda Gutiérrez, experto en temas de salud
 Patricia Salgado Muñoz, Fondo de Población de las Naciones Unidas
 Oscar Valverde Cerros, Fondo de Población de Naciones Unidas
 Ana Elena Badilla, Abogada, experta en asesoría jurídica para adolescentes
 Mauricio Menjívar, Psicólogo, experto en adolescencia
 Carlos Alvarado Cantero, psicólogo, experto en adolescencia

De la Caja Costarricense de Seguro Social

Eduardo López Cárdenas, Director Regional, Dirección de Servicios Médicos Pacífico Central
 Yamileth Salas, Psicóloga, Supervisora Regional, Región Pacífico Central
 Viria Sánchez Pacheco, Clínica Rodrigo Fournier (Coopesaín RL)
 Gabriela Salguero López, Área Salud de Montes de Oca (PAIS-UCR)
 Hellen Ramírez S., Área de Salud de Concepción, San Diego, San Juan, (PAIS-UCR)
 Johanna Rodríguez L, Área de Salud de Montes de Oca (PAIS-UCR)
 Isabel Gamboa, Área de Salud de Curridabat (PAIS-UCR)
 José Vidal Sáenz C., Clínica de Pavas (Coopesalud)
 Magali Villalobos Jiménez, Área de Salud Guatuso, CCSS
 Grettel Rojas Vargas, Dirección Huetar Atlántica, CCSS
 Karla Mora Ruiz, Región Pacífico Central, CCSS
 Yurán Sibaja A., Clínica Dr. Solón Núñez, CCSS
 M. Cavallini Chávez, Clínica Dr. Solón Núñez, CCSS
 Juan Rafael Arias, Clínica de Coronado, CCSS
 Rita Peralta Rivera, Hospital Calderón Guardia, CCSS
 Mayra Carmona S., Hospital Calderón Guardia, CCSS
 Ana Marenco E., Clínica Dr. Marcial Fallas, CCSS
 Luis Ledesma Izard, Hospital de las Mujeres, CCSS
 Zully Moreno Chacón, Hospital de las Mujeres, CCSS
 María Versalles Guzmán López, Hospital de Heredia, CCSS
 Angélica Vargas, Hospital México, CCSS
 Flor Suárez Angulo, Coordinadora PAIA, Región Brunca, CCSS.
 Hannia Fallas Ureña, Coordinadora PAIA Región Central Norte, CCSS.
 Marielos Monge Solís, Coordinadora PAIA Región Central Sur, CCSS.
 Nuria Rodríguez Murillo, Coordinadora PAIA Región Huetar Norte, CCSS.
 María Eneué Sánchez, Coordinadora PAIA Región Chorotega, CCSS.
 Julieta Rodríguez Rojas, exdirectora PAIA, CCSS.

De Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales

Milena Grillo, Directora Fundación PANIAMOR
 Miriam Cruz, Consultora Organización Panamericana de la Salud
 Edda Quirós, Ministerio de Salud
 Rodrigo Vargas, Instituto Desarrollo de Población de la Universidad Nacional
 Evelyn Piedra, Fundación PROCAL
 José Carvajal, Asociación Demográfica Costarricense
 Marta Sánchez, Centro de Información para el Desarrollo Educativo (UNA)
 Karen Ortega, Esc. Salud Pública de UCR
 Francisco Madrigal, Director CIPACDH
 David Vargas, Grupo de Jóvenes CIPACDH
 Freddy Arias, Juventud de Clubs Leo
 Eduardo Solano, FUNDESIDA
 Pamela Umaña, FUNDESIDA
 Lorena Flores, Instituto Nacional de las Mujeres
 Antonieta Fernández, Instituto Nacional de las Mujeres
 Representante Rosalía Gil, Patronato Nacional de la Infancia
 Patricia Arce, Departamento Educación Integral de la Sexualidad del MEP
 Evelyn Durán Porras, Fondo de Población de Naciones Unidas
 Macelly Arbustini Bonilla, Instituto Mixto de Ayuda Social
 Ana León, Directora, Asociación Vecinos

De la Red de Adolescentes

Raquel Méndez Gutiérrez
 Bryan Murillo Fernández
 Ceci Meza Rivera
 Carlos Cavaría
 Karla Artavia Naranjo
 Natalia Vargas Saborío
 Evelyn Prado
 Linday Valerín G.
 Jennifer Salazar Zeledón
 María Rojas Dómito
 Cristian Mora Amador
 Mildred Campos Blanco
 Ismael Cordero Ramírez
 Priscilla Guzmán C.