



**DIRECCIÓN GARANTÍA DE ACCESO A SERVICIOS DE
SALUD**
Unidad Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas

NORMA NACIONAL
PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE
LAS PERSONAS ADOLESCENTES:
COMPONENTE DE SALUD SEXUAL Y SALUD
REPRODUCTIVA

Versión No. 10

Julio 2014

Créditos

Dra. Daisy Corrales Díaz. Ministra de Salud

Andrés Sánchez Moreira. Dirección Garantía de Acceso a Servicios de Salud

Gerardo Solano. Jefe Unidad Servicios de Salud Atención directa a las Personas

Equipo técnico conductor Ministerio de Salud

Alejandra Acuña Navarro, Dirección de Planificación Estratégica

Olga Hernández Chaves, Dirección Garantía de Acceso a Servicios de Salud

Rosibel Méndez Briceño, Dirección de Planificación Estratégica

Nancy Vargas Guevara, Dirección de Planificación Estratégica

Rafael Salazar Portugués, Asesor del Despacho de la Ministra

Revisores externos

Mario León Barth, CCSS

Raúl Sánchez Alfaro, CCSS

Hugo Chacón Ramírez, CCSS

Geovanna Mora Mata, CCSS

Nineth Alarcón Alba, CCSS

Marco Díaz Alvarado, CCSS

Minor Sequeira Solano, CCSS

Equipo Consultor de Salud Mesoamérica 2015

Jessica Mac Donald Quiceno

Griselda Ugalde Salazar

Marianella Vega Alvarado

Laura Delgado Tenorio

Hannia Fallas Ureña

Paz Robledo Hoecker

María Faget Montero

Ilse Cerda Montero

Tabla de contenidos

1. Presentación	6
2. Abreviaturas	7
3. Justificación	8
4. Descripción de la situación de SS/SR de la población adolescente	11
5. Objetivo	15
6. Ámbito de aplicación	15
7. Marco referencial	16
7.1 Enfoques rectores	19
7.2 Principios rectores	21
8. Marco Jurídico	23
9. Disposiciones Generales	26
10. Disposiciones Específicas	27
11. Glosario	32
12. Bibliografía	38

1. Presentación. MINISTRA DE SALUD.

2. Abreviaturas

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CIAMA	Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente
CNA	Código de Niñez y Adolescencia
ENJ	Encuesta Nacional de Juventud
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
GSHS	Encuesta Global de Salud Escolar
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIA	Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la CCSS
PENPSA	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes
PNNA	Política Nacional de Niñez y Adolescencia
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSLP	Subsistema local de protección
SM-2015	Salud Mesoamérica 2015
SS/SR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	Organización Mundial de la Salud

3. Justificación

En Costa Rica, el Estado y los servicios de salud públicos han impulsado intervenciones universales de carácter preventivo, dirigidas especialmente a la población infantil para la disminución de la mortalidad infantil y el cuidado de la salud en los primeros cinco años de vida, lo que ha favorecido la salud de la población en general. Sin embargo, esta inversión en salud pierde fuerza cuando las personas llegan a la adolescencia, evidenciándose cómo las coberturas de atención disminuyen progresivamente en el transcurso de la infancia hasta llegar a la adolescencia¹.

Una de las mayores dificultades para que se invierta en la salud de las y los adolescentes, es que son percibidos fundamentalmente como saludables, lo cual resulta verídico en cuanto a su salud física, ya que incluso se puede considerar que las personas adolescentes de hoy son más saludables que las de generaciones anteriores. No obstante, esta población sufre una amplia gama de problemas de salud tales como el consumo de drogas lícitas e ilícitas, depresiones y suicidios, conductas sexuales de riesgo, traumas y accidentes, patrones de alimentación inadecuados y trastornos alimentarios, sedentarismo acrecentado actualmente por la inversión del tiempo libre en tecnología, y aunado a lo anterior, pueden exhibir conductas violentas y al mismo tiempo son víctimas de una cultura que les violenta.

La mayoría de estos problemas de salud están determinados más por factores psicosociales y culturales que biológicos, pero que inciden sobre esta última esfera. Por lo tanto, se hace urgente profundizar en el conocimiento de los factores determinantes de los problemas citados, así como desarrollar estrategias de acción que incorporen la promoción de la salud a edades tempranas y desde un abordaje integral, garantizando la articulación de acciones entre diversas instituciones y sectores.

Para avanzar en favor del bienestar de la población se requiere comprender esta etapa del desarrollo como una ventana de oportunidad en salud². Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011), en la adolescencia es posible implementar acciones que favorezcan el disfrute de una vida sana presente y reduzcan los problemas de salud futuros. Muchas conductas y hábitos que fortalecen o afectan la salud se inician en esta etapa de la vida. Esto responde, en cierta medida, a que en esta etapa en particular, la exploración de experiencias nuevas es parte fundamental del desarrollo, y eso puede traducirse en una mayor exposición a riesgos. Esto se potencializa aun más cuando las condiciones de vida son adversas. La sexualidad es sin duda un aspecto clave para ser abordado en la adolescencia por su estrecho vínculo no solo con la salud sino con el desarrollo humano de este grupo población y el desarrollo social en general.

¹VI Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia: a 10 años del Código de la Niñez y la Adolescencia.

² También UNICEF (2011) destaca los beneficios que tiene invertir en la adolescencia, no solo para este grupo poblacional sino para las sociedades en las que viven.

En el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes, el país enfrenta desafíos grandes en términos de equidad y tiene una deuda con este grupo poblacional. La falta de lineamientos claros en los servicios de salud, y los pocos conocimientos sobre la especificidad de esta etapa del desarrollo que maneja la mayoría del personal de salud, favorecen el manejo discrecional de la atención a esta población. Esto muchas veces se traduce en una atención deficitaria y con limitaciones para que ellas y ellos accedan a recursos claves de protección para la salud y prevención de enfermedades. Por ello, la oportunidad de contar con una Norma Nacional que oriente el accionar del personal de salud, favorecerá la implementación de una atención diferenciada que responda efectivamente a las características y necesidades particulares de este grupo poblacional.

El país no ha actualizado su normativa en materia de servicios de salud dirigidos a la población adolescente desde 1996. El contexto actual y el marco jurídico vigente requieren establecer directrices ajustadas a los nuevos retos y mandatos que permitan mejorar la salud de este grupo poblacional. En ese sentido, el Ministerio de Salud, asume su competencia como ente rector en salud, y presenta esta *Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las Personas Adolescentes, en su componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Con ello busca cumplir con la función sustantiva³ de armonizar la provisión de servicios, determinando, con criterios de necesidad, desempeño e impacto, el conjunto de servicios de salud que deben ser garantizados por el Estado para la población adolescente en este ámbito particular de la salud.

A su vez, esta norma constituye un insumo fundamental para el ejercicio de la regulación en salud, y se inscribe dentro del nuevo paradigma que pretende pasar del énfasis en la atención de la enfermedad a la promoción de la salud. Para ello asume como derrotero ampliar la frontera de intervenciones preventivas y de promoción de la salud en la adolescencia, desde un claro posicionamiento de acciones basadas en la evidencia, así como en la focalización de intervenciones que favorezcan los grupos más vulnerables en este grupo etario con sentido de equidad en salud.

Desde la Rectoría de Salud se busca entonces impulsar intervenciones que tengan un efecto sinérgico en los determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, esto requiere de acciones intersectoriales. Sin embargo, es fundamental aclarar las intervenciones que cada instancia debe aportar. En ese sentido, los servicios de salud forman parte del Sistema de Producción Social de la Salud y tienen por responsabilidad responder adecuadamente a las necesidades y problemas de salud sexual y salud reproductiva que afectan a las y los adolescentes de manera específica.

La Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2009), el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA, 2011), así como la Política Nacional de Sexualidad (2011) indican hacia donde debe avanzar el país. También, a partir de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 ha sido posible formular retos concretos para alcanzar indicadores de salud clave para el país, en el afán de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El embarazo en la adolescencia es sin duda

³Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud (Ministerio de Salud, 2011).

un problema de salud pública que debe abordarse de manera efectiva para garantizar mejores indicadores de salud y de desarrollo social. A través de las disposiciones de esta Norma se pretende sintonizar el accionar de servicios tanto públicos como privados para aunar esfuerzos en esa dirección.

4. Descripción de la situación de SS/SR en la población adolescente

Diferentes encuestas nacionales en el país indican que un importante porcentaje de la población inicia sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia. Según el informe de resultados⁴ de la última Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-2010), el 60,9% de los hombres y el 49% de las mujeres de 15 a 19 años ya habían tenido relaciones sexuales con penetración vaginal. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15,2 años en hombres y 15,8 años en las mujeres.

En el caso de las y los adolescentes de 15 años o menores, los resultados de la Encuesta Global de Salud Escolar (Ministerio de Salud, 2010), que abarcó una muestra representativa de estudiantes de los tres primeros años de secundaria, indican que un 24,5% de estudiantes reportan haber tenido relaciones coitales, siendo más frecuente en hombres (28,3%), que en mujeres (19,6%). En este grupo de adolescentes, un porcentaje alto (46,1%) tuvo su primera relación antes de los 14 años, lo que nuevamente ocurrió más en hombres que en mujeres (54,3% y 34% respectivamente).

Cabe resaltar que el emparejamiento desigual, en cuanto a edad, es un problema que afecta más a las adolescentes en edades tempranas. En la ENSSR-2010 se reporta que el 94,8% de las adolescentes que tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años, fue con un adulto, mientras que el 61,0% que la tuvo entre los 15 y 19 años, fue con una persona al menos 5 años mayor. Un estudio de carácter cualitativo realizado recientemente en cantones con bajo índice de desarrollo social (González, 2011), reporta la aceptación social y legitimación del emparejamiento de las adolescentes con hombres mayores de edad.

Los resultados de la ENSSR-2010 identifican que la población adolescente con edades entre 15 y 19 años cuenta con información sobre la salud sexual. Un 87% de las personas encuestadas están informadas sobre el VIH y sida, 79,4% de las mujeres y 81,7% de los hombres reconocen el uso del condón como el principal método de prevención de ITS y este porcentaje es superior en el caso de prevenir el VIH (87,6% para las mujeres y un 89,9% los hombres). Estos resultados se confirman a través de la 2da Encuesta Nacional de Juventudes (ENJ-2013). Un 88,3% de las y los adolescentes encuestados, con edades comprendidas entre 15 a 17 años, han recibido información sobre prevención de ITS o VIH y sida, y también la mayoría están informados sobre métodos anticonceptivos (83,8%). Esta información la han recibido especialmente a través de los centros educativos y la familia; el personal de salud no es mencionado con frecuencia como fuente de información en sexualidad. Sin embargo, todo indica que no basta con la información para que las y los adolescentes cambien sus actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva.

La ENSSR-2010 refiere que el uso de métodos anticonceptivos y de protección sexual es limitado en la población adolescente. A nivel nacional, el 43,7% de las mujeres y el 66,1% de los hombres de 15 a 19 años refieren haber utilizado el condón en su última relación sexual. No obstante, este porcentaje es inferior en todos los grupos de edad en el caso de población rural (central rural 29,6%, en hombres, 19,8% en mujeres, y en el resto de zonas rurales 28,7% en hombres y 17% en

⁴Informe de Resultados. Ministerio de Salud de Costa Rica (2011).

mujeres) y en personas con nivel educativo más bajo (con primaria 24,6% en hombres y 10,8% en mujeres). A esto se agrega el criterio de expertos⁵, que indica la dificultad en la adherencia al uso sistemático de los métodos anticonceptivos como un aspecto clave en el comportamiento adolescente. Otros estudios (González, 2011) identifican la tendencia a depositar toda la responsabilidad de la regulación de la fecundidad en las adolescentes.

En cuanto a infecciones de transmisión sexual, para el periodo 2002-2011 (Ministerio de Salud, 2012b) se registraron 3 108 casos nuevos de VIH, con una incidencia de 69,4/100 000 habitantes, con una proporción de 3 hombres por cada mujer. El 75,3% corresponden a personas con edades entre 20 a 44 años, 15 casos fueron de personas con edades entre 10 y 14 años, y 205 casos fueron del grupo de 15 a 19 años. Por su parte, los casos de sida registrados en ese período fueron 2.082 casos, con una incidencia de 46,0/100 000 habitantes, y una proporción de 5 hombres por cada mujer. El 88,4% corresponde al grupo de edad comprendido entre los 20 y los 54 años, 35 casos de sida fueron del grupo poblacional de 10 a 19 años.

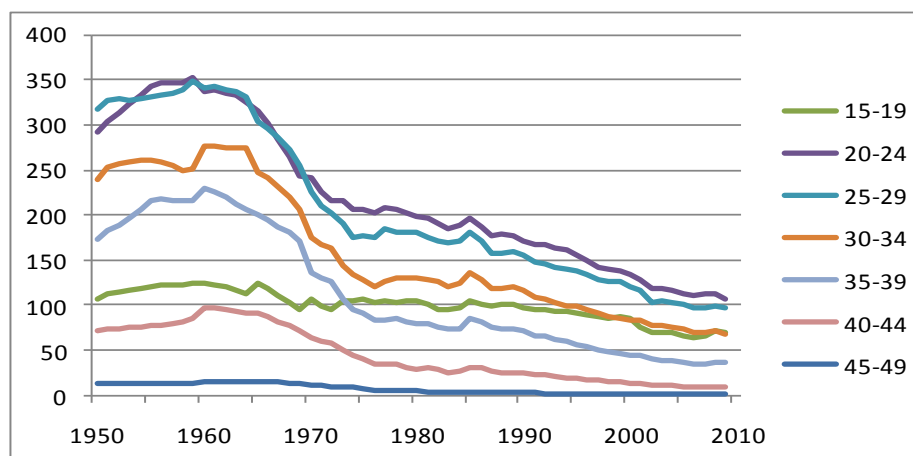
Una de las conclusiones que se desprende de la ENSSR-2010, es que aun existen grandes vacíos en cuanto a los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas adolescentes para vivir su sexualidad de manera informada, segura, placentera y responsable. Pues si bien las personas adolescentes cuentan con información sobre los métodos anticonceptivos y de protección sexual, la encuesta permite inferir un manejo incorrecto de información que impide la toma de decisiones seguras, dada la baja percepción de riesgos y las actitudes negativas hacia el uso de métodos de protección sexual (Valverde y Sánchez, 2012). A su vez, el país está lejos de garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos a este sector poblacional.

En ese sentido, si bien el país está cerca de cumplir con la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, alcanzar las metas de reducir la mortalidad infantil y materna, entre otras cosas, pasa por asegurar el acceso universal a servicios de salud reproductiva. Esto contempla el uso de métodos anticonceptivos, para lo que es necesario responder a las necesidades insatisfechas de planificación familiar de este grupo poblacional, y por supuesto reducir los embarazos en la adolescencia.

A lo largo de los años, la tasa de fecundidad global ha descendido a nivel nacional, reduciendo el número de hijos por mujer de 3,63 en 1980 a 1,85 en el 2009. Sin embargo, el embarazo en la adolescencia no ha disminuido en la misma proporción que sucede en los otros grupos de edad (ver gráfico 1). También el número de embarazos en niñas menores de 15 años ha ido en aumento.

⁵Taller de Acceso a Métodos Anticonceptivos y Métodos de Protección realizado el 13 de setiembre del 2013, organizado por el Ministerio de Salud dentro del marco del Proyecto Salud Mesoamérica 2015.

Gráfico 1:
Tendencias de la Tasa de Fecundidad según grupos de edad
(1950-2010)



Fuente: Estimaciones y ajustes del INEC y CCP/UCR, tomado de la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 (Ministerio de Salud, 2011e).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012) reporta que la fecundidad ha ido descendiendo sistemáticamente en el país. Sin embargo, el aporte porcentual de nacimientos según edad, indica que el grupo de madres con 15 a 19 años aumentó de 16,6% en 1992 a 19,4% por ciento en 2012, mientras que todos los demás grupos disminuyeron su peso relativo. Esto indica que para el 2012, casi un 20% de los nacimientos fueron de madres adolescentes de 19 años o menos. Sin embargo, si se observa la tasa específica de fecundidad en este grupo de mujeres (menores de 20), se dio una reducción, pues para el año 1992 era de 96,1 hijos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, mientras que para el 2012, este indicador disminuyó a 70 por cada mil mujeres en este grupo de edad.

Hay que destacar las desigualdades dentro del territorio nacional. Según datos de la CCSS⁶, un 18,23% de los nacimientos fueron de madres con edades entre 15 y 19 años, mientras que un 2,45% fueron madres menores de 15 años. En algunas Áreas de Salud como la de Talamanca, el porcentaje asciende a 25,8% de madres entre 15 y 19, y se reportan más del doble de madres menores de 15 años (5,5%).

Dado que la convivencia conyugal a edades tempranas es un tema sensible para efectos de la salud sexual y salud reproductiva, cabe destacar los hallazgos de González (2013), según los cuales el 20,4% de las mujeres con edades entre 18 y 19 años a nivel nacional, alguna vez han estado en unión, y si bien a edades más tempranas este porcentaje es mucho menor, no está ausente (1% en adolescentes de 12 a 14 años y un 8% de 15 a 17 años). Estas uniones son más frecuentes en zona rural, en jóvenes con primaria incompleta, en población indígena y de nacionalidad extranjera.

⁶Departamento Actuarial CCSS http://www.ccss.sa.cr/estadisticas_actuariales_areas_cantones

Por otra parte, este estudio indica que del total de adolescentes en unión, el 59,8% reporta tener al menos un hijo/a. También se indica que mientras menos edad tenga la adolescente en unión, aumenta el porcentaje de emparejamiento con una persona con mayor diferencia de edad. Las adolescentes con edades entre 12 y 14 años se une a hombres 5 años mayores que ellas en un porcentaje muy alto (88,7%), este porcentaje disminuye en las otras edades (71,1% en adolescentes de 15 a 17 años y 60,3% en las jóvenes de 18 a 19 años).

Esta situación indica la urgencia de que el país se comprometa a mejorar los indicadores de salud sexual y la salud reproductiva de este sector de la población. Y en esta tarea poder definir las responsabilidades que deben enfrentar los servicios de salud.

5. Objetivo General

Velar por que los servicios de salud brinden a las personas adolescentes una atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva integral, de calidad y con calidez, basada en los enfoques de derechos, equidad, género, diversidad, interculturalidad, y con la participación activa de las y los adolescentes, buscando aportar al desarrollo humano integral de esta población y a su calidad de vida.

6. Ámbito de aplicación y población meta

Esta norma es de aplicación nacional obligatoria para todas las instituciones, establecimientos, organizaciones y personas con responsabilidades en el campo de los servicios de atención integral en salud dirigidos a las personas adolescentes, sean éstos públicos o privados.

7. Marco Referencial

La adolescencia es una etapa del curso de la vida caracterizada por grandes cambios biológicos, psicológicos y en las relaciones sociales e interpersonales. Las y los adolescentes conforman un grupo poblacional especialmente sensible a los cambios sociales y económicos que van determinando sus oportunidades de desarrollo. Es importante considerar que estas oportunidades no se distribuyen de manera homogénea en la sociedad, y que los contextos y condiciones de vida en que se desarrollan las personas tienen un peso determinante en los perfiles de salud de los grupos humanos.

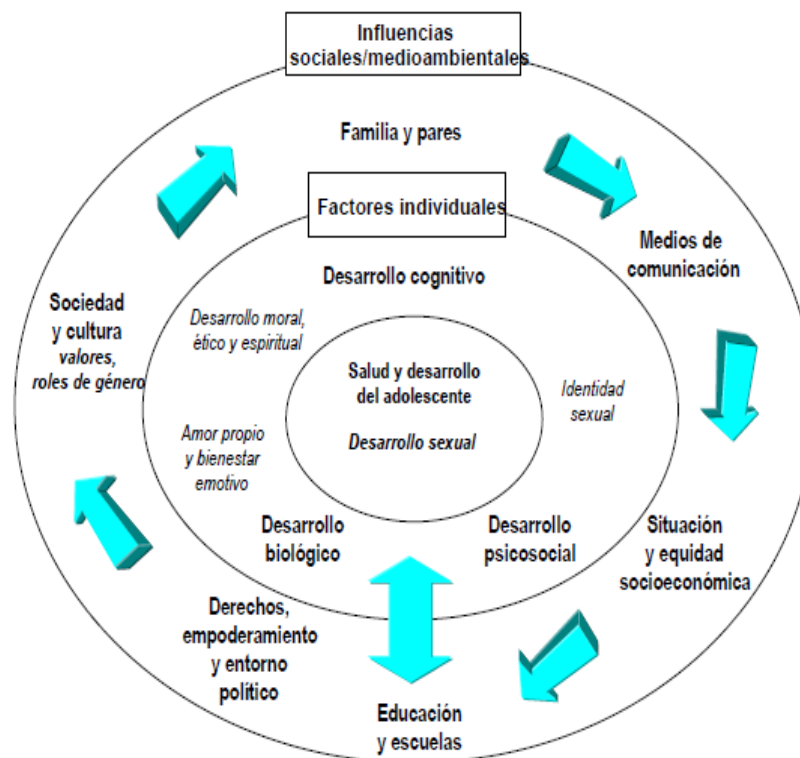
La OMS/OPS establece la adolescencia como aquel período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, y es esta delimitación la que se utiliza en el sector salud nacional, y por tanto la que rige esta Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las personas adolescentes. En esta etapa se pueden diferenciar tres sub-etapas con características y necesidades diferentes: adolescencia temprana (entre 10 y 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). Estos subgrupos no son homogéneos, existen diferencias entre hombres y mujeres, adolescentes rurales o urbanos, grupos étnicos y según condiciones de vida, por lo que es fundamental tomar en cuenta y respetar la diversidad de manifestaciones de la adolescencia.

La SS/SR son aspectos esenciales de la salud y el bienestar de las personas, y como antes se indicara, es justo en la adolescencia cuando se alcanza la madurez sexual y reproductiva, y un porcentaje importante de la población inicia su actividad sexual genital, muchas veces con poca o nula educación e información adecuada y suficiente.

Vivir con salud sexual y salud reproductiva es un derecho que involucra el desarrollo de una sexualidad responsable y placentera sin que las personas estén sujetas a coerción, abuso, manipulación o violencia. También implica disfrutar de una sexualidad libre de infecciones de transmisión sexual o de embarazos no planeados, lo que requiere tener acceso a información, educación y a todos los recursos necesarios que posibiliten el ejercicio pleno de ese derecho, con las responsabilidades que implica.

Tal como señala Shutt-Ainne y Maddaleno (2003), el desarrollo saludable de las y los adolescentes está vinculado al desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo de las y los adolescentes, e influido por los grupos de pertenencia como la familia, el grupo de pares, y los ambientes donde crecen y se desarrollan, como los centros educativos, espacios laborales y las comunidades. El nivel socioeconómico y el nivel educativo, así como el grado de posicionamiento social y cultural de los derechos humanos y el empoderamiento de este grupo poblacional son también determinantes. Todos estos factores están entrelazados y son interdependientes, como se muestra en el siguiente esquema.

**Esquema I:
Influencias y factores que inciden en el desarrollo sexual de las personas adolescentes**



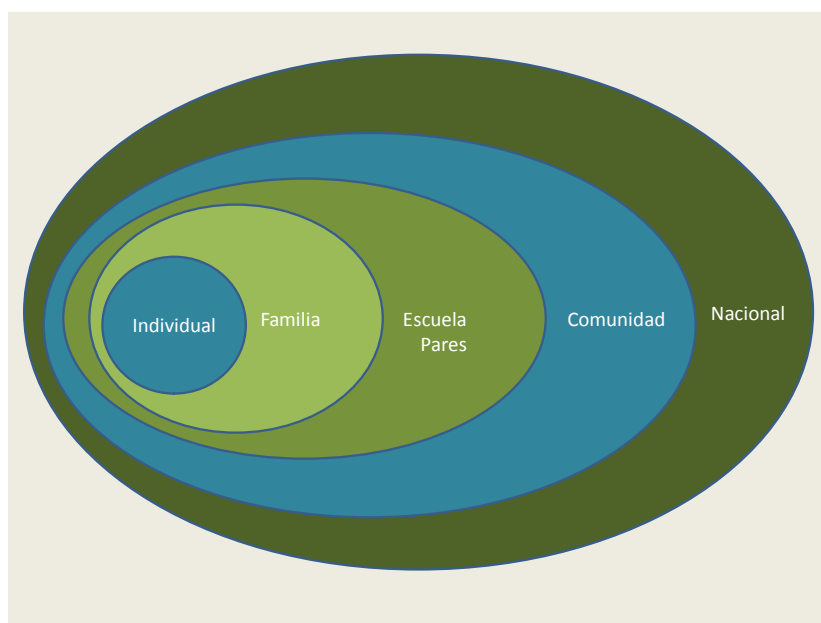
Fuente: Schutt- Ainne y Maddaleno(2003).

Un abordaje de la SS/SR, para que sea efectivo, debe procurar incidir en todas estas dimensiones a partir de una visión de determinantes sociales de la salud y desde un modelo de abordaje en red interinstitucional e intersectorial. Por ello es importante poder identificar las acciones más efectivas para abordar aspectos clave de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes.

La reducción del embarazo en adolescencia es sin duda un aspecto medular que requiere comprenderse desde su determinación. Este es un asunto que involucra no solo aspectos de salud sino de justicia y de oportunidades de desarrollo, así como de exposición a riesgos diferenciados según el sector social de pertenencia de la o el adolescente. El embarazo en esta etapa del curso de vida es el resultado de diversas presiones provenientes de muchas direcciones y niveles, tal como lo explica el último Informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2013) y se presenta en el siguiente esquema.

Esquema 2:

Modelo Ecológico: Factores que influyen en el embarazo en adolescentes



Individual	Familiar	Escuela o colegio/pares	Comunidad	Nacional
• Edad de pubertad e inicio sexual. • Crianza de las niñas en la cual la maternidad es la única opción en la vida. • Desigualdad de género internalizada. • Desconocimiento de las capacidades que están en desarrollo.	• Expectativas negativas para las hijas mujeres. • Poco valor por la educación. • Actitud favorable hacia emparejamiento y convivencia de personas adultas con niñas y adolescentes. • Violencia intrafamiliar e incesto.	• Obstáculos para que las niñas, niños y adolescentes asistan a los centros educativos y permanezcan en ellos. • Falta de información o de acceso a una educación sexual de calidad. • Abuso sexual. • Presión del grupo. • Actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja.	• Actitudes negativas hacia la autonomía de las niñas, niños y adolescentes. • Actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a métodos anticonceptivos. • Disponibilidad limitada a los servicios adecuados para las y los adolescentes. • Clima de coacción, violencia física y sexual.	• Debilidades para sancionar el emparejamiento y convivencia de personas adultas con niñas y adolescentes. • Pobreza. • Machismo, adultocentrismo, socialización de género. • Falta políticas y programas que brinden oportunidades para la educación, el trabajo y el desarrollo integral de la población adolescente. • Mitos y creencias que se promueven socialmente y de manera diferenciada según grupos sociales

Fuente: Adaptación de UNFPA (2013). Informe del Estado de la Población Mundial.

Uno de los desafíos más grandes que debe enfrentarse en la atención integral desde los servicios de salud dirigida a las y los adolescentes, es la necesidad de adecuarlos a las características propias de esta población y a las particularidades de los diversos grupos que la conforman, procurando un abordaje intercultural. De ahí que diversos organismos internacionales como la OMS, OPS, UNFPA y UNICEF (Montero y González, 2010), recomiendan la implementación de servicios de salud amigables con las y los adolescentes. Esto implica que sean accesibles geográficamente, agradables, confidenciales, integrales, interdisciplinarios y que promuevan la autonomía, la participación efectiva y el respeto al consentimiento informado.

Se debe garantizar que los servicios de salud brinden a la población adolescente información comprensible, veraz, científica⁷ y adecuada a su edad y cultura; se creen ambientes seguros, de apoyo y orientación, así como se desarrollen estrategias de educación en salud que les permita a las personas adolescentes desarrollar habilidades para la toma de decisiones saludables, acorde con la adquisición progresiva de su autonomía como personas. También brindarles los recursos para la regulación de la fecundidad y protección adecuada, así como anticiparse e intervenir oportunamente los riesgos para la salud, y en caso de identificar problemas, brindar una atención de calidad. Esto sin olvidar que los servicios pueden ser la puerta de entrada para identificar situaciones que afectan el desarrollo de las y los adolescentes, y que aunque escapen del ámbito de los servicios de salud, se deben hacer las coordinaciones oportunas con otras instancias competentes para lograr una verdadera atención integral en salud que garantice a las y los adolescentes el mejor nivel de desarrollo humano.

7.1 Enfoques rectores⁸:

Los criterios conceptuales y metodológicos que deben ser aplicados en la atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva de la población adolescente en los servicios de salud, se resumen en la aplicación de los siguientes enfoques:

a) Enfoque de derechos:

La atención en salud dirigida a la población adolescente debe basarse en el reconocimiento de las personas menores de edad como sujetos de derechos. En este marco, la persona adolescente se visualiza como sujeto activo y no simple receptor de acciones; se busca con

⁷Tal como indica la evidencia, (The Lancet, 2006, Kirby, 2007), el inicio temprano de actividades educativas en SS/SR y el acompañamiento familiar y de las instituciones a las personas adolescentes, contribuyen a la toma de decisiones saludables como el retraso en el inicio de actividad sexual y otras conductas de protección adecuadas.

⁸ Basados en varios documentos: Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2009); UNFPA, UNICEF, PNUD y CNPJ(2009); Facio (2008), así como evidencias neurobiológicas Fischhoff, Nightingale e Iannota (2001); Johnson, Blum y Giedd(2009); Oliva Delgado (2007); White (2009); Blakemore, Burnett y Dahl (2010); Forbes et al. (2010); Romer (2010); CCSS (2012).

ello romper con los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Se deben eliminar actos discriminatorios, ya sea por distinción, exclusión o restricción, que tengan por objeto o por resultado la violación de un derecho humano a las personas adolescentes. Los servicios de salud para operar desde este enfoque deben contemplar el respeto a la dignidad de las personas adolescentes y el derecho a la información y a la confidencialidad, entre otros derechos.

b) Enfoque de desarrollo humano y desarrollo integral

Una atención integral en salud de las y los adolescentes debe contemplar todas las dimensiones de su persona, sean físicas, intelectuales, sociales, culturales y afectivas, en su dinámica de crecimiento y desarrollo específico. En la adolescencia en particular se requiere reconocer que son personas en proceso de consolidar su propia identidad (individuación) y de adquirir su autonomía en forma progresiva. Procesos de maduración neurobiológicos y sociales hacen que las y los adolescentes presenten características particulares que deben ser comprendidas y consideradas en la atención que se les brinde para garantizar su adecuación y efectividad. Esto desde la perspectiva del desarrollo humano implica facilitar procesos de ampliación de oportunidades y libertades para las personas adolescentes, a través del fortalecimiento y la expansión de sus capacidades individuales y colectivas, en especial la posibilidad de disfrutar una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida de calidad.

c) Enfoque de equidad

No todas las personas adolescentes están en igualdad de condiciones ni gozan de las mismas oportunidades para disfrutar una vida saludable y un desarrollo pleno. De ahí que es necesario considerar de manera sistemática que las condiciones reales de la existencia produce desigualdades en los grupos sociales. Por lo tanto, es necesario implementar acciones que permitan compensar y corregir determinadas injusticias en el acceso a recursos y oportunidades, favoreciendo la inclusión e integración social, así como el desarrollo humano de aquellas personas que históricamente han sido discriminadas y excluidas del desarrollo social y económico. Por ello, la aplicación de este enfoque implica desarrollar medidas que favorezcan a aquellas personas adolescentes que están en condición de mayor vulnerabilidad y requieren condiciones especiales para disminuir los riesgos diferenciados en salud.

d) Enfoque de género

Se debe reconocer que existen condiciones sociales e históricas que asignan diferentes características y roles a las personas dependiendo de su sexo. Esto se basa en valores sociales y culturales construidos sobre el ser hombre y ser mujer. Adoptar el enfoque de género, especialmente en la etapa de la adolescencia, implica promover el cuestionamiento y la ruptura de aquellos patrones socioculturales que sostienen desigualdades basadas en las diferencias entre los sexos, y buscar generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la superación de las inequidades. Para ello es también necesario que el personal de salud vigile que sus acciones no reproduzcan estereotipos de género, ni relaciones de subordinación y discriminación entre

hombres y mujeres, en su lugar debe comprometerse en fortalecer relaciones igualitarias que contribuyan a superar las brechas de género, como parte de su quehacer cotidiano.

e) Enfoque de diversidad

Se debe reconocer las diferentes capacidades, características y necesidades que tienen las personas y los múltiples grupos humanos que configuran una sociedad y una cultura determinada. Desde este enfoque se debe garantizar la no exclusión ni discriminación en la atención en salud basadas en algún tipo de diferencia entre las personas o grupos, así como la adecuación de los servicios según las capacidades funcionales de las personas. En el ámbito de la SS/SR es fundamental que el personal de salud reconozca que todas las personas son seres sexuados y que existen diversas orientaciones sexuales. La aplicación de este enfoque plantea el respeto, la tolerancia y la no violencia contra las personas por sus diferencias.

f) Enfoque de interculturalidad

Si bien los derechos humanos corresponden a todas y a todos por igual, debe tomarse en cuenta las diversas culturas que existen en el país. El diálogo y el reconocimiento de esta diversidad constituyen un derecho humano esencial. En este enfoque no solo se comprende la diversidad de grupos étnicos, sino también las personas que tienen otras nacionalidades y están en condición de migrantes, así como las mismas subculturas juveniles. Lo esencial del enfoque de interculturalidad es asegurar que las diferencias no se conviertan en discriminaciones y que, además, sean reconocidas y aprovechadas como fuentes de saber, de pensamiento y de experiencias para la vida en sociedad.

7.2 Principios rectores⁹:

Los siguientes principios deben regir la atención integral en salud de la población adolescente:

a) Interés superior de la persona adolescente y discriminación positiva

El principio de interés superior de la persona menor de edad promueve que ante cualquier situación dada, la medida que debe tomarse es aquella que mejor satisfaga sus derechos de manera plena y eficiente en un ambiente físico y mental sano, y en procura de su pleno desarrollo personal.

En coherencia con ello, el principio de discriminación positiva establece que la atención de sus necesidades y la garantía de sus derechos son de aplicación prioritaria. Este principio establece que las personas menores de edad son sujetos de derechos humanos universales reconocidos a todas las personas, y de derechos adicionales específicos propios de su condición jurídicas que tienen las y los adolescentes para

⁹Basado en la PNNA (2009) y PENSPA (2011).

equiparar su condición en el ejercicio de su ciudadanía. Estos son mandatos legales que establece el Código de Niñez y Adolescencia.

b) Participación

Toda persona adolescente podrá expresar su opinión, con la garantía de que será escuchada, respondida y tomada en cuenta en todos los asuntos que se relacionen con su vida, incluyendo su situación de salud, y frente a cualquier programa o actividad que la persona considere que puede afectarle. Este principio alude al desarrollo progresivo del ejercicio de sus derechos y principalmente de los de expresión, información y ciudadanía.

De tal forma, las personas adolescentes son reconocidas como sujetos sociales de derechos, lo cual significa que son personas independientes, activas de derechos y con responsabilidades. Gozan de derechos propios, distintos a los de sus progenitores o personas responsables, por lo cual, tales derechos no deben estar supeditados a los intereses de las personas adultas, por ello su relación directa con el interés superior.

c) Autonomía progresiva

El principio de autonomía progresiva parte de la condición de personas en proceso de desarrollo integral y preparación para una vida independiente y responsable; en permanente concordancia con la garantía de los otros principios: interés superior, sujeto social, no discriminación y discriminación positiva, participación y desarrollo.

Esto refiere que la construcción de la ciudadanía social se enmarca en la capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población. Lo que significa que las personas adolescentes van adquiriendo progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento.

8. Marco Jurídico

El país cuenta con un amplio marco jurídico que respalda con claridad la atención integral en salud de las personas adolescentes, según los enfoques y principios antes indicados. Este marco está comprendido por los siguientes instrumentos internacionales y nacionales que dan orientaciones específicas para el adecuado accionar de los servicios de salud dirigidos a este grupo poblacional.

Cuadro I:
Instrumentos jurídicos, políticos y de planificación

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Internacionales	Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 Declaración sobre los Derechos del Niño, 1959 Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, ratificado y adoptado por Costa Rica en 1976 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979, ratificada por Costa Rica en 1984 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989 Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará), 1994, ratificada por Costa Rica en 1995 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2005 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995 Declaración de Panamá, 2000 Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2001 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007 Convenio N°169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, 2007

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Leyes nacionales	Constitución Política de Costa Rica, 1949 Ley N° 4573 Código Procesal Penal, 1996 Ley N° 5395 Ley General de Salud, 1984 Ley N° 5476, Código de Familia, 1974 Ley N° 7184 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990 Ley N° 7586 Ley Contra la Violencia Doméstica, 1996 Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 del año 2002 Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998 Ley N° 7771 Ley General sobre el VIH/Sida, 1998 Ley N° 8101 Ley de paternidad responsable, 2001 Ley N° 8239 Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada, 2002 Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, 2002 Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 2005 Ley N° 7899 Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad, 1999 Ley N° 3261 Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 2005 Ley N° 8590 Para el fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad, 2007 Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007
Decretos Ejecutivos	N° 13032-P-SPPS Código de Moral Ética, 1981 N° 27913-S Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999 N° 30007-S Reglamento del Comité de Estudio del Niño Agredido, 2002

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Políticas	Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015 Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en Costa Rica (2008) Política Nacional de Niñez y la Adolescencia 2009-2021 Política Pública de la Persona Joven (2010) Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020 (CCSS) Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 Política Nacional de Salud 2011-2021
Planes	Plan Nacional de Salud 2010-2021 Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA) Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015. Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (2012-2016)

En concordancia con todo lo anterior la Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las Personas Adolescentes, componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva, establece a continuación las siguientes disposiciones.

9. Disposiciones Generales

- 9.1 De acuerdo al marco jurídico vigente, corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud, velar por el derecho de las y los adolescentes al disfrute del más alto nivel de salud, así como al acceso a los servicios de salud públicos y privados que brinden una atención integral a su salud sexual y salud reproductiva. Para ello, ejercerá la rectoría a través de la coordinación de diferentes actores sociales para un abordaje articulado, desde la perspectiva de la producción social de la salud, con base en las necesidades específicas de este grupo poblacional, en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva.
- 9.2 Los servicios de salud públicos y privados deben ofrecer servicios de calidad y calidez para las personas adolescentes que faciliten su accesibilidad, aceptabilidad, equidad, que sean apropiados, efectivos, eficaces y basados en intervenciones que dispongan de evidencia científica para su implementación.
- 9.3 Los servicios de salud públicos y privados deben disponer de una estrategia de fortalecimiento y readecuación de los espacios físicos, a fin de que los servicios sean amigables para las personas adolescentes, que tome en cuenta sus opiniones sobre su diseño y desarrollo, que responda a las necesidades de salud de la población adolescente, y garantice las condiciones para su ejecución en forma progresiva y programada, acordes a las políticas de salud vigentes.
- 9.4 Los servicios de salud públicos y privados deben disponer de una estrategia de desarrollo del recurso humano, de carácter interdisciplinario, que permita fortalecer la competencia técnica de las personas funcionarias responsables de brindar atención directa a la población adolescente, especialmente en la atención de su salud sexual y salud reproductiva.
- 9.5 Los servicios de salud públicos y privados deben incorporar estrategias que permitan y fomenten la participación activa de las personas adolescentes, así como de la comunidad, en el diagnóstico, planificación, implementación, monitoreo y evaluación de estos servicios, incluyendo su participación en el diseño y desarrollo de los servicios amigables para adolescentes.
- 9.6 Los servicios de salud públicos y privados deben desarrollar estrategias educativas específicas para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes, que favorezca el vivir una sexualidad segura, responsable y placentera, acorde a la etapa del desarrollo en la cual se encuentren, así como a su condición de género, contexto cultural, diversidad funcional, entre otros.
- 9.7 Los servicios de salud públicos y privados tendrán en cuenta las condiciones del contexto en que ocurre la atención integral de las personas adolescentes, partiendo del reconocimiento de la diversidad e incorporando un enfoque intercultural sensible a las condiciones y derechos especiales de los grupos étnicos y de la condición de migrantes,

asegurando que estas diferencias no se conviertan en discriminaciones que limiten el acceso para estos grupos poblacionales.

- 9.8 El Ministerio de Salud contará con estrategias para el monitoreo y evaluación de la implementación progresiva de servicios de calidad para adolescentes, de acuerdo a los enfoques planteados en esta Norma, así como de la implementación de estrategias de fortalecimiento y readecuación de los espacios físicos y desarrollo de recurso humano, en los servicios de salud públicos y privados que presten servicios a esta población.
- 9.9 Los prestadores de servicios de salud deben establecer sistemas de supervisión y evaluación de la atención, basados en esta Norma y en la normativa técnica institucional para su implementación.
- 9.10 Esta Norma será revisada y ajustada de manera periódica cada tres años.

10. Disposiciones Específicas

- 10.1 Todo servicio de salud público y privado debe contar con normativas técnicas institucionales que indiquen los procedimientos a seguir para la implementación de la atención de la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente, según los recursos locales y características particulares del contexto, los cuales deberán garantizar su adecuado ajuste a esta Norma Nacional.
- 10.2 Toda Área Rectora de Salud, debe contar con un análisis de situación de salud intersectorial actualizada cada 5 años, en el cual se incluya un componente específico de la población adolescente, con indicadores de salud y psicosociales establecidos por la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud. La conducción de este proceso estará a cargo del Área Rectora de Salud y el análisis se elaborará con participación activa de las y los adolescentes, comunidades, servicios de salud públicos y privados, y de otras instituciones afines. Los establecimientos de salud públicos y privados deberán contar con un diagnóstico de situación de salud de las personas adolescentes y de los servicios de salud brindados al área de atracción respectiva.
- 10.3 Toda Área Rectora de Salud debe contar con un plan de acción intersectorial encaminado a mejorar la situación de salud de las personas adolescentes, basándose en el análisis de situación de salud antes mencionado, que incluya la estrategia de su monitoreo. Las Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud darán seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de las Áreas Rectoras de Salud.
- 10.4 Todo servicio de salud público y privado debe garantizar atención diferenciada a la población adolescente en cuanto a: horarios, diversidad de escenarios que resulten atractivos y aceptables, condiciones de privacidad y confidencialidad, así como calidad y calidez de la atención brindada por personal sensibilizado y capacitado. Para esto es

también necesario utilizar estrategias tanto de promoción de los servicios, como de detección y captación de esta población, según la disponibilidad de recursos y las necesidades de las personas adolescentes, tomando en cuenta sus características individuales, de contexto familiar y comunitario.

- 10.5 La estructura física básica de los servicios de salud públicos y privados donde se atienden personas adolescentes, estará regulada por la norma vigente de habilitación de establecimientos de salud, dictada por el Ministerio de Salud, según corresponda.
- 10.6 Todo servicio de salud público y privado debe implementar medidas para reducir barreras de acceso identificadas en los servicios de atención a población adolescente, entre ellas la exigencia del acompañamiento de una persona adulta para brindar la atención. Además debe aplicar normas administrativas institucionales que faciliten la aplicación de estas medidas.
- 10.7 El Ministerio de Salud debe implementar medidas para la identificación de barreras de acceso a la oferta de servicios de salud para las personas adolescentes, dirigiendo y conduciendo a los actores sociales para la reducción de éstas.
- 10.8 El equipo de salud que brinde atención a la población adolescente debe estar sensibilizado, capacitado y recibir educación continua para ejecutar los procedimientos que garanticen una adecuada aplicación de esta Norma Nacional.
- 10.9 Los servicios de salud formarán parte de las organizaciones e instituciones que apoyarán a los Subsistemas Locales de Protección a la Niñez y la Adolescencia¹⁰, en la promoción de la participación activa de adolescentes como promotores juveniles, así como en la capacitación y el acompañamiento, para el desarrollo de actividades educativas, divulgativas e informativas sobre SS/SR con grupos de pares.
- 10.10 Toda persona adolescente debe tener derecho a consulta de atención individual, en la que se le brinde una evaluación integral, se identifiquen riesgos para la salud física y riesgos psicosociales, se exploren sus necesidades y problemas en SS/SR y se brinde el tratamiento requerido, así como los recursos de información y educación, entre ellos consejería en SS/SR, e insumos que permitan a las y los adolescentes ejercer su sexualidad de manera informada y responsable. Se debe asegurar un mínimo de tres consultas de atención integral al finalizar el período de la adolescencia, tomando en cuenta que deben brindarse de la siguiente manera: una en la adolescencia temprana (10 a 13 años), otra en la adolescencia media (entre 14 y 16 años) y otra en la adolescencia tardía (17 a 19 años). Los servicios de salud públicos y privados deben contar con la programación de dichas consultas y las estrategias para asegurar el cumplimiento de la cobertura.

¹⁰Decreto N° 35876-S “Lineamiento para el Sector Social y Lucha Contra la Pobreza: Implementación de los subsistemas locales de Protección a la Niñez y la Adolescencia en las Once Comunidades Prioritarias”.

- 10.11 Los servicios de salud públicos y privados deben aplicar instrumentos de evaluación de riesgo, basados en evidencia científica, validados y aceptados por la población adolescente, que posibilite la detección temprana de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente atendida. Su administración debe asegurar la privacidad y la confidencialidad de la atención y de la información brindada, en el contexto de una atención personalizada cuyo eje es el desarrollo de confianza entre el personal de salud y la persona adolescente.
- 10.12 En las situaciones de riesgo detectadas, los servicios de salud públicos y privados deben contar con instructivos claros para intervenir y hacer referencias oportunas de acuerdo al tipo de riesgo identificado, siguiendo las rutas establecidas, y dar el seguimiento requerido.
- 10.13 Los servicios de salud públicos y privados deben garantizar el respeto a la confidencialidad de la información brindada por la persona adolescente y sobre los hallazgos de su salud, así como aplicar las medidas de sanción establecidos por ley a aquel funcionario o funcionaria que incumpla con esta obligación y disposición, salvo en aquellos casos que prive el resguardo de la vida y la seguridad de las personas.
- 10.14 El Ministerio de Salud debe velar porque se actualice la oferta anticonceptiva para la población adolescente, y emitir periódicamente recomendaciones al respecto, con criterios de calidad, seguridad, basadas en la evidencia científica disponible, actualizada, que no interfieran con el adecuado desarrollo y el crecimiento de las y los adolescentes.
- 10.15 Los establecimientos de salud públicos y privados deben brindar información en salud sexual y salud reproductiva a todas las personas adolescentes de acuerdo a su etapa del desarrollo para una toma de decisiones adecuada, así como asesoría sobre anticoncepción y protección sexual, según sus intereses y necesidades.
- 10.16 Los establecimientos de salud deben disponer y proveer, de manera oportuna, de una variedad de métodos anticonceptivos y de protección sexual que sean modernos, de calidad, adecuados para adolescentes, de manera que no interfieran con el proceso de crecimiento ni limiten su óptimo desarrollo o lesionen su calidad de vida presente y futura, que estén fundamentados y recomendados por la mejor evidencia científica disponible, y cuenten con la aceptación de las personas adolescentes y estén en función de su mejor interés.
- 10.17 Los establecimientos de salud públicos y privados deben garantizar que ante la sospecha razonable de las siguientes situaciones: adolescentes menores de 15 años con actividad sexual o conviviendo con una pareja, sospecha de explotación sexual, trata, o abuso sexual, se debe hacer la referencia inmediata a trabajo social o psicología de la institución en que se detecta la situación de acuerdo a lo establecido por las instancias responsables, o a la línea de emergencia para garantizar la protección inmediata, así como la respectiva referencia al CEINNA, PANI y la denuncia al Ministerio Público.
- 10.18 Cada establecimiento de salud público y privado debe contar con estrategias educativas individuales y grupales, planificadas, implementadas y evaluadas, que brinden a las y los

adolescentes herramientas para el conocimiento y ejercicio de sus derechos en salud sexual y salud reproductiva, que permitan proteger su salud, incentivar el auto y mutuo cuidado, favoreciendo relaciones igualitarias entre las personas, y el disfrute de su sexualidad de manera informada, segura, responsable y placentera, conforme a su autonomía progresiva.

- 10.19 El equipo de salud debe programar y desarrollar espacios educativos con las madres, padres, o personas adultas significativas, que fortalezcan su rol de acompañamiento, afecto, y socialización de las personas adolescentes a su cargo, con efectividad y eficacia.
- 10.20 El Ministerio de Salud establecerá el esquema de vacunación para la población adolescente, de acuerdo a normas nacionales, internacionales y evidencia científica actualizada, y velará por la disponibilidad de los biológicos aprobados. Los servicios de salud públicos y privados deben garantizar el cumplimiento de dicho esquema.
- 10.21 Todo servicio de salud público y privado implementará una modalidad de atención diferenciada a: las adolescentes embarazadas, madres y padres adolescentes, incluyendo la preparación al parto (curso de preparación psicofísica para el parto), la atención al parto, asesoría y prescripción de anticonceptivos postparto y el apoyo a la lactancia y crianza que debe reunir los requisitos de un servicio de calidad y calidez, así como las referencias que faciliten su continuidad o reinserción en el sistema educativo y de apoyo psicosocial requerido.
- 10.22 En la elaboración y ejecución de los cursos de preparación para el parto diseñados por enfermería de los servicios públicos y privados se debe incorporar las directrices establecidas en esta norma.
- 10.23 Los servicios de salud públicos y privados deben establecer los mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la referencia y contra referencia a otros niveles de atención y tener un registro de éstas, donde el objeto central sea responder a las necesidades y derechos de las personas adolescentes.
- 10.24 El Ministerio de Salud debe establecer los mecanismos para el seguimiento y monitoreo de referencias y contra referencias entre los servicios de salud y otras instituciones vinculadas con la atención de las personas adolescentes, siguiendo las normativas vigentes, para lo cual contará con un registro de estas acciones, donde el objeto central de este esfuerzo es responder a las personas adolescentes y sus necesidades.
- 10.25 Los servicios de salud públicos y privados deben generar información de calidad, actualizada y accesible sobre la atención brindada a las personas adolescentes, que permita realizar el seguimiento de los casos, así como contar con un sistema de información sobre adolescentes que mejore la articulación interinstitucional y facilite la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales, articulado con los Subsistemas Locales de Protección.

Transitorio único:

Los indicadores de evaluación respecto a la implementación de esta Norma, serán elaborados por la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, en un plazo no mayor a 6 meses después de la respectiva publicación de la Norma y se aplicarán a partir de su respectiva publicación.

11. Glosario:

Acceso a los servicios de salud:

Se refiere al proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad, el cual involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción.

Es el grado por el cual individuos puede ejercer su derecho para acceder y recibir atención y servicios del sistema de atención de salud, los factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras (Plan Nacional de Salud 2010-2020).

Actor Social:

Todo individuo, colectividad u organización cuyo accionar tiene un efecto significativo sobre el proceso de producción de la salud, sea este positivo o negativo, incluida la toma de decisiones relacionada con la formulación de las políticas públicas (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud).

Atención diferenciada para adolescentes:

Hace referencia a una modalidad de atención que permita atender las necesidades de salud de la población adolescente, tomando en cuenta sus particularidades y condiciones de accesibilidad a los servicios, para ofrecer una atención integral con calidez y calidad basada en la evidencia (CCSS, 2009). La atención debe ser diferenciada de acuerdo a la edad de las personas adolescentes, su género, lugar de procedencia, cultura y otras particularidades especiales.

Atención integral de la salud:

Se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones especiales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales-espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente transdisciplinario, y el abordaje intersectorial (Plan Nacional de Salud 2010-2020)

Calidad de atención en salud:

Atención brindada en servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos (Plan Nacional de Salud 2010-2021).

Los servicios de salud de calidad para adolescentes reflejan sus necesidades y demandas, así como sus expectativas y experiencias en materia de servicios de salud, y tienen por objeto cerrar la brecha que existe entre la oferta y la demanda de servicios creada por las diferentes perspectivas de proveedores, planificadores y personas adolescentes (OPS, 2004).

Calidez:

Actitud de escucha, respeto, solidaridad y tolerancia que promueve un trato digno a las personas atendidas en los servicios de salud (Revista de Ciencias Administrativas y Financieras, CENDEISS).

Confidencialidad:

Es el deber de guardar el secreto profesional. Implica que todas persona funcionaria de los servicios de salud que obtengan o conozca información acerca de la salud o la vida privada de las y los adolescentes, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tienen el deber de disponer de todos los medios para que dicha información no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio. Es un valor y una práctica fundamental para hacer amigable un servicio dirigido a adolescentes.

También implica que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias (Ley Derechos y Deberes de las personas Usuarias de los Servicios No. 8239) o cuando la información pueda acarrear daño al paciente, a terceros o por imperio legal (Código de Moral Ética, Decreto Ejecutivo N° 13032-P-SPPS del 15 de octubre de 1981).

Derechos reproductivos:

Abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso y ratificados por el país. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y, a, disponer de la información y de los medio para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su

derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Programa de Acción, Párrafo 7.3).

Derechos sexuales:

El derecho de toda mujer y hombre a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta/o a coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Adaptado de la Conferencia Mundial de la Mujer, párrafo 96).

Determinantes sociales de la salud:

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2008).

Estrategia:

Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin (Ministerio de Salud).

Equidad en salud:

Atención a personas y grupos poblacionales según sus necesidades particulares, de manera que haya una distribución justa de recursos, bienes, servicios, e información. Busca disminuir las brechas en salud que son evitables e injustas; implica la incorporación del enfoque de riesgo tanto a nivel individual como colectivo, dado que las condiciones de vida generan distintas necesidades de salud; lo que implica la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción y el fortalecimiento de los factores protectores de la salud (Plan Nacional de Salud 2010-2020).

Participación activa de las personas adolescentes:

Significa la intervención de la población adolescente en forma individual u organizada en la toma de decisiones, asumiendo de manera libre y consciente el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en la salud personal, familiar y comunitaria, en el marco del enfoque de promoción de la salud (Care Perú, 2002).

Personal de Salud:

Toda persona que trabaja en los servicios de salud y atiende, directa o indirectamente, a la población adolescente. Se refiere a profesionales de la salud, personal administrativo y de servicios de apoyo, incluyendo personal de vigilancia, labores misceláneas, secretariales, de archivo, entre otros.

Privacidad:

La privacidad es parte fundamental del respeto a la dignidad humana, así como de los derechos a la integridad física, la libertad y la seguridad de la persona. Los Estados deben respetar en forma estricta el derecho a la privacidad y la confidencialidad, que comprende la consulta y la consejería en temas de salud. El personal de los servicios de salud tiene la obligación de observar la confidencialidad de la información médica relativa a los adolescentes. Esa información solo puede ser revelada con el consentimiento del adolescente o en las mismas situaciones en que se permite la excepción a la confidencialidad para los adultos. (Comité de los Derechos del Niño, 2003, párr. 11).

Los servicios destinados a adolescentes deben respetar la privacidad de sus consultas. Lo anterior incluye por lo menos: la adecuación de espacios en las instituciones; la creación de condiciones para garantizar la privacidad de la información solicitada por adolescentes y aquella que se consigne en la historia clínica; la capacitación e información a empleados(as) de las instituciones para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de la información (OPS, 2005).

Riesgos:

Condición social, económica, biológica ambiental, que está asociada con un incremento en la posibilidad o susceptibilidad de una enfermedad o daño en la salud (OPS).

Se refiere a la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta la salud de una persona o de un grupo (Donas, 1998) o a la probabilidad de que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros (Krauskopf, 1995).

Salud sexual:

Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (World Association For Sexology). El objetivo de la salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (UNFPA). Una conducta sexual saludable implica una

madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona tomar decisiones que no coloquen en riesgo su salud. (OPS, 2005)

Salud Reproductiva:

Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (UNFPA).

Servicio amigable:

Se definen como aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera que sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones (Moreno y otros, 2008).

Significa servicios diseñados para adolescentes y jóvenes, que tengan en cuenta sus necesidades específicas en salud, entiendan sus formas de vida y su modo de vincularse socialmente, además de que se encuentren libres de obstáculos que los servicios tradicionales han presentado (Berner y otros, 2009).

Sistema de Producción Social de la Salud:

Conjunto interrelacionado de entes que impactan de manera significativa sobre los determinantes de la salud en las dimensiones socio-económicas y culturales, ambientales, biológicas y de servicios de salud (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud).

Subsistema Local de Protección (SSLP):

Estrategia local de reorganización social que posibilita las acciones planificadas, articuladas e integrales de las instituciones públicas, organizaciones sociales y comunales, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, con la participación de niños, niñas y adolescentes para garantizar los derechos de esta población en cada distrito o cantón.

12. Referencias bibliográficas

1. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. Costa Rica.
2. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1974). *Ley N° 5476. Código de Familia*. Costa Rica.
3. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1981). *Decreto N° 13032-P-SPPS. Código de Moral Ética*. Costa Rica.
4. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1984). *Ley N° 5395. Ley General de Salud*. Costa Rica.
5. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1990). *Ley N° 7184. Convención sobre los Derechos del Niño*, ratificada por Costa Rica.
6. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1996a). *Ley N° 7576. Ley de Justicia Penal Juvenil*. Costa Rica.
7. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1996b). *Ley N° 4573. Código Procesal Penal*. Costa Rica.
8. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998a). *Ley N° 7732. Ley General de Protección a la Madre Adolescente*. Costa Rica.
9. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998b). *Ley N° 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia*. Costa Rica.
10. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1998c). *Ley N° 7771. Ley General sobre el VIH/Sida*. Costa Rica.
11. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1999a). *Ley N° 7899. Ley Contra la Explotación Sexual Comercial de las Personas Menores de Edad*. Costa Rica.
12. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (1999b). *Decreto N° 27913-S. Decreto sobre la Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales*. Costa Rica.
13. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2001). *Ley N° 8101. Ley de Paternidad Responsable*. Costa Rica.
14. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002a). *Ley N° 8261. Ley General de la Persona Joven*. Costa Rica.
15. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002b). *Ley N° 8312. Ley General de Protección a la Madre Adolescente*. Costa Rica.
16. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002c). *Ley N° 8239. Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada*. Costa Rica.
17. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2002d). *Decreto N° 30007-S. Reglamento del Comité de Estudio del Niño Agredido*. Costa Rica.
18. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2005). *Ley N° 7600. Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. Costa Rica.
19. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2007a). *Ley N° 8690. Ley para el Fortalecimiento de la Lucha contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad*. Costa Rica.
20. Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2007b). *Ley N° 8612. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes*. Costa Rica.
21. Berner, E., Calandra, N., Corral, A., Medina, V., Tarzibachi, E., Vázquez, S. y Zingman, F. (2009). *Adolescencia. Un servicio amigable para la Atención Integral de la salud*. Hospital General de Agudos. Buenos Aires, Argentina.

22. Blakemore, S., Burnett and, S. & Dahl, R. (2010). The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. *Human Brain Mapping*, 31, 926-933.
23. Care Perú. (2002). *Serie: Manual del Facilitador en Salud*. Módulo 2: Participación comunitaria SIVICO. Lima, Perú: FIMART.
24. CCSS. (2009). *Lineamientos metodológicos para el diseño de propuestas de modalidades de atención en los establecimientos de salud*. Gerencia División Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. Costa Rica.
25. CCSS. (2010). *Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género (2010-2020)*. UNFPA/CCSS. San José, Costa Rica.
26. CCSS. (2012). *Marco Filosófico Conceptual*. Inédito.
27. CCSS. (SF). *Estadísticas actuariales*. Recuperado de: http://www.ccss.sa.cr/estadisticas_actuariales_areas_cantones
28. CEDAW. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Ratificada por Costa Rica en 1984.
29. CEDAW. (1994). *Convención Belem do Pará: Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*. Ratificada por Costa Rica en 1995.
30. Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2009). *Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia Costa Rica 2009-2021*. Costa Rica.
31. Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven. (2010). *Política Pública de la Persona Joven y su Plan de Acción*. San José, Costa Rica.
32. Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven. (2013). *2da Encuesta Nacional de Juventudes. Informe de Principales Resultados*. San José, Costa Rica.
33. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1969). *Convención Americana sobre los Derechos Humanos*. Pacto de San José. San José, Costa Rica.
34. Facio, A. (2008). *El derecho a la no discriminación. En Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los instrumentos del Sistema Interamericano*. San José, Costa Rica: Instituto de Derechos Humanos.
35. Fischhoff, B., Nightingale, E. & Iannota, J. (2001). *Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement*. Board on Children, Youth, and Families. National Academy Press. Washington, D.C.
36. Forbes, E., et al. (2010). Health Adolescents' Neural Response to Reward: associations with puberty, positive affect, and depressive symptoms. National Institutes of Health. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 162-172.
37. González, W. (2011). *Informe preliminar: Brechas en el acceso a los servicios de atención primaria de salud Costa Rica*. MS/BID, Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.
38. González, A. (2013). *Uniones tempranas en Costa Rica y su relación con el embarazo en la adolescencia*. Costa Rica: UNFPA.
39. INAMU. (2007). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017*. San José, Costa Rica.
40. Johnson, S., Blum, R. & Giedd, J. (2009). Adolescent Maturity and the Brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. National Institutes of Health. *Journal Adolescent Health*, 45(3), 216-221.

41. Kirby, Douglas (2007) *Emerging Answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, E.U.
42. Ministerio de Salud. (2005). *Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*. San José, Costa Rica.
43. Ministerio de Salud. (2007). *Política Nacional de VIH y Sida. Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida (CONASIDA)*. Costa Rica.
44. Ministerio de Salud. (2008). *Política del sector salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica.
45. Ministerio de Salud. (2010a). *Encuesta Global de Salud Escolar, 2009*. Costa Rica: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Global School based Student Health Survey, Organización Mundial de la Salud, Centro para la Prevención y Control de Enfermedades.
46. Ministerio de Salud. (2010b). *Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015*. Costa Rica.
47. Ministerio de Salud. (2010c). *Plan Nacional de Salud 2010-2021*. San José, Costa Rica.
48. Ministerio de Salud. (2011a). *Informe de Resultados: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2010*. Costa Rica.
49. Ministerio de Salud. (2011b). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. San José, Costa Rica: MS-OPS.
50. Ministerio de Salud. (2011c). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*. San José, Costa Rica.
51. Ministerio de Salud. (2011d). *Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. I Parte: Marco Conceptual y Normativo de la Política*. Costa Rica.
52. Ministerio de Salud. (2011e). *Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. II Parte: Análisis de la Situación; propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de Sexualidad*. Costa Rica.
53. Ministerio de Salud. (2011f). *Política Nacional de Salud 2011-2021*. Costa Rica.
54. Ministerio de Salud. (2012a). *Plan Estratégico Institucional 2011-2015*. Recuperado de <http://ns2.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-marco-estrategico-institucional-ms>
55. Ministerio de Salud. (2012b). *Estadísticas de VIH y sida en Costa Rica. 2002-2012*. Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Vigilancia del Ministerio de Salud.
56. Ministerio de Salud. (13 de setiembre, 2013). *Taller de Acceso a Métodos Anticonceptivos y Métodos de Protección*. Proyecto Salud Mesoamérica 2015.
57. Montero, A. & González, E. (2010). Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(4), 272-277.
58. Moreno, D., Toro, M., Campos, S. y Mejía, M. (2008). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. *Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Ministerio de Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) - Colombia. Bogotá, Colombia.

59. Oliva Delgado, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254. Sevilla, España. Recuperado de: http://celafin.org/documentos/OlivaDelgado_DesarrolloCerebral.pdf
60. ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
61. ONU. (1959). *Declaración sobre los Derechos del Niño*.
62. ONU. (1966). *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ratificado y adoptado por Costa Rica en 1976.
63. ONU. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.
64. ONU. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*.
65. ONU. (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*.
66. OPS. (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Washington, D.C.
67. OPS/OMS, UNFPA, CENEP. (2000). *Recomendaciones para la Atención Integral de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. CENEP. Serie OPS/FNUAP N°2. Washington DC, Estados Unidos.
68. Poder Ejecutivo de Costa Rica. (1981). *Decreto N° 35332-S Código de Moral Ética*. Costa Rica.
69. República de Panamá. (2000). *Declaración de Panamá. "Unidos por la Niñez y la Adolescencia, Base de la Justicia y la Equidad en el Nuevo Milenio"*. Panamá.
70. Romer, Daniel. (2010). Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: implications for prevention. National Institutes of Health. *Development Psychobiology*, 52(3), 263-276.
71. Shutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS. Washington, D.C.
72. UNFPA. (2013). *Informe del Estado de la Población Mundial*.
73. UNFPA., UNICEF., PNUD.& CNPPPJ. (2009). *Programa conjunto de servicios amigables en salud y educación, para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del VIH/SIDA*. Limón y Puntarenas. Costa Rica: UNFPA.
74. UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia*.
75. Universidad de Costa Rica. (2008). *VI Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y la adolescencia en Costa Rica. A diez años del Código de la Niñez y la Adolescencia*. Costa Rica: Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia, Universidad de Costa Rica (UCR), Programa Interdisciplinario y acción social de los derechos de la niñez y la adolescencia (PRIDENA), Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
76. Universidad de Costa Rica. (2008). *VI Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia: a 10 años del Código de la Niñez y la Adolescencia*. San José, Costa Rica: PRIDENA/UCR-UNICEF.
77. Valverde, O. & Sánchez, L. (2012). Salud sexual y salud reproductiva de las personas adolescentes: aportes para la toma de decisiones. En *Visualizando la salud reproductiva y la sexualidad desde diversas perspectivas: un análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica, 2010*. San José, Costa Rica.

78. White, A. (2009) Understanding adolescent brain development and its implications for the clinician. *Adolescent Medicine*, 20, 73-90.
79. WHO. (2011). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html