

Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)

2010 - 2018



Marzo, 2011



613.043.3

P699p Costa Rica. Ministerio de Salud.

Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. — 1ª. ed. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2010.

84 p.; 27x21 cm.

ISBN 978-9977-62-097-8

1. Adolescencia. 2. Planes nacionales.
3. Costa Rica. I. Título

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación y otros, sin permiso escrito de los editores.

Este documento puede ser consultado en:

www.netsalud.sa.cr

Costa Rica, Marzo de 2011

Créditos

María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud

Ana Morice Trejos
Viceministra de Salud

Mauricio Vargas Fuentes
Viceministro de Salud

Andrea Garita Castro
Directora, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud

Alejandra Acuña Navarro. **Ministerio de Salud. Jefa Planificación Estratégica Jefe de Unidad de Planificación Estratégica de la Producción Social de la Salud**

Dr. Roberto del Águila. **Organización Panamericana de la Salud**

Equipo Conductor de la Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes

Ana Morice Trejos. **Viceministra de Salud.**

Rosibel Méndez Briceño.
Coordinadora Técnica.

Esmirna Sánchez.
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Alberto Morales.
Hospital Nacional de Niños.

Rocío Solís. **Ministerio de Educación.**

Mauricio Medrano. **Patronato Nacional de la Infancia**

Marco Díaz
Caja Costarricense de Seguro Social

Ninethe Alarcón Alba.
Caja Costarricense de Seguro Social

Evelyn Morales. **Dirección de Garantía Acceso a Servicios de Salud**

María de los Ángeles Hidalgo. **Dirección de Garantía Acceso a Servicios de Salud**

Consultora. Jessica Mac Donald Quiceno

Presentación

Durante los años 2008 y 2009, los Ministros de Salud de las Américas aprobaron la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes y el Plan de Acción de Salud de Adolescentes y Jóvenes en las sesiones 48ª y 49ª del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fundamentado en lo anterior y en el análisis de los determinantes sociales de salud de la población adolescente, especialmente el grupo comprendido entre los 12 y 18 años, el Ministerio de Salud de Costa Rica, como ente rector, convocó a diversos actores para iniciar un proceso de construcción que condujo a la formulación del presente "Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA)" cuyo propósito es mejorar las condiciones de vida de las personas adolescentes.

Hoy es un honor poner a disposición ante los y las adolescentes, las instituciones y la sociedad en general, esta herramienta de trabajo que permitirá desarrollar acciones consensuadas que contribuyan a la reducción de los factores de riesgo a los que están expuestos este grupo de población, y a fortalecer los factores que protegen su salud, mediante estrategias de articulación que converjan sinérgicamente en acciones de desarrollo integral, promoción, prevención y atención de la salud de las personas adolescentes.

Reconociendo que existen inequidades en el acceso y calidad a los diferentes servicios que requieren las personas adolescentes, el PENSPA permitirá avanzar hacia la reducción de las brechas de salud que inciden en las condiciones de vida, impactar en los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades que explican los perfiles de salud diferenciados que afectan a las poblaciones adolescentes más vulnerables.

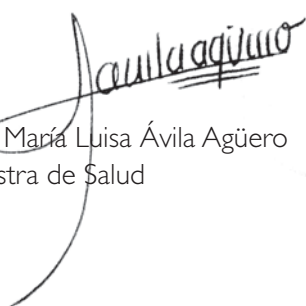
Con este Plan interinstitucional, el Ministerio de Salud conduce y articula las diversas responsabilidades y competencias institucionales en procura del bienestar de la población adolescente del país, priorizando el logro de cinco objetivos:

- 1) Generar información estratégica, de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de

decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales.

- 2) Fortalecer y consolidar los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud para el establecimiento de entornos favorables para la salud y el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes.
- 3) Implementar servicios interinstitucionales integrales de cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etáreo, dando prioridad a población adolescente que vive en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.
- 4) Desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente.
- 5) Desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.

Para alcanzar esos objetivos, contamos con el compromiso de diversidad de actores sociales que permitirán que el PENSPA sea una realidad y logre construir un mundo presente y futuro con mayor equidad, avanzando hacia el cumplimiento de los derechos humanos de los y las adolescentes.



Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministra de Salud

Índice

	<i>Página</i>
JUSTIFICACIÓN	9
I. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL PAÍS	11
1.1 Evolución demográfica	11
1.2 Educación y empleo	12
II. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES	17
2.1 Salud sexual y salud reproductiva	17
2.2 Salud nutricional	21
2.3 Salud mental	22
2.4 Violencia	25
2.5 Respuesta de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población adolescente	27
III. MARCO DE REFERENCIA	31
3.1 Determinantes sociales de la salud	31
3.2 Determinantes de la salud en la adolescencia	33
3.3 Determinantes de la salud en la adolescencia según personas expertas, adolescentes y jóvenes	36
3.4 Abordaje efectivo de la salud en la adolescencia	37
IV. INICIATIVAS INSTITUCIONALES Y SECTORIALES A SER ARTICULADAS CON EL PLAN	39
V. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN	45
VI. PLAN DE ACCIÓN 2010 - 2018	49
ANEXOS	69

Justificación

El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) surge como respuesta nacional a la Estrategia Regional sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes enmarcada en acuerdos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹. Costa Rica ha tenido una larga trayectoria y reconocimiento como ejemplo regional en materia de atención a la salud de la población adolescente, y es indispensable volver a posicionarle como un país pionero en la promoción de los mejores estándares de salud para este grupo poblacional.

Las autoridades en salud del país han acordado circunscribir los alcances de este plan a la población adolescente (12 a 18 años), ya que tiene por sí mismo características y necesidades particulares que le diferencian de la población joven. Con ello se busca también responder a la **Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2021** que tiene la siguiente meta:

“al 2021, Costa Rica espera haber alcanzado el nivel de una nación capaz de garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos de la niñez y la adolescencia, y hacer de todo el territorio nacional un ambiente o entorno de protección integral, participación y desarrollo efectivo de los niños, niñas y adolescentes que lo habitan”.

Dentro de esta política se contempla entre sus aspiraciones garantizar:

“...servicios de salud integral inclusivos, oportunos, eficaces y eficientes para la población menor de edad, con un adecuado balance entre promoción, prevención y atención”.

A su vez, el PENSPA se inscribe dentro de un marco más amplio que es el **Plan Nacional de Salud 2010- 2021**, liderado desde el Ministerio de Salud, dando especial énfasis en los determinantes sociales de la salud. El desarrollo social y la salud son aquí inseparables, ya que una buena salud es requisito fundamental para el desarrollo social, a la vez que el desarrollo social facilita mejores niveles de salud y de desarrollo humano en la población. La salud es esencial para el

¹ Esta estrategia se encamina a fomentar y proteger la salud de adolescentes y jóvenes de la región con edades comprendidas entre los 10 y los 24 años, y fue aprobada por el 48° Consejo Directivo de la OPS en setiembre del 2008, resolución CD48.R5.

bienestar de las personas y de ella depende la posibilidad de actuar como agentes sociales. Incidir en las causas que acarrearán una mala salud, permite alcanzar los objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, al igual que crear y sostener sociedades económicamente viables. Todo ello implica mejorar el ejercicio de la justicia social, la democracia, así como el respeto y defensa de los derechos humanos.

En el PENSPA se retoma un grupo poblacional estratégico, muchas conductas saludables o inseguras se empiezan a gestar y establecer en este ciclo de la vida, lo que tiene un impacto en su futuro estado de salud, al igual que en el perfil de morbi-mortalidad del país. Las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que una adecuada atención integral en esta etapa de la vida tienen un importante peso para el desarrollo de capital humano de gran valor para la sociedad.

Es claro que la salud de las y los adolescentes no se gesta desde los servicios de salud, incidir efectivamente en los indicadores de salud de este grupo poblacional requiere de la articulación de diversos sectores y actores sociales que converjan sinérgicamente con acciones complementarias y conjuntas. El Ministerio de Salud, como parte del Sistema de Producción Social de la Salud y desde su rectoría del Sector Salud, tiene un compromiso fundamental de procurar un trabajo conjunto con instituciones públicas y privadas así como con la sociedad civil que tenga la potestad de impactar de manera significativa los determinantes sociales de la salud de la población adolescente.

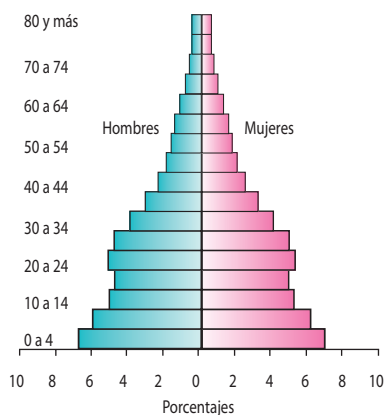
A través de la conducción del proceso de formulación del PESPA y su interés de ponerlo en marcha, el Ministerio de Salud asume el liderazgo de promover esfuerzos intersectoriales integrados basados en estrategias de actuación concertadas.

I. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL PAÍS

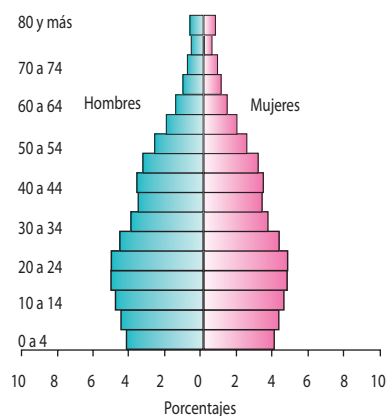
I.1 Evolución demográfica

En las últimas dos décadas (1988–2008) se observa que Costa Rica pasó de una población de 2.904.309 habitantes a 4.451.205, lo que indica una tendencia de desaceleración en el crecimiento poblacional, pues para el año 1988 la tasa de crecimiento era de 2,7 y ésta pasó a 1,4 en el año 2008. El país está en una etapa avanzada de transición demográfica y ha tenido en los últimos años cambios importantes en la estructura por edad de la población: de una base amplia conformada por personas menores de edad se tiende a transitar hacia un proceso de envejecimiento poblacional.

Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades 1988



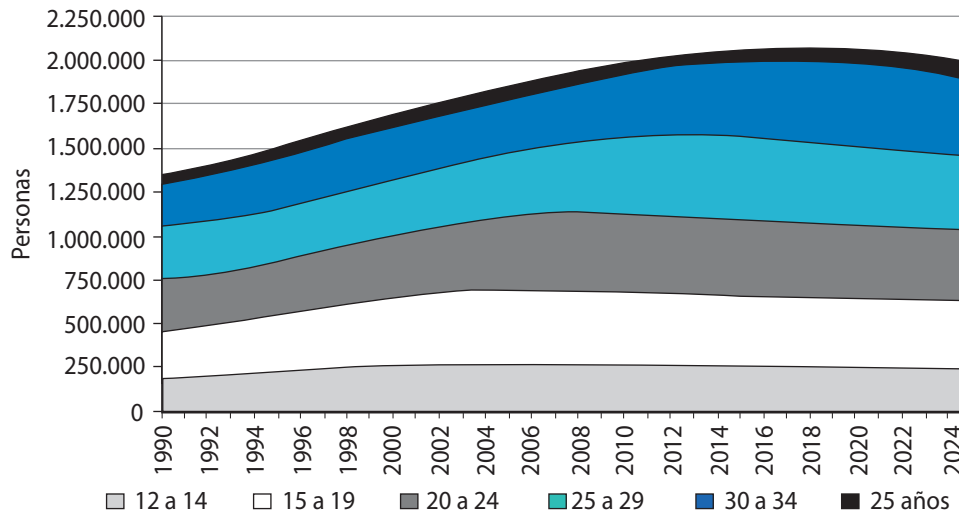
Distribución relativa de la población por sexo y grupos de edades 2008



Fuente: INEC, Panorama Demográfico, octubre 2009

De acuerdo a proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, dentro de la población joven (comprendida entre los 12 y 35 años), las y los adolescentes con edades entre 12 y 17 años empieza a tener una leve disminución en números absolutos y en importancia relativa después del año 2005, y llegará a constituir menos de una cuarta parte de las personas comprendidas en el grupo de población joven para el año 2025 (PEN, 2003), como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Proyecciones de la población de 12 a 35 años por grupos de edad. (1990-2025)



Fuente: INEC-CCP, 200

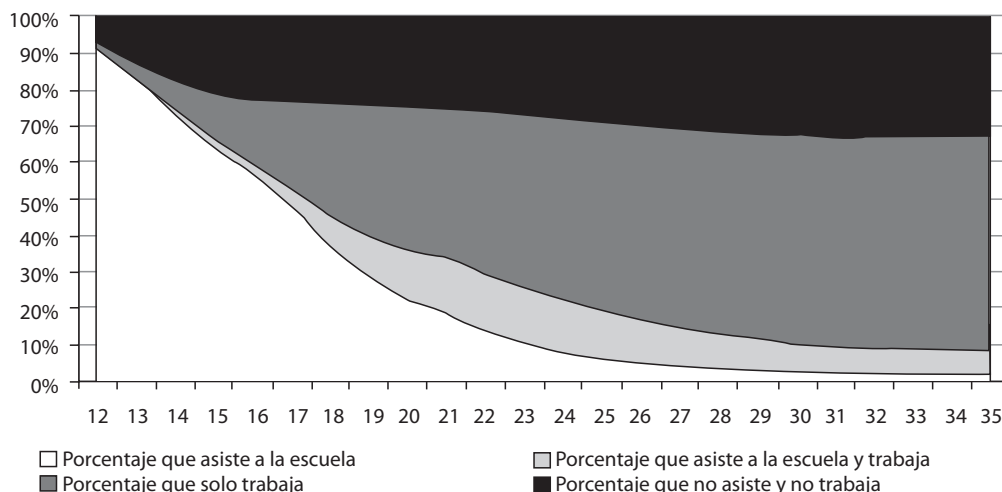
Tomado de: Informe del Estado de la Nación, 2003

Para efectos de este Plan, la población adolescente abordada en los primeros años, al final del período (año 2018), serán gente joven con edades comprendidas en la década de los veinte.

1.2 Educación y empleo

Es de esperar que la población comprendida entre los 12 y los 18 años esté ocupada en procesos de formación educativa que le garanticen una adecuada inserción laboral en el futuro. Sin embargo, el acceso a la educación secundaria y la permanencia en ella no son universales en el país. Según el último censo de población (2000), a partir de los 12 años, la asistencia escolar se reduce, y un grupo importante de la población adolescente entra a la fuerza de trabajo en forma simultánea con los estudios o los abandonan completamente; mientras otros abandonan los estudios pero no ingresan tampoco a la fuerza laboral.

Población de 10 a 35 años de edad según condición de asistencia a la educación formal y condición de empleo. Censo de Población 2000



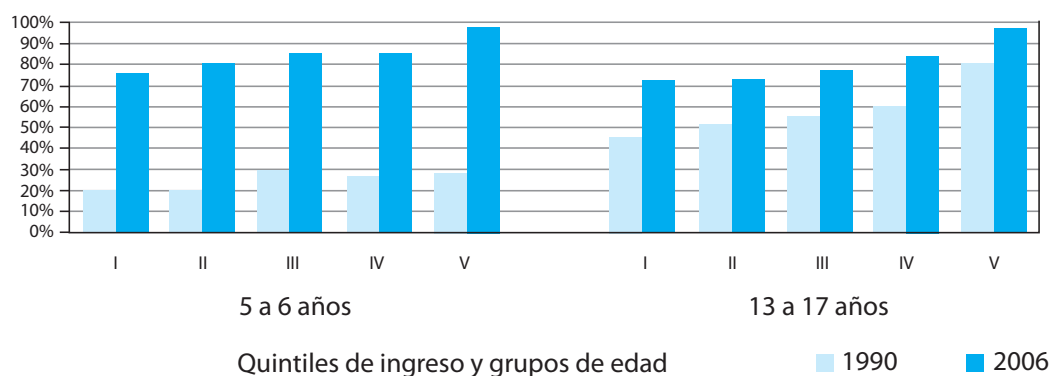
Fuente: INEC-CCP, 2002

Tomado de: Informe del Estado de la Nación, 2003

Un estudio de cohortes que analiza la década entre el año 1997 y año 2007 (MEP) señala que entre el 85% y el 90% de los alumnos que ingresó a primer grado logran terminar la primaria, pero solo entre el 50% y el 58% lo hace sin repetir ningún año. En el caso de secundaria, uno de cada cuatro estudiantes que inician en séptimo año consiguen graduarse.

Según el Informe de Estado de la Educación (2008), del año 2004 al 2007 el porcentaje de adolescentes con edades entre 13 y 17 años matriculados en secundaria solo ascendió en menos de un punto porcentual (69,3% en el 2004 y 71,2% en el 2007). De acuerdo con reportes de la Encuesta de Hogares, la no asistencia a educación formal por este grupo de edad se debe principalmente a falta de interés en el aprendizaje (40,8%) y a la carencia de recursos económicos (31,5%). Por otra parte, aunque todavía no se logra universalizar la secundaria, sí se ha logrado un aumento en la cobertura y la incorporación de jóvenes de los estratos de más bajo ingreso, favoreciendo así mayores grados de equidad, a la vez que se han implementado estrategias para retener a los estudiantes. En ese sentido se señala un aumento en la asistencia escolar de jóvenes con edades entre 13 y 17 años del primer quintil de ingresos, pasando de un 45,4% a un 70,8% del año 1990 al 2006. Pero si se analiza la brecha de asistencia a la educación entre el I y V quintil, se observa que entre el año 2004 al 2006 más que reducirse se incrementó (1,3 en el año 2004 y 1,4 en el año 2006); la asistencia a la educación formal en el estrato de mayores ingresos es 26% mayor que la del estrato más bajo (96,8% y 70,8% respectivamente).

Porcentaje de asistencia a la educación tradicional, por grupos de edad, según quintil de ingresos per cápita del hogar. 1990 y 2006



Fuente: Elaboración propia con base en las EHPM del INEC.

Tomado de: Informe de Estado de la Educación, 2008

Asistencia a la educación tradicional por grupos de edad, según quintil de ingresos per cápita del hogar. 1990, 2004 y 2006

Quintil de ingresos	5 a 6 años			7 a 12 años			13 a 17 años		
	1990	2004	2006	1990	2004	2006	1990	2004	2006
I	19,9	63,3	75,9	91,3	97,4	97,5	45,4	71,7	70,8
II	20,1	64,1	79,5	95,3	98,3	99,6	51,7	73,2	72,6
III	29,9	72,9	85,0	94,9	99,3	99,5	55,4	79,3	77,3
IV	26,3	79,6	85,5	97,8	99,6	99,7	59,4	83,2	83,8
V	27,8	86,6	97,7	98,1	99,9	100,0	81,1	92,1	96,8
Relación V/I	1,4	1,4	1,3	1,1	1,0	1,0	1,8	1,3	1,4

Fuente: Castro, 2007, a partir del departamento de estadística MEP.

Tomado de: Informe de Estado de la Educación, 2008

Si bien la asistencia a la educación en población de 13 a 17 años en zona rural es inferior a la zona urbana (70,5% y 85,2% respectivamente), la brecha ha ido disminuyendo en los últimos años, pasando de una razón de 1,34 adolescentes de zona urbana que asisten a la educación por cada adolescente de zona rural en el año 2002, a una relación de 1,21 adolescentes de zona urbana por cada adolescente de zona rural, cuatro años después (año 2006).

Asistencia a la educación tradicional, por zona, según grupos de edad

Grupos de edad	Razón de asistencias			Porcentaje de asistencia					
	Urbana / rural			Zona urbana			Zona rural		
	2002 ^{a/}	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
5 a 6 años	1,20	1,11	1,08	75,2	74,2	85,9	62,6	66,7	79,6
7 a 12 años	1,02	1,02	1,01	98,5	99,5	99,2	96,6	97,4	98,6
13 a 17 años	1,34	1,23	1,21	83,7	85,9	85,2	62,6	70,1	70,5
18 a 24 años	2,08	1,77	1,80	44,2	43,5	44,5	21,2	24,6	24,7

a/ Se incluye los datos a partir del año 2002 debido al cambio en la metodología de la EHPM del INEC, y a que esa modificación dificulta la comparación de datos por zona antes de la presente década.

Fuente: Elaboración propia con base en las EHPM del INEC.

Tomado de: Informe de Estado de la Educación, 2008

Entre el año 1990 y 2006, el porcentaje de mujeres con edades entre 13 y 17 años que estudian pasó de 55,9% a 80,7% (25 puntos porcentuales), mientras que el aumento de los hombres de estas edades que estudian fue de 58,7% en 1990 y de 77,9% para el año 2006 (19 puntos porcentuales). La mayor presencia femenina en la educación se ha acompañado con un fuerte descenso de las jóvenes que no trabajan ni estudian (de 31,8 en 1990, se pasó a 14,5 en el 2006). En el caso de la población masculina el aumento se relaciona con la disminución de adolescentes que trabajan y no estudian (33,3 en 1990 y 14,6 en el 2006).

Condición de trabajo y estudio de la población de 13 a 17 años, por sexo, según grupos de edad. 1990 y 2006

Condición de trabajo y estudio	Hombres			Mujeres		
	1990	2004	2006	1990	2004	2006
Estudia y no trabaja	52,3	73,3	69,0	52,9	77,4	76,1
Estudia y trabaja	6,4	6,2	8,9	3,0	2,3	4,6
Subtotal estudia	58,7	79,5	77,9	55,9	79,7	80,7
No estudia y trabaja	33,3	13,3	14,6	12,3	4,4	4,8
No estudia y no trabaja	8,0	7,2	7,5	31,8	16,0	14,5
Subtotal no estudia	41,3	20,5	22,1	44,1	20,4	19,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Castro, 2007, a partir EHPM del INEC

Tomado de: Informe Estado de la Educación, 2008

Es así como la tasa de participación laboral experimentó una caída importante en el grupo de los y las adolescentes, disminuyendo de 28,2% a 16,5% entre 1990 y 2006. En los hombres el cambio fue de 39,7% a 23,5%, mientras que en las mujeres bajó de 15,4% a 9,4%. Al mismo tiempo, se incrementó la tasa de desempleo abierto en este grupo de edad, así como en el grupo que busca empleo por primera vez. Estas dos tendencias significan que si bien un sector creciente de la población adolescente y joven se encuentra estudiando, quienes se ven excluidos del sistema educativo enfrentan cada vez mayores dificultades de inserción en el mercado laboral, dado que la calificación educativa tiene un mayor peso, en cuanto a opciones laborales, que en el pasado.

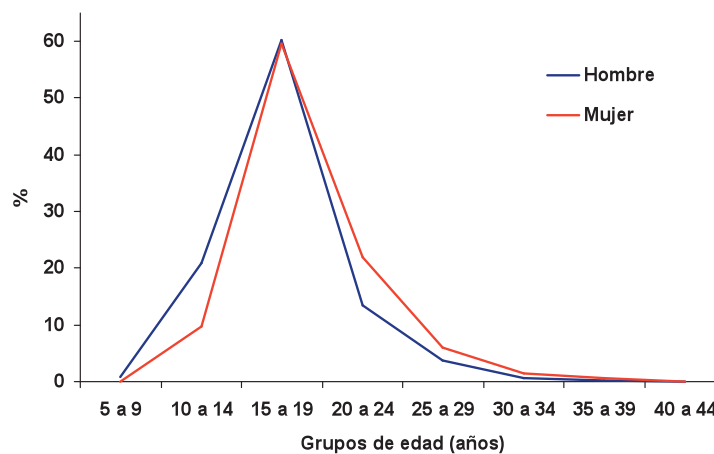
II. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

El riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida es bajo, ya que en la adolescencia se reducen los factores de origen biológico que producen morbilidad, sin embargo surgen riesgos asociados a comportamientos individuales y aspectos sociales que estaban ausentes en la infancia. Cuatro aspectos de la salud cobran especial importancia en este ciclo de la vida: la salud nutricional, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y los problemas de salud asociados con violencia.

2.1 Salud sexual y salud reproductiva

Una elevada proporción de la población de Costa Rica inicia sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia. Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada el año 2010, el 60,9% de los hombres y 49% de la mujeres de 15 a 19 años ya han tenido relaciones sexuales con penetración vaginal. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es menor en hombres (15,2 años) si se compara con las mujeres (15,8 años). La mayoría inician las relaciones sexuales entre 15 y 19 años de edad (60,2% de hombres y 59,7% mujeres), pero los hombres inician antes pues 20,9% reportan su primera relación con penetración vaginal entre 10-14 años comparado con 9,8% de las mujeres, como lo muestra el siguiente gráfico.

Porcentaje de hombres y mujeres según edad de inicio de relaciones sexuales con penetración vaginal. Costa Rica, 2010



Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Interesa destacar que en ambos sexos la edad promedio de la pareja con quien tuvieron la primera relación sexual es superior: 16,8 años en hombres y 20,7 años en mujeres. Es importante señalar las características de la pareja de la primera relación sexual en adolescentes pues, en el caso de los hombres, el 55,5% y 33,2% se realiza con amigos/as, seguida en orden de frecuencia por la novia (25,1% y 42,1%), mientras que en las mujeres es más frecuente que se inicie la relación sexual con el novio (64,0% a los 10-14 años y 66,5% en el grupo de 15-19 años).

Tipo de relación con la pareja de la primera relación sexual en población adolescente. Costa Rica, 2010

Relación con pareja	Hombre		Mujer	
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19
Novio/a	26,1	42,1	64,0	66,5
Amigo/a	55,5	33,2	10,5	9,8
Esposo/a	0,0	1,8	15,8	10,6
Encuentro casual	11,8	16,2	9,8	8,0
Familiar	2,2	0,7	0,0	0,9
Sexo pagado	0,0	0,7	0,0	0,0
Otro	4,4	5,3	0,0	4,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

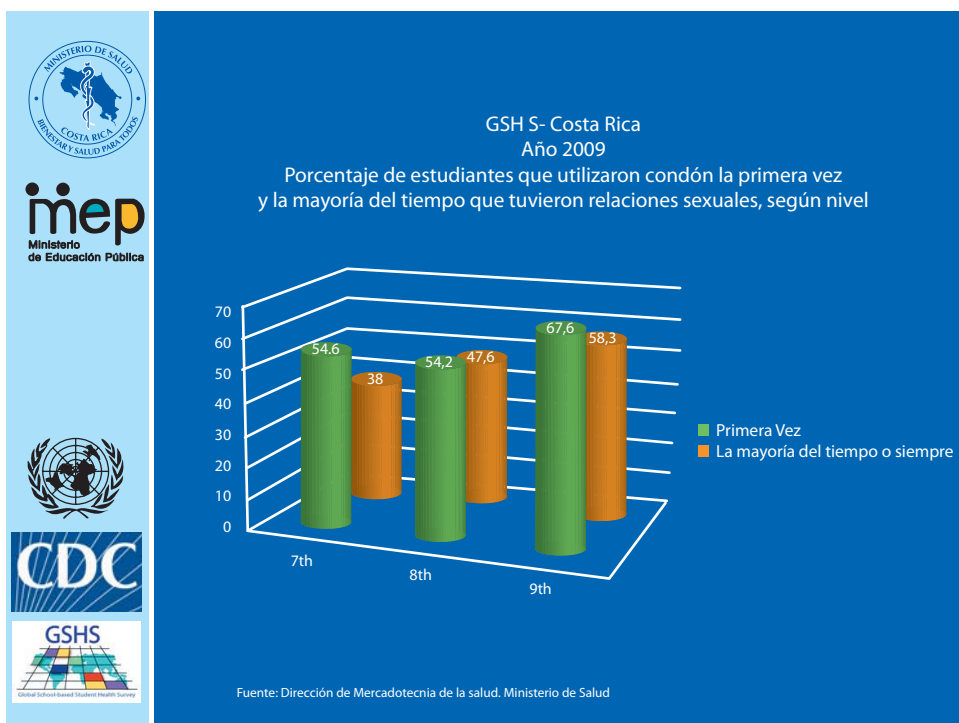
Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica

Los datos de la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS- 2009)² coinciden con ese patrón de edad temprana de inicio de relaciones sexuales, pues un 24,5% de los y las estudiantes con edades comprendidas entre 13 y 15 años encuestados reportan haber tenido relaciones sexuales y este porcentaje es mayor en hombres que en mujeres (28,3% de los hombres y 19,6% de las mujeres). Se observan diferencias según el nivel escolar, pues el porcentaje se incrementa en los grados superiores (20,4% en séptimo año, 23,3% en octavo y 31,6% en noveno). De las personas encuestadas que ya han tenido relaciones sexuales, 46,1% tuvo su primera relación sexual antes de los 14 años, siendo más frecuente la iniciación temprana en hombres que en mujeres (54,3% en hombres y 34% en mujeres). Llama la atención como se menciona con mayor frecuencia la iniciación sexual temprana, en grados inferiores que en superiores (65,2% en séptimo, 47,1% en

² Encuesta impulsada por la OMS/OPS y el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) a nivel regional en el año 2009. Se realizó a una muestra representativa a nivel nacional con 2,679 estudiantes de séptimo, octavo y noveno grado de 30 colegios distribuidos en todo el país.

octavo y 28,2% en noveno), esto podría estar indicando una tendencia a incrementarse el porcentaje de iniciación sexual a edades tempranas en la población escolarizada.

Según los resultados de la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS- 2009), el 59,5% de los y las estudiantes reportan haber utilizado condón en su primera relación sexual, no se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres (59,6% en hombres y 59,4% en mujeres) ni según grado escolar, con excepción del último año donde se reporta mayor porcentaje de utilización del condón en la primera relación sexual que los otros grupos (54,6% en sétimo, 54,2% en octavo y 67,6% en noveno). Esto último podría indicar que el uso del condón no se está incorporando como un hábito en las nuevas generaciones, lo que podría estar asociado al incremento proporcional de relaciones sexuales tempranas en las nuevas generaciones, edades en las cuales no hay tanta conciencia de los riesgos ni se asume con facilidad responsabilidad personal para incorporar conductas de auto cuidado. En ese sentido el 38% de los adolescentes de sétimo que tienen relaciones sexuales señalan utilizar condón la mayoría del tiempo, en octavo este porcentaje asciende a 47,6% y en noveno a 56,3%.



Con relación a la incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, el Departamento de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud reportó para el año 2008, que el grupo de personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años representó:

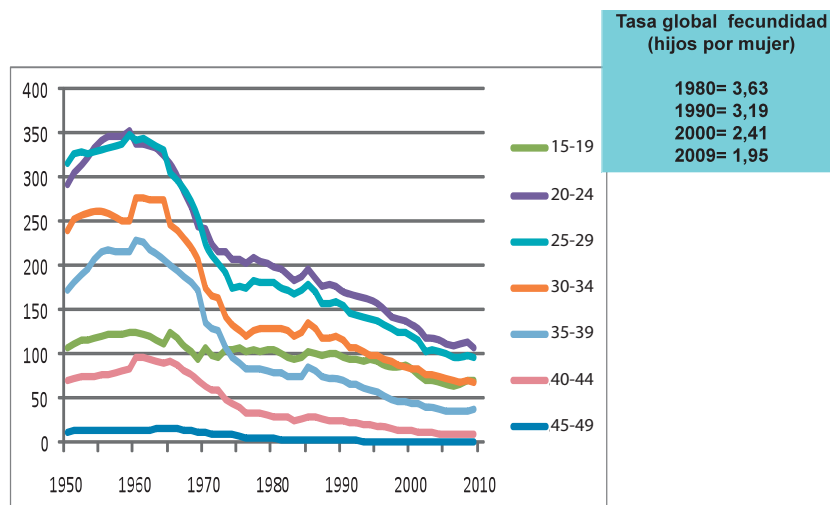
- El 3% de los casos de VIH (8 casos, con una tasa de 1,61/100.000 habitantes en el caso de los varones y 0,24/100.000 habitantes en el caso de las niñas y adolescentes). En ese año no se reportaron casos nuevos de sida en este grupo de edad.

- El 7% de los casos de sífilis con una mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino (un total de 105 casos, 71 casos en mujeres, 34 casos de hombres), la tasa en mujeres es más del doble que en el caso de los varones (17,25/100.000 en niñas y adolescentes y 7,82 en niños y adolescentes).
- El 13,2% de los casos de chancro, el 7,8% de los casos de uretritis sin especificar; 11,1% de los casos de gonorrea, y el 12,3% de las enfermedades venéreas sin especificar ocurrieron en personas de este rango de edad.

Estos datos son preocupantes si se considera que dentro de estos casos se incluyen personas menores de 15 años, por lo que pueden ser el resultado de abuso sexual.

Con relación al embarazo en la adolescencia, a lo largo de los años ha descendido la tasa de fecundidad 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 adolescente no ha disminuido en la misma proporción que sucede en los otros grupos de edad como se observa en el siguiente gráfico.

Tendencias de las tasas específicas de fecundidad. Costa Rica, 1950-2009



Fuente: Estimación y ajuste de INEC y CCP/UCR

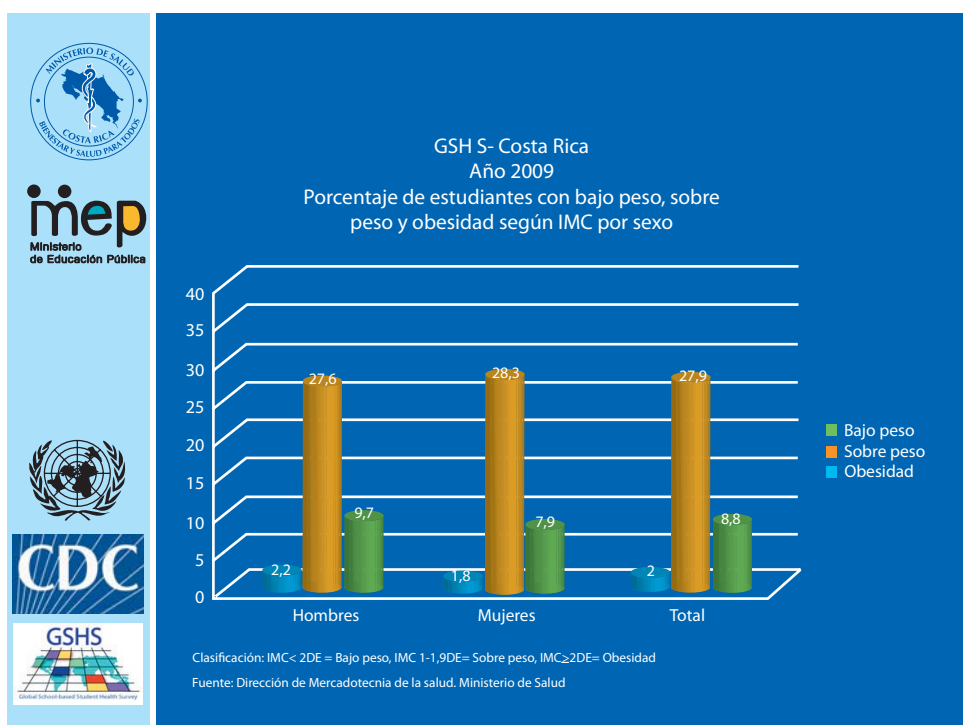
En el año 2007 se reportaron 14.523 partos de madres niñas y adolescentes con edades entre 11 y 19 años, lo que representó el 19,8% del total de los partos ocurridos. Un año más tarde, en el 2008 se reportan 15.217 partos de adolescentes madres, lo que representa 694 casos más; y el porcentaje tampoco indica una disminución, siendo de un 20.2%. Las niñas y adolescente madres menores de 15 años, fueron en total 501 en el año 2007 y 525 en el año 2008; un 0,6% y un 0,7% de los partos ocurridos respectivamente.

De las 25 muertes maternas ocurridas en el año 2008, seis fueron de madres niñas o adolescentes, una de ellas en una niña menor de quince años ocurrida en la provincia de Limón.

2.2 Salud nutricional

Según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009, el 76,2% de la población con edades comprendidas entre los 13 y 19 años presenta un estado nutricional normal (73,6% en el caso de las mujeres y 79,1% en los hombres). El porcentaje de adolescentes que entran en la categoría de delgados es bajo (3%), mientras el sobrepeso y obesidad se perfilan como un problema mayor (20,8%). Este problema afecta proporcionalmente más a las mujeres que a los hombres (23,9% de las mujeres y 17,4% de los hombres).

Los problemas alimentarios parecen ser proporcionalmente mayores en población escolarizada, según los resultados de la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS-Costa Rica, 2009). El sobrepeso afecta a más de una cuarta parte de las personas adolescentes encuestadas (27,9%) y no existe una gran diferencia entre hombres y mujeres (27,6% hombres y 28,3% mujeres). En el caso de obesidad se reporta en un 8,8%, los hombres están más afectados que las mujeres por este problema (9,7% en hombres, 7,9% en mujeres)



Cuando se compara los porcentajes según grado que cursan en el colegio, se observa una disminución porcentual conforme aumenta el grado escolar. En el caso de sobrepeso el porcentaje para séptimo año es de 29,3%, 28,3% en octavo y 24,8% en noveno; con relación a la obesidad,

10,3% en séptimo, 8,8% en octavo y 6,4% en noveno; y en el caso de bajo peso en séptimo se registra un 2,4%, mientras en octavo es de 1,8% y en noveno 1,6%.

Según una encuesta realizada por el Hospital Nacional de Niños en la Gran Área Metropolitana, un 51% de los adolescentes consume una vez a la semana, y hasta en forma diaria, comidas rápidas. Entre ellos un 9% de los jóvenes los comen a diario, 14% de tres a más veces a la semana, 28% una vez a la semana, como mínimo y solo un 4% reportó no consumir esta comida. La frecuencia de una a más veces a la semana en el consumo de este tipo de productos constituye un claro riesgo para la salud de esta población (sobrepeso y obesidad), en especial si se asocia a falta de actividad física. También la encuesta revela que un 65% de la población adolescente realiza de cuatro a seis comidas diarias, que es lo recomendable en esta etapa de edad. Preocupa que el 35% de las y los adolescentes realiza la mitad o menos de los tiempos de comida necesarios para sus requerimientos.

Un estudio realizado en la Universidad de Costa Rica analizó el perfil lípido de una muestra de adolescentes, encontrando que más del 50% no tienen una dieta que prevenga las enfermedades cardiovasculares en edad adulta. También se encontró que más del 60% no consume la cantidad necesaria de micronutrientes (calcio, hierro, zinc, entre otros) esenciales para enfrentar el acelerado crecimiento y desarrollo físico propio de esta edad. También la presencia de una dieta con alto contenido de carbohidratos, azúcar, grasas saturadas y trans, se hace presente y está asociada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes.

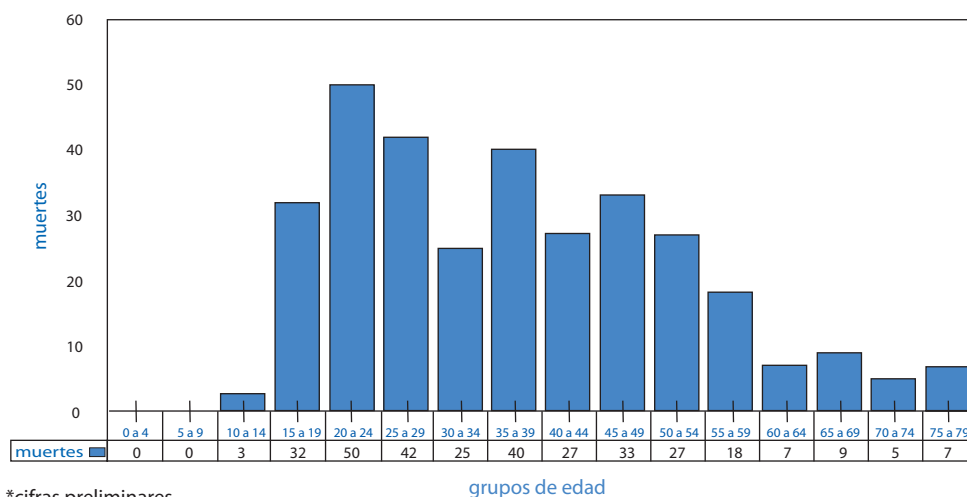
La Encuesta Nacional de Nutrición exploró las conductas de riesgo relacionadas con trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia, así como el uso de medicación para bajar de peso. Se encuestaron personas con edades entre 10 y 44 años y se les aplicó el cuestionario SCOFF donde se explora la auto percepción corporal, pérdida de peso reciente, control en la ingesta de alimentos, provocación de vómito e ingesta de medicamentos. Los hallazgos de la encuesta indican que un 23,9% presenta conductas de riesgo, y de ese porcentaje el 26% corresponde a población con edades entre 10 y 19 años.

2.3 Salud mental

Existe poca información estadística actualizada sobre la situación de la salud mental de las y los adolescentes a nivel nacional. Según registros de la CCSS, para el año 2006, el 0,5% de las consultas de urgencias debidos a trastornos de ansiedad, corresponden a personas del sexo femenino menores de edad; en el caso de los varones menores de edad, este tipo de atención representó un 0,26%. En cuanto a episodios depresivos, el 0,28% de las atenciones brindadas en los servicios de urgencia correspondió a niñas y adolescentes y un 0,16% a varones menores de edad.

En el año 2008 se registraron un total de 325 defunciones por suicidio, 35 ocurrieron a personas con edades entre 10 y 19 años, lo que representa el 10,8% de estas muertes.

Mortalidad por suicidios, según grupo de edad. Costa Rica 2008 (cifras absolutas)



*cifras preliminares

Fuente: INEC*- M. Salud. D.Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

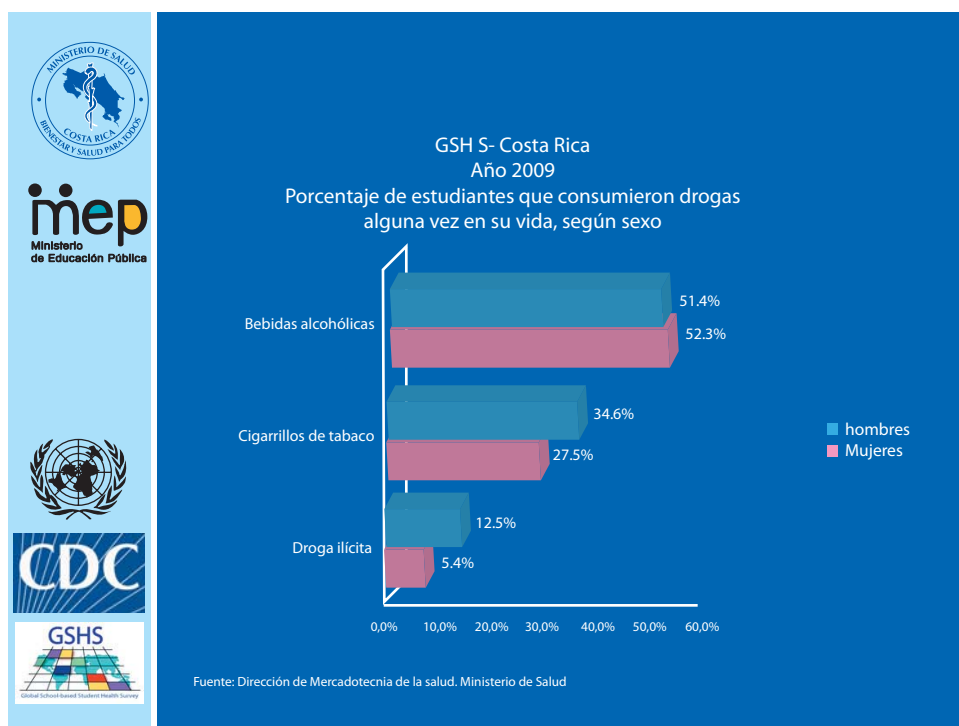
Según un estudio realizado (ESNA) para el quinquenio comprendido entre el año 2001 y 2006, se dieron 217 suicidios de personas con edades entre 10 y 19 años, el 66,2% de los casos fueron varones y el 33,8% mujeres.

En la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS-2009) se identifica que en los estudiantes encuestados que cursaban el tercer ciclo escolar, un 10,8% tuvo ideación suicida en el último año, siendo más frecuente en mujeres (14%) que en hombres (7,7%). Los intentos de suicidio se reportaron en un 8,4% de las personas encuestadas, dándose también una diferencia entre mujeres y hombres (10,4% de las mujeres y 6,4% de los hombres). Llama la atención en esta encuesta el alto porcentaje de estudiantes que manifiesta haber tenido en el último año poca o ninguna esperanza en el futuro (80,4%), siendo un sentimiento porcentualmente más frecuente en hombres (82,7%) que en mujeres (77,9%).

Por otra parte, según datos del IAFA, la iniciación del consumo tanto de tabaco como de alcohol suele ocurrir en la adolescencia. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es de 12,6 años y de 12,9 años en el caso del alcohol. Estudios realizados por esta institución señalan que el consumo del alcohol y el tabaco en población joven ha aumentado sobre todo en adolescentes, lo que resulta preocupantes ya que entre más temprana la edad de inicio, existe mayor probabilidad de desarrollar patrones abusivos de consumo.

Según la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS- Costa Rica, 2009), un poco más de la mitad de los y las adolescentes encuestados consumieron alguna bebida alcohólica en algún momento de su vida, y no existe una gran diferencia entre hombres y mujeres (51,4% hombres, 52,3% mujeres). En el caso del tabaco, los adolescentes varones tienden a consumirlo en mayor proporción que

las mujeres (34,6% en hombres, 27,5% en mujeres). En cuanto a las drogas ilícitas las diferencias entre sexos son mayores, los estudiantes varones reportaron el consumo en un 12,5%, mientras las estudiantes un 5,4%. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol y tabaco es entre los 11 y 12 años, y es ligeramente menor en los hombres que en las mujeres. En el caso de bebidas alcohólicas, la edad de inicio es más temprano que la del tabaco, los hombres en promedio inician a los 11,16 años y las mujeres casi a los 12 años (11,77 años), mientras que en el caso del tabaco los hombres inician en promedio a los 11,35 años y las mujeres a los 11,92 años.



En el momento de la Encuesta un 11,9% de las y los estudiantes habían consumido tabaco en el último mes, siendo mayor el porcentaje en hombres (13,8%) que en mujeres (9,7%), e incrementándose el porcentaje a mayor grado escolar (10,5% en séptimo año, 12,4% en octavo y 13,9% en noveno año). Este porcentaje fue mayor en el caso de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes, el cual fue de un 54,8%, sin reportarse grandes diferencias entre hombres y mujeres (55,5% hombres y 54,5% mujeres). También en este caso se incrementa el consumo de alcohol según grado escolar (49,1% en séptimo, 56,9% en octavo y 59,3% en noveno) y este patrón persiste cuando se reporta haber tomado hasta emborracharse una o más veces durante su vida (13,2% en séptimo, 23,6% en octavo y 28,9% en noveno).

En el caso de drogas ilícitas, un estudio realizado en 15 cantones del Área Metropolitana³, indica que el Cantón Central presenta la mayor cantidad de decomisos de drogas a personas menores de edad (53%). De la población estudiada, el 96% de los jóvenes a los que se les decomisó droga eran de nacionalidad costarricense y el 90% del sexo masculino; un 94% de ellos tenían edades

³ "Análisis de droga decomisada a menores de edad", efectuado por Mario Aguilar Fonseca en el período abril 2004 - septiembre 2005, analista criminal del Organismo de Investigación Judicial (2005:3-6) Tomado de Plan nacional sobre drogas.

comprendidas entre los 14 y 17 años. En cuanto al tipo de droga decomisada en esta población, el 80,24% de correspondieron a marihuana, seguida por el crack (11,78%).

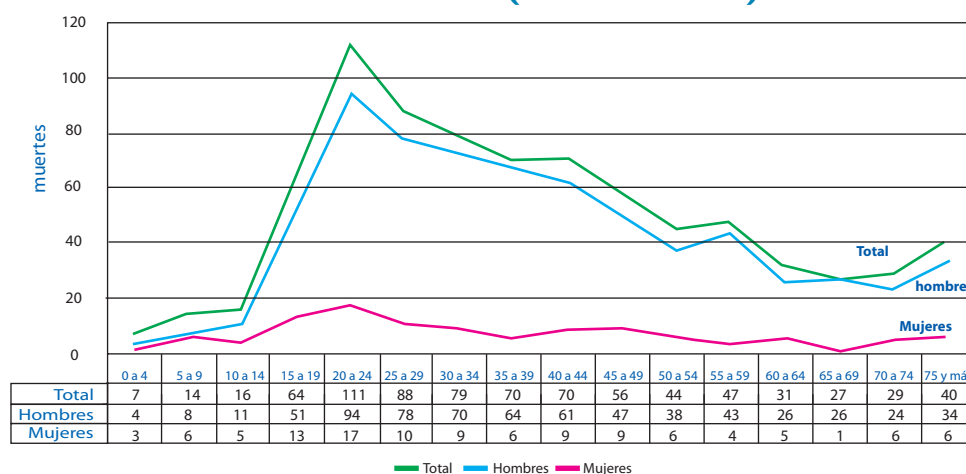
Según expertos⁴, uno de los grupos más afectados por el consumo de drogas es el de las personas menores de edad en alta vulnerabilidad social, entre ellas los niños, las niñas y los adolescentes en situación de calle, de este grupo destaca la población de menores de edad sujetos a la Ley Penal Juvenil. En las personas menores de edad infractoras se identifica características como el conflicto familiar (agresión, abuso, abandono, entre otros), el fracaso académico, la deserción escolar, el abandono del hogar, la callejización, la infracción de la ley e incluso, en el peor de los casos, la muerte.

2.4 Violencia

La mortalidad ocasionada por causas violentas es más frecuente que otras causas de muerte en edades jóvenes. Según un análisis realizado en el año 2002⁵, las diez primeras causas de muerte en las edades comprendidas entre los 12 y 14 años, responden a anomalías congénitas, aunque los accidentes como ahogamiento y sumersión no especificados ocupan el primer lugar. Por su lado, adolescentes de 15 a 19 años se ven especialmente afectadas por la violencia auto infringida o interpersonal: en primer y tercer lugar se ubica el suicidio (por ahorcamiento y envenenamiento, respectivamente), mientras que en segundo lugar se registran muertes producidas por accidentes de tránsito. La mortalidad asociada a violencia, en estas edades afecta especialmente a la población masculina.

Los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar de este tipo de muertes; de las 793 muertes ocurridas por accidentes de tránsito en el año 2008, 10,1% (80 muertes) ocurrieron en personas con edades entre 10 y 19 años, y de estas muertes el 77,5% corresponde a varones y el 22,5% a niñas y adolescentes.

Mortalidad por accidentes de tránsito, según grupo de edad y sexo. Costa Rica 2008* (cifras absolutas)



*cifras preliminares

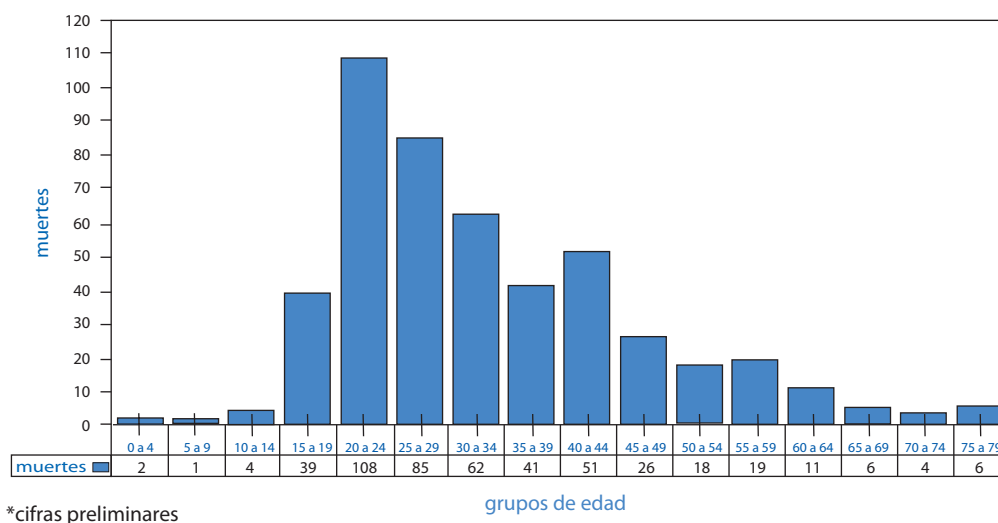
Fuente: INEC*- M. Salud. D. Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

⁴ Plan Nacional sobre Drogas.

⁵ PEN, 2003.

Los homicidios también afectan a la población adolescente, ya que es en esta etapa del ciclo de vida donde inicia un incremento de estos casos que suelen ocurrir en mayor proporción a edades tempranas. Para el año 2008, ocurrieron 485 homicidios y de ellos el 8,9% de las víctimas fueron personas con edades entre 10 y 19 años.

Mortalidad por homicidios, según grupo de edad. Costa Rica 2008 (cifras absolutas)



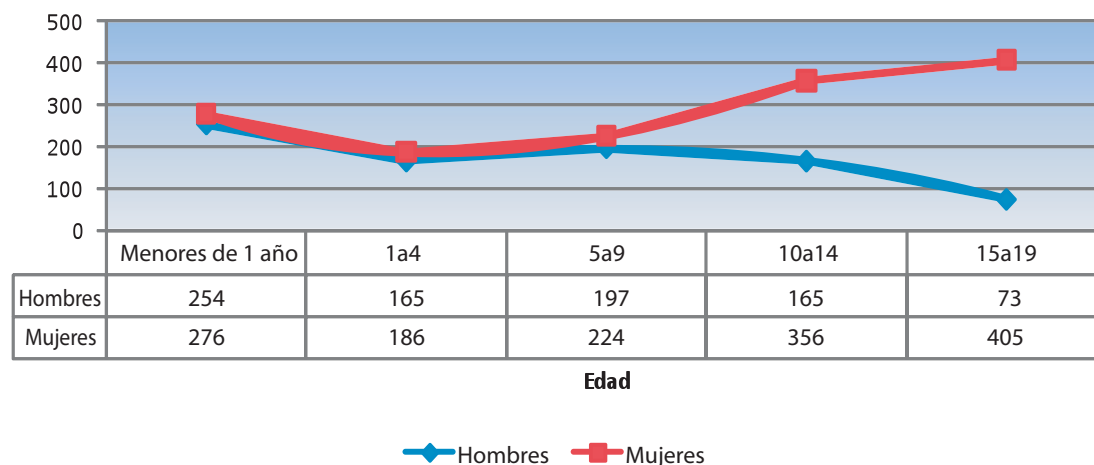
Fuente: INEC*- M. Salud. D.Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, 2008

Según la Encuesta Global de Salud Escolar (GSHS- 2009), un 21,8% de las y los estudiantes que participaron en la encuesta señalan haber participado en una pelea física una o más veces en el último año, los hombres (32,1%) se ven tres veces más envueltos en estas peleas que las mujeres (11,3%). De los y las adolescentes envueltas en peleas físicas un 22,6% reporta haber sufrido alguna lesión seria, los hombres (30,7%) fueron dos veces más afectados que las mujeres (14,6%).

En cuanto a la violencia intrafamiliar, en el año 2008 se reportaron ante el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, 2.079 casos de personas con edades entre 10 y 19 años, el 51,1% corresponde a las personas de 10 a 14 años y el 48,9% restante a adolescentes entre 15 y 19 años.

Este tipo de violencia presenta un comportamiento similar en niñas y niños menores de 9 años, no se aprecian diferencias significativas entre sexos. La desigualdad se aprecia a partir de la preadolescencia, afectando especialmente a las adolescentes y en forma más pronunciada en la edad reproductiva de las mujeres. La tasa de incidencia de la violencia intrafamiliar específica en personas de 10 a 14 años, en el caso del sexo femenino fue de 355,7/100.000, mientras que en los varones esta tasa fue de 164,8/100.000. La diferencia se incrementa en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 19 años, siendo de 404,8/100.000 en mujeres y 73,2/100.000 en varones.

Tasa de violencia intrafamiliar por grupos de edad y sexo por 100,000 habitantes (2008)



Fuente: Vigilancia del Ministerio de Salud, 2009

Por último, en el caso de violencia sexual, en el año 2008, el Poder Judicial reporta un total de 267 delitos sexuales cometidos contra personas con edades entre 10 y 19 años. En el 74,2% de los casos las víctimas fueron del sexo femenino y el 25,8% restante del sexo masculino.

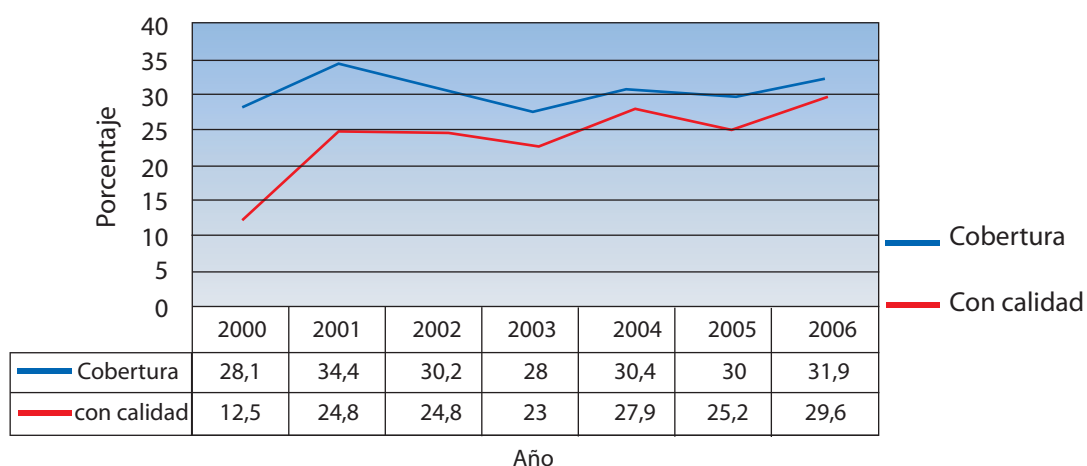
Según hallazgos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVCM-2003), la edad promedio de sufrir violaciones o intento de violación en el último año era de 17 años. El 48% de las mujeres encuestadas sufrieron por lo menos cuatro incidentes de agresión física y/o sexual antes de los 15 años.

2.5 Respuesta de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población adolescente

Tal como indica el Departamento de Estadística de la CCSS, las personas con edades comprendidas entre los 10 y 14 años representan el grupo de edad que menos utiliza los servicios de salud de la institución; menos del 7% de de los servicios de urgencias, del 5% de las consultas y del 3,5% de los egresos hospitalarios corresponden a este grupos de edad. Es también de los grupos de edad que presenta las tasas más bajas de mortalidad en toda la población. En el grupo comprendido entre los 15 y 19 años se da un leve aumento en el consumo de servicios de la institución (menos del 9% de las urgencias y 6% de las consultas externas) en el caso de egresos hospitalarios se da un aumento importante (8% de las hospitalizaciones) y es a esta edad que se registra un incremento en la demanda de servicios por parte de las mujeres, a diferencia de los hombres, esto asociado a consultas ligadas a la salud reproductiva, en especial atención prenatal y partos.

Según el sexto Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica, la cobertura de los servicios de calidad en salud, ofertados por la CCSS, disminuyen conforme aumenta la edad de las personas menores de edad. Para el año 2006, si la cobertura de servicios de salud de calidad dirigidos a niños y niñas menores de un año era de 70%, el porcentaje empieza a descender conforme tienen más edad, los niños y niñas de edades entre 1 y 6 años cuenta con una cobertura de 51% y al llegar a la adolescencia la cobertura de servicios de calidad es tan solo de 29,6%. Esto indica una ausencia de universalización de la atención en salud que afecta en forma importante en la adolescencia. Este grupo poblacional no suele acudir a los servicios de salud y por lo general no presenta problemas de morbilidad que ameriten una intervención médica de tipo curativo. Sin embargo las acciones de prevención y promoción de la salud son fundamentales en esta etapa del ciclo de vida.

Cobertura de atención a adolescentes (Compromiso de gestión 2000-2006, CCSS)



Fuente: VI Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica, 2008

En el período estudiado (2000-2006) no se aprecia un incremento en las coberturas de atención a la población adolescente logradas, a nivel nacional éstas han sido de un 30% en promedio. Lo que si se observa es un mejoramiento de la calidad de la atención, lo que indica que las coberturas tienen a estancarse pero se incrementa su calidad, de 12,5% en el 2000 a 29,6% siete años después. Este informe señala como las regiones Central Norte, Huetar Norte y Huetar Atlántica tienen coberturas inferiores al promedio nacional en cuanto a atención integral de las personas adolescentes.

**CCSS: Población y cobertura, de adolescentes según región,
primer nivel de atención, 2002 y 2007
(personas atendidas y porcentaje)**

REGIÓN ¹	POBLACIÓN		COBERTURA INSTITUCIONAL							
			TOTAL				CON CRITERIOS ²			
			PERSONAS ATENDIDAS		PORCENTAJE		PERSONAS ATENDIDAS		PORCENTAJE	
2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	2002	2007	
TOTAL	802.605	891.016	241.584	270.949	30	30	199.046	240.574	24	27
BRUNCA	57.065	68.517	13.924	23.017	24	34	12.897	22.611	23	33
CENTRAL NORTE	139.542	184.340	43.677	43.702	31	26	31.676	42.398	23	23
CENTRAL SUR	128.365	153.544	41.205	43.943	32	29	36.969	39.921	29	26
CHOROTEGA	65.507	75.507	21.683	22.420	33	30	14.608	18.122	22	24
HUETAR ATLÁNTICO	78.992	92.010	21.960	24.146	28	26	19.195	23.003	24	25
HUETAR NORTE	40.510	44.965	9.763	13.127	24	29	7.818	11.691	19	26
PACÍFICO CENTRAL	41.215	46.825	16.825	15.701	41	34	14.178	14.984	34	32
METROPOLITANA	133.914	96.465	32.541	30.758	24	32	25.711	24.116	19	25
COMPRA EXTERNA	117.495	128.843	38.891	50.135	33	39	35.014	47.672	30	37

¹ En esta clasificación, se incluye por separado las Áreas Metropolitanas y de Compra Externa

² Se refiere a los criterios de la norma pactados en el CG

Fuente: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2002 y 2007

La evaluación realizadas por el Ministerio de Salud a través de la revisión de expedientes en los servicios de salud, indica que para el año 2006, el cumplimiento de las normas y los procedimientos para la atención de la población adolescente obtuvo una calificación de 80 puntos sobre 100. Las áreas más débiles son la aplicación de vacunas, prescripción de micronutrientes y antiparasitarios.

**Cumplimiento de las normas y los procedimientos para la atención
de los adolescentes, 2006**

TOTAL	80
Valoración y clasificación del riesgo biopsicosocial, con el seguimiento respectivo	92
Se realiza una vez al año:	
Examen físico	92
Exámenes de laboratorio según norma	91
Toma de presión arterial	95
Valoración del crecimiento y desarrollo en cada consulta (incluye el IMC)	97
Realización del rest Tanner	98
Aplicación de vacunas con registro en el expediente	63
Revisión de la cavidad oral con referencia según el caso	68
Prescripción de:	
Sulfato ferroso en adolescentes post menarca	55
Ácido fólico en edolescentes post menarca	55
Antiparasitarios a todos los adolescentes	49
Prescripción de anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa	76
Implementación de estrategias para concederías en salud sexual y reproductiva para adolescentes	81

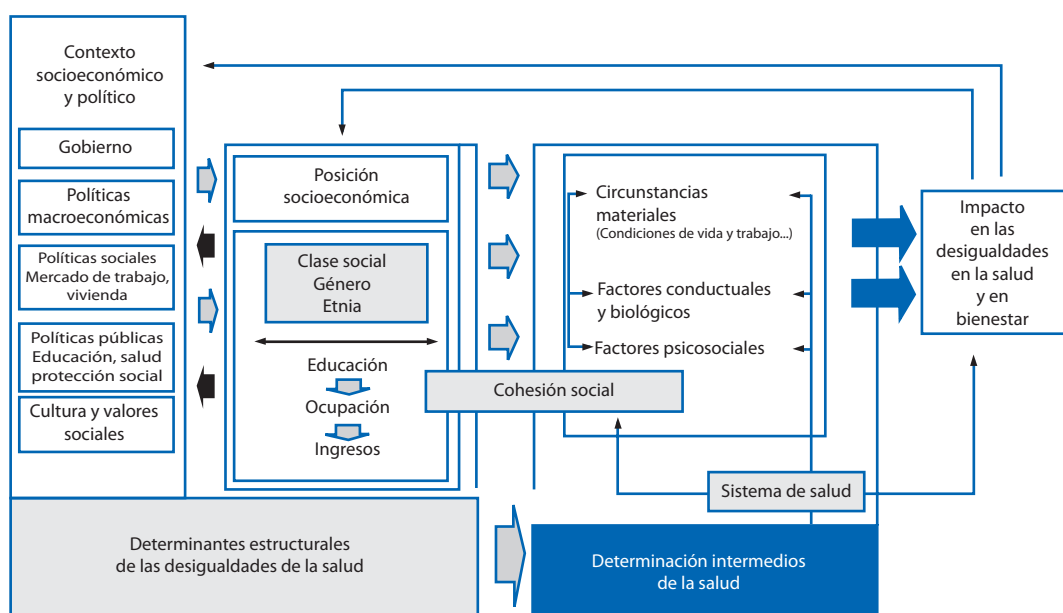
Fuente: Dirección servicios de salud y Direcciones regionales, Ministerio de salud, 2007.

Las y los adolescentes constituyen un grupo poblacional numeroso y difícil de captar en los servicios de salud, lo que indica retos importantes en cuanto a la necesidad de encontrar estrategias y abordajes adecuados e innovadores que permitan garantizar su salud integral.

III. Marco de referencia

3.1 Determinantes Sociales de la Salud

En este Plan se parte del reconocimiento de que las condiciones sociales en que viven las personas influyen fuertemente en su estado de salud. Condiciones adversas como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, lugares de trabajo inseguros, la falta de acceso a servicios de salud y la escasa calificación laboral, constituyen algunos de los factores determinantes que definen en buena parte las desigualdades en salud entre los diferentes grupos que conforman una sociedad. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Estas desigualdades son el producto de procesos sociales estructurales y dinámicos, como se representan en el siguiente esquema.



Fuente: Solar e Irwin

Los determinantes estructurales de las desigualdades de la salud responden a la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Pero no sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social– determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los determinantes intermedios son la concreción de situaciones sociales específicas que configuran los resultados de salud. El grado de cohesión social atraviesa y afecta tanto los factores estructurales como los intermediarios. La magnitud del problema de desigualdad alcanza al conjunto del contexto socioeconómico y político, con impacto en la mortalidad y morbilidad y, simultáneamente, afecta al crecimiento económico y social.

Las inequidades en salud son diferencias *socialmente producidas*, las cuales tienen una sistemática distribución a través de la población; son diferencias *evitables* y por tanto *injustas*. Por eso el adoptar el marco de los determinantes sociales de la salud tiene implicaciones a nivel ético y práctico, de lo que se desprenden los siguientes compromisos:

- a.** La equidad en salud constituye un valor indispensable para alcanzar la justicia social y es un factor básico para el derecho a la salud.
- b.** El derecho a la salud debe ser interpretado ampliamente, no solo desde una visión de saneamiento ambiental y provisión de servicios de salud, involucra también satisfacer los derechos ciudadanos y el más alto nivel de salud alcanzable. Se debe entonces asumir la salud como meta social y por tanto una responsabilidad de toda la sociedad.
- c.** Identificar e intervenir en las diferencias injustas que pueden ser evitadas y actuar sobre las inequidades creando oportunidades justas para la salud, implica cambiar la distribución del poder dentro de la sociedad, facilitando el empoderamiento de los grupos vulnerables y actuando en varios niveles.
- d.** Reducir las brechas de salud entre los grupos sociales y alcanzar la equidad en salud requiere incidir en la estructuración de las desventajas sociales, por ello las políticas universales deben ser acompañadas con las políticas selectivas en forma integrada.
- e.** El análisis desde el contexto social permite comprender los mecanismos de asignación de las diferentes posiciones sociales, al igual que la creación y mantenimiento de las jerarquías. Por ello se requiere pasar de soluciones centradas en la enfermedad a soluciones centradas en las personas y sus realidades cotidianas.
- f.** Se requiere el rediseño del sistema de salud en procura de la equidad en el acceso, la promoción de la acción intersectorial, la inclusión de las comunidades en procesos de toma de decisiones y la adopción de políticas públicas innovadoras en materia de salud. Al mismo tiempo es fundamental el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS) y el desarrollo de estrategias para incrementar las capacidades de las personas

en el acceso a los recursos necesarios para mantenerse saludables y protegerse de las enfermedades.

3.2 Determinantes de la Salud en la Adolescencia

Entre los diferentes grupos sociales que conforman la sociedad, la población adolescente constituye un grupo heterogéneo entre sí, con grandes potencialidades pero también vulnerabilidades. Es en esta etapa que se desarrollan nuevas capacidades de entendimiento al igual que nuevas habilidades y competencias para funcionar en la sociedad. La adolescencia es la etapa en que progresivamente se va consolidando una identidad coherente, también se internalizan valores y se definen actitudes, a la vez que se despliegan nuevas capacidades sexuales y reproductivas, así como nuevas formas de vincularse y establecer relaciones con las personas y la sociedad.

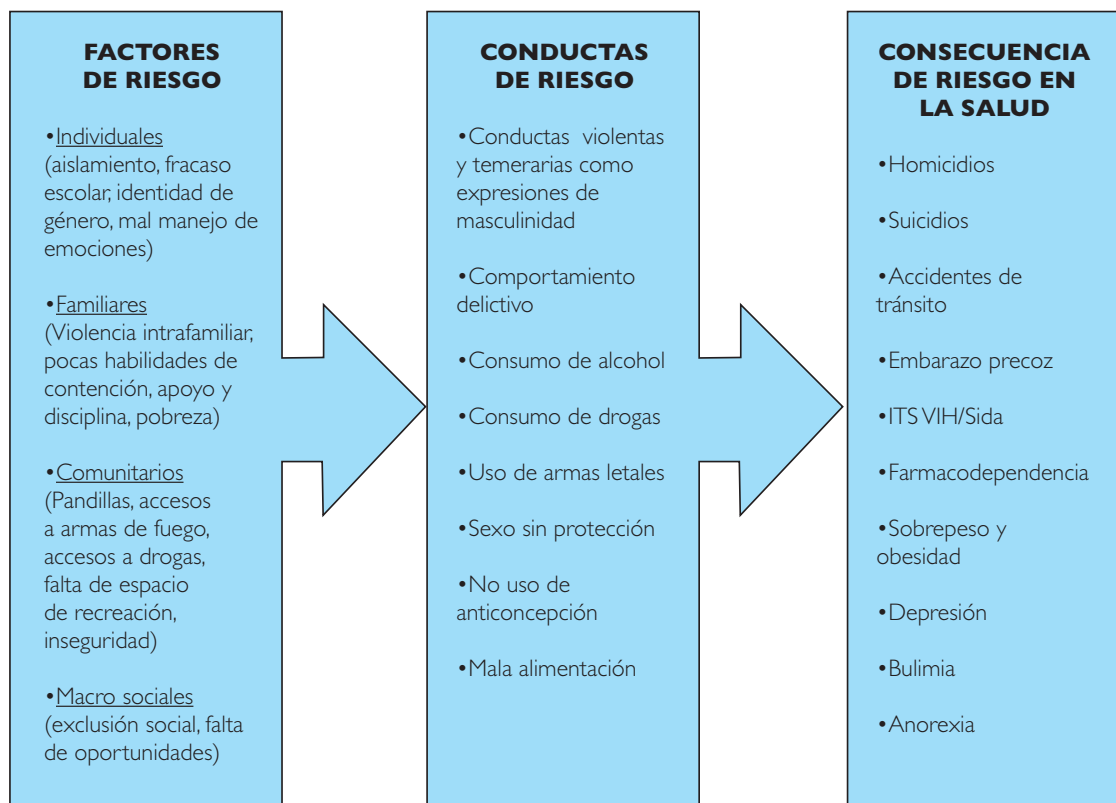
Las y los adolescentes conforman un grupo poblacional estratégico para el desarrollo social, pues es en esta etapa donde se forma el capital humano y se construyen habilidades para desarrollar una vida saludable. La adolescencia comprende en muchos casos la exposición a riesgos que no estaban presentes en la infancia; en esta etapa, la mayoría de los hábitos y comportamientos peligrosos para la salud son adquiridos y aunque no producen efectos inmediatos en la salud, su impacto y costo aparece más tarde en la vida.

Según el reporte mundial de la OMS (2009), el bajo peso en la infancia, prácticas de sexo inseguro, el uso de alcohol, el agua y las condiciones sanitarias inseguras, al igual que la presión alta, son los cinco factores de riesgo que tienen un mayor peso en la mortalidad mundial; son responsables de una cuarta parte de todas las muertes en el mundo, al igual que se les atribuye una quinta parte de los años de vida ajustados según discapacidad (AVAD). En dicho reporte se identifican ocho factores de riesgo que dan cuenta del 61% de las muertes por enfermedades cardíacas. Estos factores de riesgo son: uso de alcohol, tabaco, presión arterial, altos índices de masa corporal, alto colesterol, alta glucosa en sangre, bajo consumo de frutas y vegetales e inactividad física. La combinación de estos factores es responsable de tres cuartas partes de las enfermedades isquémicas cardíacas, que es la principal causa de muerte en el mundo. Mientras que el consumo de tabaco es responsable del 71% de las muertes por cáncer de pulmón. Muchos de estos problemas de salud se gestan en la etapa de la adolescencia. Tanto la iniciación sexual como el consumo de alcohol y drogas, aparecen en esta etapa de la vida, así como los hábitos nutricionales y de actividad física se desarrollan o debilitan. La adolescencia es una etapa crucial en el ciclo de la vida con un decisivo impacto en la salud de la presente y futura población.

Si bien el enfoque de riesgo ha sido criticado y muchas veces contrapuesto al abordaje desde los determinantes sociales de la salud, en salud pública se sigue reconociendo el aporte que tiene la identificación de los factores de riesgos para definir acciones de corto y mediano plazo que prevengan enfermedades o lesiones a la salud. Es claro que abordar la verdadera “causa de las causas” trasciende este enfoque y apunta a la estructuración de estratificaciones sociales que se traduce en inequidad en salud, lo que implica transformaciones más profundas pero a más largo plazo. Para efectos de este plan no se consideran ambos enfoques contrapuestos sino complementarios.

Se entiende por **factor de riesgo** cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o del entorno, que tiene una elevada probabilidad de dañar la salud. Se asume que si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que enferme. Sin embargo, no todo factor de riesgo se traduce en una conducta de riesgo en la adolescencia ni se llega necesariamente a alcanzar consecuencias negativas en la salud. Sin embargo, las acciones de prevención han de encaminarse a reducir los factores de riesgo e intervenir oportunamente en las conductas de riesgo en la adolescencia.

FACTORES, CONDUCTAS Y CONSECUENCIAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA



También se reconocen aquellos aspectos que protegen la salud, en especial en el caso de la adolescencia, pues permite direccionar las acciones para su fortalecimiento. Los **factores protectores** son los aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables. Los factores protectores facilitan el desarrollo de conductas saludables y que derivan en una buena salud en la adolescencia.

Factores protectores

Individuales

- Capacidad de reconocer que aspectos favorecen su salud y rechazar aspectos desfavorables
- Habilidades vocacionales
- Éxito escolar
- Competencias cognitivas
- Expectativa de logro
- Habilidad para el manejo de emociones
- Confianza en si mismo/a y autoestima
- Capacidad de afrontar factores estresantes
- Sentido de autonomía personal y responsabilidad
- Identidad personal y social coherente y positiva
- Capacidad de conectarse y sentir empatía
- Locus de control interno
- Aptitudes sociales y destrezas de resolución de conflictos
- Actividad física y recreación

Familiares

- Satisfacer las necesidades básicas del/a adolescente
- Buena comunicación, relaciones de calidad y confianza
- Promover el auto-control y entrega progresiva de responsabilidades a los y las adolescentes
- Acompañamiento y claridad en la puesta de reglas y disciplina
- Capacidad de resolver conflictos
- Socialización de valores
- Respeto incondicional por la autoestima del/la joven
- Capacidad de asumir función protectora de sus miembros (integridad física, psicológica, espiritual y cultural)
- Monitoreo de las actividades del/a adolescente

Grupo de pares

- Relaciones constructivas y de confianza
- Redes sociales protectoras y de contención
- Participación en grupos positivos (iglesia, scouts, organizaciones voluntarias)
- Mutualidad, sensación de valores compartidos

Comunidad

- Instituciones defensoras de los derechos
- Adultos significativos positivos e interesados
- Vecindarios seguros
- Espacios para la recreación
- Modelos sociales adecuados a imitar
- Centros educativos que procuran activamente la permanencia de las personas adolescentes y su aprendizaje
- Sistemas escolares de calidad
- Oportunidades educacionales y laborales
- Oportunidades de formación técnica
- Acceso a recursos
- Espacios públicos de calidad
- Disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables y nutritivos
- Control de venta de alcohol y tabaco a menores
- Servicios de salud accesibles y amigables
- Entretenimientos sanos para adolescentes

Macrosociales

Políticas sociales coherentes con la inclusión y movilidad social
 Políticas y normativas educativas basadas en el enfoque de derechos
 Cohesión social

El balance entre factores de riesgo y factores protectores permite considerar el grado de vulnerabilidad al que está expuesto una persona o grupo. Un alto grado de adversidad en el desarrollo de adolescentes, implica mayor necesidad de apoyo requerido para que esos adolescentes sobrevivan y prosperen.

Al mismo tiempo, desde un enfoque de desarrollo humano, las oportunidades que tienen las personas para tener control sobre sus vidas, involucra tanto los recursos que la sociedad les provee como sus capacidades para agenciarse una vida de bienestar. En el caso de las y los adolescentes, las capacidades en salud están en proceso de construcción, de ahí la relevancia del aprendizaje en cuanto a la identificación y adopción de comportamientos que promueven la salud y la evitación de comportamientos que la comprometen, acompañados del acceso a los recursos necesarios para asumir el auto cuidado.

A su vez, la gestión pública debe reconocer que las necesidades de los y las adolescentes en salud no son iguales según la posición social que cada uno ocupa, por lo que se hace necesario identificar las inequidades en salud presentes en este grupo poblacional, y priorizar en los grupos más vulnerables de manera tal que se garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud y al control sobre la propia vida de los diferentes grupos sociales.

3.3 Determinantes de la salud en la adolescencia según personas expertas, adolescentes y jóvenes

Como parte de la elaboración de este Plan, se realizó un taller consultivo con expertos nacionales en materia de adolescencia, se hizo el ejercicio de identificar los determinantes de la salud de las y los adolescentes. Para ello se partió de los cuatro aspectos clave identificados en la salud de la población adolescente: salud sexual y reproductiva, la salud nutricional, la salud mental y la violencia.

En la identificación de determinantes se establecieron tres niveles: determinantes directos, indirectos y estructurales. Los determinantes directos se definieron como aquellos que producen en forma inmediata y sin ninguna mediación las situaciones de salud de las personas adolescentes y que corresponde al nivel individual. Los determinantes indirectos se establecieron como aquellos que inciden a través de los determinantes directos y que corresponden al nivel familiar, grupal o colectivo. Y por último, los determinantes estructurales se identificaron como aquellas características del sistema económico, social, político y cultural que tienen un peso fundamental en la definición del perfil de salud de las y los adolescentes. En el Anexo I se encuentran los esquemas que sintetizan los aportes de las personas expertas.

A su vez, se realizaron tres consultas con adolescentes y jóvenes conformadas de la siguiente manera:

- Un primer grupo de líderes que pertenecen a las Juntas de Protección de la Niñez y Adolescencia con edades entre 15 y 20 años y de distintas partes del país
- Un segundo grupo de adolescentes vecinos de Pueblo Nuevo de Pavas que participan en el Programa de Redes de Prevención del Menor en Riesgo Psicosocial impulsado por el Hospital Nacional Psiquiátrico, MEP y Asociación de Desarrollo de pueblo Nuevo de Pavas.
- Un tercer grupo de adolescentes vecinos de Los Guidos de Desamparados que asisten a programas de la Cruz Roja.

Con ellos se analizaron seis problemas de salud en la adolescencia identificando sus causas y posibles soluciones. En el Anexo 2 se presenta un cuadro resumen en el que se sintetiza la percepción de los y las adolescentes y jóvenes, en sus propias palabras, según cada uno de las situaciones de salud.

3.4 Abordaje efectivo de la salud en la adolescencia

Conforme a la revisión de literatura, las lecciones aprendidas en cuanto a la implementación de estrategias para promover la salud en la población adolescente indican:

- a.** La ineffectividad de enfocar los esfuerzos únicamente en un tipo de comportamiento problemático en la adolescencia (embarazo temprano, abuso de drogas, delincuencia), ya que se suelen realizar intervenciones cuando ya están presentes los problemas, por lo que no se focaliza en acciones de prevención sino suelen dirigirse los esfuerzos a reparar el daño ya presente. También las intervenciones se enfocan en el individuo y no en su contexto y resultan costosas ya que termina fragmentando y duplicando intervenciones para un mismo individuo.
- b.** Existe evidencia que muestra como los factores de riesgo, los problemas de comportamiento y sus consecuencias para la salud son comunes e interrelacionados.
- c.** Las intervenciones deben impactar diferentes niveles: familia, centros educativos y comunidad. Las familias son el contexto donde se establecen inicialmente los comportamientos de salud y donde la cultura, los valores y las normas sociales son moldeadas. También la familia, como unidad básica de la organización social, es la más accesible para la prevención, promoción e intervenciones terapéuticas.

- d. Es esencial abordar la construcción de la masculinidad y feminidad, los sistemas de valores y creencias relacionados con el cuerpo y sus cuidados ligados con las prácticas sociales y la vida cotidiana de los y las adolescentes.
- e. Se debe enfocar el abordaje de las capacidades de las y los adolescentes y sus necesidades básicas de aprendizaje para el auto cuidado y cuidado mutuo de la salud a partir de sus redes sociales.

El Sector Salud ha centrado sus esfuerzos en la atención de la enfermedad y muchas veces la promoción de la salud de esta población se piensa desde un modelo basado en lo deficitario. Esto ha implicado el predominio de una forma de mirar y comprender la salud y de percibir las personas tanto como las comunidades en términos negativos. Con ello se invisibilizan las capacidades individuales y colectivas y se promueve la dependencia hacia actores externos que asuman y resuelvan los problemas, invalidando los recursos propios y de la comunidad.

Las personas tienen poder en la medida en que desarrollan sus propias estrategias de auto cuidado y tienen control sobre sus vidas. Desde las instituciones se tiene la capacidad de expropiar o potencializar ese poder y control, pues la forma en que se organizan y ofrecen los servicios institucionales a la comunidad puede facilitar o no la construcción de autonomía, autodeterminación y en última instancia el ejercicio de ciudadanía y respeto a los derechos humanos. De ahí que la apuesta que se hace desde este Plan es a impulsar la salud integral de la población adolescente con el concurso del Estado, la Sociedad Civil y las comunidades.

IV. INICIATIVAS INSTITUCIONALES Y SECTORIALES A SER ARTICULADAS CON EL PLAN

El PENSPA se adscribe al enfoque de protección integral y por tanto busca contribuir con el Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en la organización de la respuesta interinstitucional e intersectorial que garantice la **protección del derecho a la salud** de las personas adolescentes. Tal como se indicara antes, la salud de este sector poblacional es un resultado complejo cuya responsabilidad trasciende el sector salud, de ahí la necesidad de orientar los esfuerzos desde la lógica de producción social de la salud.

En ese sentido se distinguen las acciones de promoción de la salud encaminadas a incidir en los determinantes sociales de la salud, al igual que en el fortalecimiento de los factores protectores. También se contemplan las acciones de prevención de la enfermedad que buscan una intervención temprana en los factores de riesgo, así como las acciones de atención del daño y restablecimiento de la salud.

Tanto las acciones de promoción como de prevención son competencia de diversas instancias y actores sociales. Por lo que se busca lograr la simultaneidad de esfuerzos pero también su convergencia para así lograr construir sinergia entre diversas iniciativas y contar con un tejido coherente de respuestas que respondan a las necesidades de la población adolescente. En ese sentido se identifican políticas y programas institucionales e interinstitucionales ya formulados que se enuncian a continuación.

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en salud de la población adolescente
Política Nacional para la Niñez y Adolescencia	El tercer eje de la Política es Salud integral que comprende: promoción de la salud integral, acceso a la salud y a la seguridad social, salud con enfoque multicultural, educación para la salud, seguridad alimentaria y nutrición adecuada, salud integral de la madre y el padre adolescentes, salud sexual y reproductiva, atención prenatal, perinatal y posnatal, prevención de la mortalidad, prevención y atención del VIH/Sida, prevención y atención a la adicción de sustancias psicoactivas y a la ludopatía.
Política Pública de las Personas Jóvenes	Plan de Acción de la política contempla: aumentar una educación integral para una sexualidad sana y segura y promoción de una salud integral como una de sus prioridades. En sus estrategias se formula: promoción de mater-paternidad responsable en la adolescencia, prevención de las ITS/VIH/Sida, promoción, educación e información, dirigidas al trato con equidad y no discriminatorio de las personas jóvenes que viven con el VIH/Sida, reducción del embarazo antes de los 15 años, a través de la educación, el desarrollo de la capacidad de prevención y la utilización de métodos de protección, fomento del ejercicio de una sexualidad, visibilización de las condiciones de maltrato / abuso y explotación sexual que enfrentan las personas jóvenes, fomento de grupos de apoyo y de educación entre pares, para temas de promoción como la salud, sexualidad, participación, liderazgo, opciones laborales y productivas, comunicación, atención de problemas emocionales, familiares, deserción y expulsión del sistema educativo, discriminación, baja autoestima, entre otros, promoción de una política de educación sexual.
Política de Igualdad y Equidad de Género (PIEG) 2007-2017	Su tercer eje es educación y salud de calidad a favor de la igualdad. En el Plan de acción 2008-2012 contempla: programa permanente de educación para la igualdad y equidad de género, que incluya la promoción de una educación integral para la sexualidad y de una vida libre de violencia en el sistema educativo; formación permanente en materia de sexualidad, igualdad y equidad de género del personal docente, técnico y profesional del MEP, cambios curriculares en universidades, desarrollo de un modelo local de acción conjunta CCSS y MEP de formación en sexualidad, salud sexual y reproductiva dirigida a NNA, normas de atención de consejerías en salud sexual y reproductiva en establecimientos de salud, formación permanente en materia de igualdad y equidad de género del personal técnico y profesional de la CCSS, Plan de Salud Sexual y Reproductiva CCSS.
Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial (2007-2011)	Sus áreas de actuación son: legislación, educación, parque automotor, acreditación de conductores, control y vigilancia de tránsito, infraestructura vial, estrategias integrales de comunicación, promoción intersectorial. Entre las doce acciones del área de Educación se contempla: <ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de programas de educación vial, a través de acciones o actividades para los adolescentes y jóvenes. • Inclusión de la materia de seguridad vial en el currículo educativo como tema transversal desde preescolar hasta secundaria. • Potenciación de programas de capacitación permanente a docentes sobre educación de seguridad vial.

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en salud de la población adolescente
	<p>En el área de promoción interinstitucional se establece la política de inclusión de la seguridad vial dentro de las actividades de promoción de la salud y prevención de los traumatismos causados por los accidentes de tránsito. En ella destacan las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de una base de datos de trauma en el sistema de salud público y privado (se busca construir una base nacional donde se concentre la información: Base Nacional de Trauma) • Coordinación con la CCSS-Unidad de Trauma, para la implementación de acciones preventivas dirigidas al niño (a) y el adolescente. • Producción de material educativo para el primer nivel de atención (EBAIS) en cantones de riesgo. • Incorporación del tema de seguridad vial en ferias de salud. <p>También en esta área se contempla la política de fortalecimiento de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria, así como los servicios de rehabilitación para todas las víctimas de traumatismos.</p>
Plan Nacional sobre Drogas (2008 – 2012)	<p>Se plantean 5 ámbitos de interés: prevención del consumo de drogas, atención a personas consumidoras de drogas, prevención y represión de tráfico ilícito de drogas, control y fiscalización (de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y químicos especiales), y prevención y represión de la legitimación de capitales.</p> <p>Específicamente para la población adolescente, se busca en prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir los casos nuevos de consumo, por medio de programas de prevención universal (Aprendo a valerme por mi mismo, Trazando el camino para tercer ciclo del sistema educativo regular y de educación especial, Prevención de drogas en el ambiente escolar, Camino seguro a la salud, DARE), selectiva (en población de alto riesgo) e indicada (Drogas en la escuela y el colegio), con enfoque de competencias y habilidades para vivir. • Dotar a la población adulta de herramientas para prevenir el consumo drogas en esta población (Agentes multiplicadores para la prevención infanto juvenil en los sectores salud y trabajo) • Prevención local, por medio de la acción comunitaria y potencialización de los recursos existentes (Grupos comunales fomentando acciones preventivas). <p>En atención a adolescentes consumidores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención integral, prioritaria, especializada, universal y sistémica, a personas con consumo problemático de drogas (Centro de Atención Integral para personas menores de edad en alta situación de vulnerabilidad social, Nuevos Horizontes, Atención a Población Penal Juvenil)
Plan Nacional de Salud Mental (2004-2010)	<p>La tercera área estratégica es "Atención integral a las Personas", y su tercer objetivo es la creación de programas y proyectos dirigidos a la salud mental de las y los adolescentes. Como metas se propone el desarrollo de programas de fortalecimiento de las relaciones familiares y construcción de proyectos de vida saludables; elaboración de estrategias de abordaje de adolescentes en riesgo psicosocial, con problemas de adicciones, depresión y riesgo de suicidio.</p>

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en salud de la población adolescente
Plan Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social (2007-2010)	<p>Este Plan establece acciones de coordinar con otros planes afines (Plan Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes, Plan nacional de Salud Mental, Plan Nacional de Drogas, Sistema nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial, Plan Nacional de Prevención de la Violencia al interior y desde el Sistema Educativo)</p> <p>El Plan tiene como componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sistema de información sobre violencia y delito (SISVI) b. Venciendo el temor: campañas de divulgación y de formación (a través de medios de comunicación, industria del entretenimiento, educadores, padres y madres) c. Cultura de Paz y Resolución Alterna de Conflictos (Casas de Justicia y Red Nacional de Jóvenes por la Paz) d. Comunidades Solidarias (fortalecer la capacidad de gestión de actores locales y recuperación de espacios públicos) e. Puentes de luz: programa para la atención de jóvenes en riesgo social y en conflicto con la ley. f. Desarmando la violencia: proyecto de abordaje integral de a violencia ocasionada por armas de fuego
Plan Estratégico Nacional para la Prevención Atención y Asistencia de VIH y Sida (2006-2010)	Este plan reconoce a la población adolescente como uno de los grupos vulnerables. Entre sus líneas de acción contempla promoción de la salud y prevención de nuevas infecciones, vigilancia epidemiológica, atención clínica a las personas, derechos humanos y condiciones de vida de las personas que viven con VIH y Sida; educación y gestión académica.

Instancias de articulación intersectorial e interinstitucional

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
Consejo de la Niñez	<p>CONACOES Conformación de Redes Locales como plataforma institucional para la gestión de proyectos preventivos y la atención a víctimas de ESC (6 redes locales constituidas: Los Chiles, Santa Cruz, Corredores, Aguirre, Pavas, Limón).</p> <p>CONASPE (Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad) Constituida por el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia en la sesión celebrada el 10 de octubre del 2007, y de acuerdo al CNNA # 03-02-07</p> <p>Cuenta con un Plan aun no aprobado por el CNNA.</p>	<p>IMAS, INA, CCSS, MS, IAFA, DG Migración, PANI, Ministerio Público del PJ, MEP, INAMU, MSP, MTSS, MAG, DINADECO, ICT, ICODER, Ministerio de Cultura, Ministerio de Justicia, Municipalidades, MIVAH, UNICEF, Iglesia, ONG's, Defensoría de los Habitantes, CNREE, UNED</p> <p>CCSS, Instituto Costarricense sobre Drogas, IAFA, quien la coordina, PANI, MS, MEP, Dirección General de Adaptación Social del Ministerio de Justicia y el Consejo de la Persona Joven del MCJD.</p>
Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas	<p>Universal, público, gratuito y articulado con los establecimientos de los niveles correspondientes, financiada con fondos estatales y ejecutado con participación del sector privado y comunitario, sensible a suministrar atención de calidad a los demandantes de los servicios.</p>	<p>IAFA, CSS como responsables principales del sistema</p> <p>PANI, Adaptación Social del Ministerio de Justicia.</p> <p>ONG y Privadas acreditadas por el IAFA</p> <p>IMAS, Junta de Protección Social y Municipalidad de San José transfieren recursos económicos a ONG's</p>
Consejo Interinstitucional de Protección a la Madre Adolescente	<p>Creado por la Ley. N° 7735 (1997) y modificada mediante la ley N° 8312 (2002) adscrito al Ministerio de Salud. Regulará todas las políticas, las acciones, y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a madres adolescentes.</p> <p>Tres ejes de trabajo: el componente salud (elaborado), el componente educación (en proceso) y el componente trabajo (pendiente); se debe agregar el componente recreación y el componente participación.</p>	<p>MS, MTSS, Consejo de la Persona Joven, MEP, CCSS, INAMU, INA, IMAS</p> <p>Representante de ONG, madre adolescente.</p>

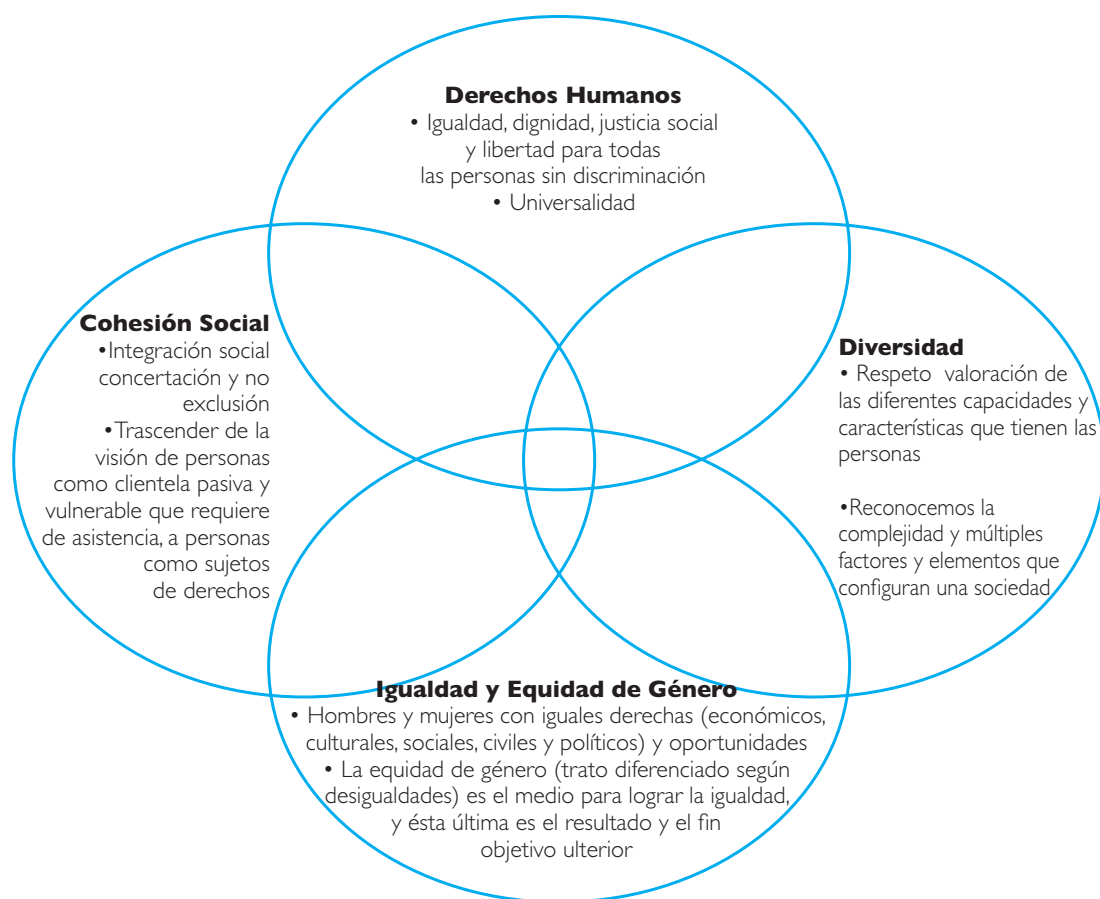
Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
Red Interinstitucional para la Niñez de Costa Rica	Inscrita en el Instituto de Investigación en Educación (INIE) y adscrita al PRIDENA de la UCR. Acciones dirigidos a personas menores de 12 años e indirectamente a población adolescente	MEP, MS, MTSS, DINADECO, CCSS, IMAS, PANI, Centro Infantil de Atención Integral de Goicoechea, UNA, UNED, Universidad Latina, Universidad Santa Paula, Universidad Católica, Pastoral Social Cáritas, UNICEF, Fundación PANIAMOR, UCR (Vicerrectoría de Acción Social, PRIDENA, INIE, Centro Infantil Laboratorio, Educación Preescolar y Enfermería)

Con la participación de diversos actores sociales e instituciones y sus diversas iniciativas, se busca entrelazar intervenciones que impacten favorablemente la salud de la población adolescente y es desde ahí que se organiza la repuesta de este Plan. Esto requiere establecer una serie de relaciones, interacciones, interdependencias y complementariedades que eviten la duplicación de esfuerzos.

V. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

Este plan se guía por los cuatro pilares que fundamentan las acciones estratégicas del Plan Nacional de Salud 2010-2021 que son:

- **Derechos humanos**, que son derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer y tienen como fin la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna.
- **Diversidad**, que se refiere a la multiplicidad e interacción de las diferentes capacidades y características que tienen las personas y pone en evidencia la complejidad de los múltiples grupos humanos que configuran una sociedad y una cultura determinada.
- **Igualdad y equidad de género**, que reconoce que mujeres y hombres tienen iguales derechos y oportunidades, participando por igual en todas las esferas de la vida pública y privada, libres para desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones, y ésta es necesaria para la consecución de la igualdad, ya que esta propone un tratamiento diferenciado a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan.
- **Cohesión social**, que es el conjunto de mecanismos de integración social, concertación y no exclusión que existen en una sociedad, cuyo propósito y aspiración es construir sociedades sin discriminación, exclusión o segregación.



Fuente: Plan Nacional de Salud 2010-2021

Estos pilares requieren a su vez del reconocimiento de las condiciones y necesidades particulares de las y los adolescentes. En ese sentido este plan se orienta por la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2010-2021, la cual contempla estos otros enfoques y principios específicos para la población menor de edad y que aquí se circunscriben a la población adolescente:

Enfoques

- **Derechos humanos:** la persona adolescentes se visualiza como sujetos de todos los derechos inherentes al ser humano. Se reconocen como sujetos activo y no simple receptor de acciones; se contempla el respeto por la diversidad desde una perspectiva universal y se rompen los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Esto requiere observar el problema que presentan las estructuras desiguales de poder; mantener una visión integral de los derechos de las y los adolescentes y garantizar su cumplimiento pleno.
- **Desarrollo integral:** se debe tomar en cuenta todas las dimensiones de la persona, sean físicas, intelectuales, culturales y afectivas, y en su dinámica de crecimiento, que conlleva también el desarrollo de su autonomía progresiva. El desarrollo humano implica procesos de ampliación de oportunidades y libertades para las personas. Para lograrlo,

ha de tomarse en cuenta el fortalecimiento y expansión de sus capacidades individuales y colectivas, en todos los niveles de actuación, en especial la posibilidad de disfrutar una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida que le permita disfrutar de los bienes de la sociedad y la cultura.

- **Condición etarea:** se debe tomar en cuenta los rasgos diferenciadores en las y los adolescentes de acuerdo con su edad y las características del grado de progresión en su autonomía, así como sus repercusiones para la vida individual y social. Las necesidades y las capacidades de las personas adolescentes menores de edad varían de forma considerable, en tramos temporales relativamente cortos. Por ello, se debe prestar atención a esta dinámica de su evolución y crecimiento. Esto implica el análisis de los entornos inmediatos, factores de protección, participación acorde con las capacidades efectivas de los y las adolescentes, y creatividad en la forma de promover los protagonismos de estas personas.
- **Equidad:** Las condiciones reales de la existencia determinan diferencias entre los seres humanos, ya sea por factores económicos, sociales o culturales. Se debe asegurar que ninguna acción genere discriminación o exclusión de algún sector y que, por el contrario, promuevan la inclusión social y el alcance de las políticas de carácter universal. En relación con los y las adolescentes, el enfoque de equidad conlleva la aplicación de medidas sistemáticas de discriminación positiva, que garanticen a esta población contar con atención y protección prioritarias, sobre cualquier otro grupo o sector.

Principios

- **Discriminación positiva:** Reconociendo que los y las adolescentes tienen una condición especial en razón de la edad y que están en proceso de desarrollo, dado su proceso de formación como personas y ciudadanos, 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 portadores de derechos humanos universales reconocidos a todas las personas y de derechos adicionales específicos propios de su condición. El principio de discriminación positiva o acciones afirmativas reconoce condiciones jurídicas que adicionalmente tienen las y los adolescentes para equiparar su condición en el ejercicio de su ciudadanía.
- **Participación:** Todo 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, y frente a cualquier programa o actividad que la persona considere que puede afectar su vida. Este principio alude al desarrollo progresivo del ejercicio de sus derechos y principalmente de los de expresión, información y ciudadanía, asumiendo niveles de participación mayores cuando el desarrollo de su autonomía lo permita. Las personas menores de 18 años son reconocidas como sujetos sociales de derechos, esto significa que son personas independientes, activas de derechos y con responsabilidades. Gozan de derechos propios, distintos a los de sus progenitores o personas responsables,

significa que esos derechos no deben estar supeditados a los intereses de los adultos, por ello su relación directa con el interés superior:

- **Autonomía progresiva:** La construcción de la ciudadanía social se enmarca en la capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población, el cual debe ser entendido dentro de los límites de su condición especial de desarrollo. Significa que los y las adolescentes van adquiriendo progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento. El principio de autonomía progresiva parte de su 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 rectores: interés superior, sujeto social, no discriminación, autoridad parental y discriminación positiva.

VI. PLAN DE ACCIÓN 2010- 2018

La formulación de este Plan de Acción constituye la expresión operativa del Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescente (PENSPA). Su formulación se desarrollo con base en los documentos de la estrategia regional de la OPS y los resultados obtenidos en diferentes consultas nacionales. A continuación se presenta la visión y el fin que persigue este plan; para alcanzarlo se identifican seis áreas estratégicas con sus respectivos objetivos, resultados esperados, líneas de acción, indicadores, responsables y tiempo de ejecución.

VISIÓN

Las y los adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años que viven en territorio costarricense tienen vidas sanas y productivas.

FIN

Las y los adolescentes reciben de forma oportuna y eficaz, acciones de promoción, prevención y atención de salud por medio de sistemas de salud integrados y respuestas interinstitucionales e intersectoriales articuladas y enfocados en resultados efectivos.

ÁREAS ESTRATÉGICAS

- I. Información estratégica
- II. Entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes
- III. Sistemas y servicios de salud integrados e integrales

- IV.** Aumento de la capacidad de los recursos humanos
- V.** Comunicación social y participación social

Todas estas áreas estratégicas buscan estar transversadas por la construcción de alianzas estratégicas y la colaboración de otros sectores más allá del sector salud.

Área estratégica I: Información estratégica

Objetivo: Generar información de calidad, actualizada y accesible sobre la salud de las y los adolescentes e intervenciones institucionales, que permita identificar inequidades según edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, así como facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales e interinstitucionales.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
I.1 Información sobre la salud de las personas adolescentes con énfasis en violencia, salud sexual, salud reproductiva y malnutrición y que identifique brechas de equidad, sistematizada, consolidada, analizada y divulgada periódicamente.	I.1.1 Definición interinstitucional de indicadores básicos sobre salud de las y los adolescentes, para su recolección a través de los diversos sistemas de información institucionales.	Información sistematizada, consolidada y analizada sobre la salud de la población adolescente y equidad, a nivel nacional cada cuatro años	Documento de análisis de la situación de la salud de la población adolescente	Ministerio de Salud, CCSS, IAFA, MEP, IMAS, Ministerio de Justicia, PANI, INA. Ministerio de Seguridad y Dirección General de Migración	Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia CPJ, INEC, INAMU, ONGs, ORGANISMOS INTERNACIONALES, UCR (PRIDENA), UNA (INEINA) Ministerio Público	2014-2018
	I.1.2 Desarrollo de procesos de análisis, sistematización y divulgación de la información sobre la salud de la población adolescente y sus determinantes.					

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
1.2 Respuestas institucionales e interinstitucionales a las necesidades en salud de las y los adolescentes monitoreadas y evaluadas a nivel local.	1.2.1 Desarrollo de procesos de registro y monitoreo institucionales e interinstitucionales sobre el avance de las acciones en salud dirigidas a adolescente, sus familias y comunidades.	50% de las Área de Salud registran, monitorean, evalúan e informan anualmente sobre las respuestas institucionales e interinstitucionales a las necesidades en salud de la población adolescente	Número de Áreas de Salud que registra, monitorean e informa sobre las respuestas institucionales e interinstitucionales a las necesidades en salud de las y los adolescentes.	Ministerio de Salud , Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Justicia y Paz, Ministerio de Cultura y Ministerio de Trabajo	IMAS, CCSS, IAFA, INA, INEC, INAMU, PANI, CNNA, UCR (PRIDENA),UNA (INEINA) CPJ, ONGs, ORGANISMOS INTERNACIONALES	2011-18
	1.2.2 Elaboración de informes institucionales anuales sobre las acciones desarrolladas en promoción de la salud, prevención y atención de problemas y necesidades de salud en la población adolescente en el nivel local.					2011-18

Área estratégica 2: Entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes

Objetivo: Fortalecer y consolidar los esfuerzos del Sistema Nacional de Salud para el establecimiento de ambientes saludables y seguros que garanticen el desarrollo integral y el mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
2.1 Iniciativas locales para la promoción de ambientes familiares, educativos y comunitarios favorables para el desarrollo socio afectivo de las personas adolescentes, implementadas en las comunidades prioritarias de forma continua y sistemática.	2.2.1 Implementación de programas y proyectos de formación dirigidos a padres, madres y encargados, para el fortalecimiento de habilidades de cuidado, comunicación asertiva y disciplina a las y los adolescentes en el primer nivel de atención en salud.	50% de las Áreas de Salud en comunidades prioritarias, cuenta con estrategias y programas sistemáticos de promoción de ambientes familiares, educativos y comunitarios favorables para el desarrollo socio afectivo de las personas adolescentes al 2018	Número de Áreas de Salud en comunidades prioritarias con estrategias y programas implementados para el fortalecimiento de ambientes familiares, educativos y comunitarios para la contención y apoyo de las y los adolescentes	Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, Ministerio de Justicia y Paz, CCSS, IAFA, DINADECO y Municipalidades.	PANI, Consejo de la Persona Joven organizaciones comunitarias, ONG´s, Juntas de Protección de la Niñez y Adolescencia, Organizaciones comunitarias	2012-18
	2.2.2 Promoción de espacios de diálogo dirigidos a personas adultas que conviven con adolescentes.					2013-18
	2.2.3 Implementación de estrategias atractivas para mantener a la población adolescente interesada en la educación formal					2010-18

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	2.2.4 Desarrollo de estrategias para promover la integración, participación y empoderamiento significativo de la población adolescente y sus comunidades en las Áreas de Salud, con énfasis en las comunidades de atención prioritaria.					2012-18
	2.2.5 Identificación y fortalecimiento de actores sociales clave y redes de apoyo social en las comunidades, que favorezcan la integración de acciones y esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones de salud de las y los adolescentes y su calidad de vida.					2011-18

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
2.2 Estrategias intersectoriales para la promoción y acceso de alimentación saludable de la población adolescente implementadas	2.3.1 Desarrollo de actividades educativas de promoción de la alimentación saludable en las personas adolescentes y sus familias en las Áreas de Salud priorizadas.	75% de las Áreas de Salud priorizadas, implementan estrategias intersectoriales para la promoción y acceso de alimentos saludables en la población adolescente al 2018	Número de estrategias intersectoriales para la promoción y acceso de alimentación saludable de la población adolescente implementadas	Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Pública, CCSS, INCIENSA.	Empresa Privada, Juntas de Educación y Patronato Escolar	2012-18
	2.3.2 Vigilancia del cumplimiento de normativas que regulan las sodas y los comedores escolares en cuanto a la calidad nutricional de los alimentos que se ofrecen en los establecimientos educativos.					2013-18
	2.3.3 Desarrollo de alianzas estratégicas con empresas privadas a nivel local que colaboren con la promoción de una alimentación saludable para la población adolescente.					2012-18

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
2.3 Estrategias para la promoción de comunidades y centros educativos seguros y libres de violencia contra las personas adolescentes implementados en las comunidades prioritarias.	2.3.1 Implementación de estrategias interinstitucionales de seguridad a nivel local que protejan a las personas adolescentes de explotación sexual comercial, violencia callejera, accidentes de tránsito y homicidios.	50% de las Áreas de Salud prioritarias implementan estrategias de promoción de comunidades y centros educativos libres de violencia contra las personas adolescentes al 2018	Número de comunidades prioritarias con estrategias interinstitucionales implementadas para la prevención de violencia contra personas adolescentes.	Ministerio de Justicia, Ministerio de Seguridad Pública, Poder Judicial, COSEVI, MEP, INAMU, Ministerio de Salud, PANI Municipalidades.	Universidades, ONG's, Organizaciones comunitarias. Organizaciones religiosas	2013-18
	2.3.2 Diseño e implementación de políticas y estrategias transversales ⁶ en centros educativos para la promoción de ambientes libres de violencia.		Número de centros educativos que implementan estrategias de promoción de ambientes libres de violencia contra las personas adolescentes.			2012-18
	2.3.3 Monitoreo y reconocimiento de centros educativos libres de violencia.					2013-18
	2.3.4 Fortalecimiento de la red de personas jóvenes para la promoción de una cultura de paz					2011-18

⁶ Por ejemplo políticas frente a la exclusión, incorporación de contenidos en la currícula, medidas ante el matonismo y otras expresiones de violencia, aprendizaje cooperativo y estrategias de integración, entre otras.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
2.4 Oferta de oportunidades educativas, de formación técnica y laborales accesibles, oportunas, articuladas y adecuadas a las necesidades de la población adolescente implementadas y evaluadas en las comunidades prioritarias	2.4.1 Diseño e implementación de una oferta educativa y laboral articulada y ajustada a las necesidades de la población adolescente más vulnerable.	50% de las comunidades prioritarias cuentan con una oferta educativa y laboral para la población adolescente accesible, articulada y adecuada al 2016	Número de comunidades prioritarias que cuenta con una oferta educativa y laboral accesible, articulada y adecuada para la población adolescente.	MEP, INA, MTSS	Empresa Privada, Confederaciones sindicales, Universidades	2016
	2.4.2 Divulgación y promoción permanente de la oferta educativa y laboral actualizada dirigidas a la población adolescente.					2012-18
	2.4.3 Evaluación de la cobertura y el impacto de los procesos educativos, de formación y laborales, en las condiciones de vida de la población adolescente.					2016

Área estratégica 3: Sistemas y servicios integrados e integrales de promoción, prevención y atención en salud de las personas adolescentes

Objetivo: Implementar servicios interinstitucionales integrales de cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etáreo, dando prioridad a población adolescente que vive en condición de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
3.1 Estrategias interinstitucionales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de riesgos dirigido a las personas adolescentes implementadas y evaluadas a nivel local, con énfasis en comunidades prioritarias	3.1.1 Fortalecimiento de las políticas y estrategias locales que promuevan programas y espacios seguros para la actividad física, la recreación y las actividades culturales dirigidas a las personas adolescentes y sus familias.	50% de las Áreas de Salud con estrategias interinstitucionales e intersectoriales implementadas y evaluadas para la promoción de la salud y prevención de riesgos en población adolescente al 2018	Número de Áreas de Salud con estrategias interinstitucionales e intersectoriales implementadas y evaluadas para la promoción de la salud y prevención de riesgos en población adolescente	Ministerio de Salud, Ministerio de Deportes, ICODER, CCSS, MEP, Ministerio de Cultura, PANI, DINADECO, Municipalidades.	Ministerio de Justicia, CNNA, CPJ, Comités de deportes, Consejo de Madre Adolescente, ONG's, Organizaciones religiosas, Organismos Internacionales.	2015
	3.1.2 Implementación de estrategias de formación de adolescentes promotores de salud.					2013

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	<p>3.1.3 Diseño e implementación de estrategias que promuevan procesos sistemáticos de formación con metodologías participativas y adecuada a la población adolescente, desde los servicios de salud y los centros educativos, sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. una sexualidad corresponsable, saludable y segura desde la autonomía progresiva de las personas adolescentes b. salud mental y habilidades para la vida en la adolescencia c. nutrición saludable 					2015
	<p>3.1.4 Monitoreo y evaluación de las estrategias de promoción y prevención en cuanto a su efectividad e impacto.</p>					2018

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
3.2 Modalidades de atención en salud, accesibles y adecuadas a las condiciones individuales, colectivas y culturales de la población adolescente, con énfasis en comunidades prioritarias, implementadas y evaluadas.	3.2.1 Diseño de estrategias de afiliación a la población adolescente vulnerable que garantice su acceso a los servicios de salud.	50% de comunidades prioritarias con modalidades de atención adecuadas a la población adolescente en vulnerabilidad implementadas y evaluadas en los tres niveles de atención al 2018	Porcentaje de modalidades de atención implementadas y evaluadas dirigidas a población adolescente.	CCSS, Ministerio de Salud, MEP, CNREE	Ministerio de Cultura, Ministerio de Justicia, PANI, Municipalidades Consejo de Madre Adolescente	2012
	3.2.2 Diseño e implementación de modalidades de atención individual, grupal y familiar, diferenciada y expedita, con horarios flexibles, en diferentes escenarios y procedimientos dirigida a las y los adolescentes en los tres niveles de salud, con énfasis en comunidades prioritarias.					2013
	3.2.3 Adecuación de la atención en salud a la población adolescente en condición de pobreza, indígena y con discapacidades.					2014

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	3.2.4 Formulación y aplicación de procesos de monitoreo y evaluación de las modalidades de atención brindados a la población adolescente (cobertura, calidad, costo e impacto)					2016
	3.2.5 Identificación, sistematización y divulgación de buenas prácticas en la atención de la población adolescente.					2017
3.3 Respuestas interinstitucionales articuladas, oportunas y efectivas para la atención de salud de personas adolescentes implementadas y evaluadas	3.3.1 Fortalecimiento de la implementación de guías y manuales de atención en SS/ SR, SM y Nutrición dirigidas a población adolescente en los tres niveles de atención en salud, articulados con otras instituciones.	80% de Áreas de Salud con respuestas articuladas interinstitucionales implementadas y evaluadas para la atención accesible, oportuna y efectiva de la población adolescente al 2016.	Porcentaje número de Áreas de Salud con respuestas articuladas interinstitucionales implementadas y evaluadas para la atención accesible, oportuna y efectiva de la población adolescente.	Ministerio de Salud, CCSS, IAFA, MEP, Dirección Nacional de CEN-CINAI,	Servicios de salud y educación privados y ONG´s	2012-2016

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	3.3.2	Divulgación y promoción de la oferta de servicios integrales y las rutas de acceso para la población adolescente.				2012
	3.3.3	Diseño de mecanismos de referencia, contrareferencia y monitoreo de la atención de salud dirigida a población adolescente a nivel local.				2011
	3.3.4	Monitoreo y evaluación de la respuesta interinstitucional a las necesidades en SSR, SM y Nutrición de la población adolescente.				2012-2016

Área estratégica 4: Recursos humanos con capacidades aumentadas

Objetivo: Desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
4.1 Planes de estudio y posgrados en ciencias de la salud y sociales, con temática de Salud integral de las y los adolescentes y su abordaje diferenciado incluido.	4.1.1 Definición de enfoques y contenidos sobre salud y atención integral a los adolescentes según la especificidad de cada carrera.	40 %de carreras con planes y postgrados de estudio que integran la temática de salud integral de la población adolescente al 2016.	Porcentaje de carreras con planes y postgrados de estudio que integran la temática de salud integral de la población adolescente.	Ministerio de Salud CONARE, CONESUP, Universidades públicas CENDEISS	Organismos Internacionales, y privadas	2013
	4.1.2 Abogacía ante las autoridades académicas de las instituciones formadoras de profesionales para la inclusión de temas de salud y atención integral en la adolescencia dentro de los planes de estudio.					2014
	4.1.3 Promoción y fortalecimiento de postgrados con especialidad en adolescencia y juventud.					2016

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
4.2 Personal que brinda atención directa a las y los adolescentes sensibilizado y capacitado	4.2.1 Implementación de un programa de capacitación de recursos humano con modalidades virtuales de enseñanza y aprendizaje dirigido al personal seleccionado en las diferentes instituciones que atienden a las personas adolescente	50 % de funcionarios/as que brinden atención directa a adolescentes certificados al 2014	Porcentaje de funcionarios/as que brinden atención directa a adolescentes certificados	Ministerio de Salud / CCSS/ CENDEISS. IAFA, INS, MEP	INA, PANI, INAMU, Consejo del Persona Joven, MTSS, Servicios de salud privados, CNNA,CNPJ	2012
	4.2.2 Elaboración de módulos de inducción y capacitación en el tema de adolescencia y los determinantes sociales de la salud, como parte de la educación en servicio en los tres niveles de atención en salud.					2012

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	4.2.3. Diseño de una propuesta de certificación y fortalecimiento del personal institucional que reúne las habilidades y conocimientos necesarios para una atención integral de calidad a la población adolescente, que permita la multiplicación de capacidades en el Recurso Humano.					2012
	4.2.4. Diseño de un programa de pasantías en servicios identificados por sus buenas prácticas en atención integral a las personas adolescentes a nivel local e internacional					2013

Área estratégica 5: Comunicación social y participación de los medios de difusión

Objetivo: Desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de un ambiente social de apoyo y fortalecimiento de la salud en la población adolescente a nivel nacional y local.

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
5.1 Estrategias nacionales y locales de comunicación social dirigidas a posicionar la salud como un valor fundamental en las personas adolescentes que promuevan cambios en sus estilos de vida, potencien su capacidad para participar activamente en la construcción social de la salud y fortalezcan sus habilidades para la vida, implementadas y evaluadas	5.1.1 Desarrollo de una estrategia de Mercadotecnia dirigida a fortalecer la imagen positiva de los y las adolescentes en las instituciones y en los diferentes medios de difusión masiva.	Dos Estrategias Nacionales y locales articuladas y sistematizadas que promueven una imagen positiva de la adolescencia y estilos de vida saludables en la población adolescente al 2015	Número de Estrategias Nacionales y locales articuladas y sistematizadas que promueve una imagen positiva de la adolescencia y estilos de vida saludables en la población adolescente.	Ministerio de Salud CCSS,PANI Medios de difusión masiva, Ministerio de Cultura	Organismos internacionales, ONG´s, Universidades Públicas y Privadas	2013
	5.1.2 Implementación de una estrategia de Mercadotecnia dirigida a posicionar conductas saludables en áreas críticas del proceso de desarrollo integral de los y las adolescentes (alimentación, sexualidad, salud mental, resiliencia, manejo y expresión de emociones, entre otros).					2015

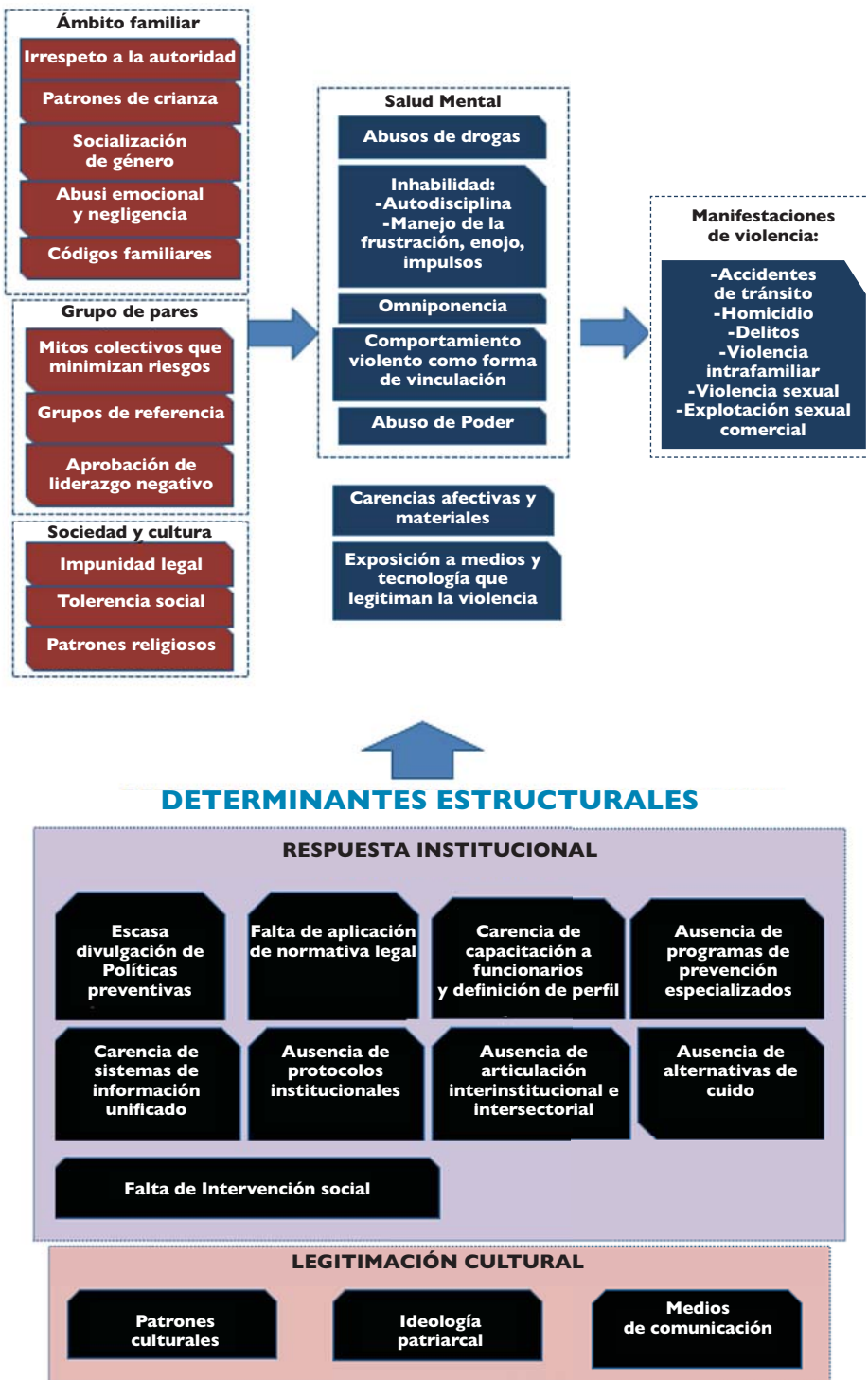
Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
	5.1.3 Divulgación de experiencias exitosas de y con adolescentes protagonistas de su desarrollo integral y de sus entornos comunitarios, que promueva una imagen positiva proactiva y empoderada de las personas adolescentes como ciudadanos y ciudadanas líderes en el campo de la salud.					2015
	5.1.4 Evaluación del impacto de las estrategias nacionales y locales de comunicación social dirigidas a las personas adolescentes, potenciación de aquellas que se identifiquen más efectivas y aceptadas por las personas adolescentes y creación de nuevas formas de comunicación acordes e las necesidades de esta población.					2015

Resultados esperados	Líneas de Acción	Meta	Indicador	Responsables	Colaboradores	Tiempo
5.2 Estrategias de información y educación para el fortalecimiento del auto cuidado y el apoyo familiar y social a la población adolescente a nivel nacional y local implementadas y evaluadas.	5.2.1 Implementación de una plataforma telemática interactiva y accesible a las personas adolescentes y adultas, que contenga un programa educativo para el fortalecimiento de las relaciones inter familiares y consejería para el auto cuidado en salud de la población adolescente.	Una plataforma telemática implementada al 2013 y evaluada al 2016	Número de estrategias nacionales y locales de información y educación implementadas y evaluadas	Ministerio de Salud CCSS,PANI MEP, Municipalidades	Organismos internacionales, ONG´s, Universidades Públicas y Privadas, Organizaciones comunales y religiosas	2013 2016
	5.2.2 Promoción de campañas locales de información para las familias, la comunidad y los centros educativos dirigidas a fomentar la autonomía progresiva de las personas adolescentes, con énfasis en comunidades prioritarias.	50% de las comunidades prioritarias con campañas implementadas al 2015 y evaluadas al 2018	Porcentaje de comunidades prioritarias con campañas implementadas			2015 2018
	5.2.3 Evaluación de las estrategias de información y educación con la participación de personas adolescentes					

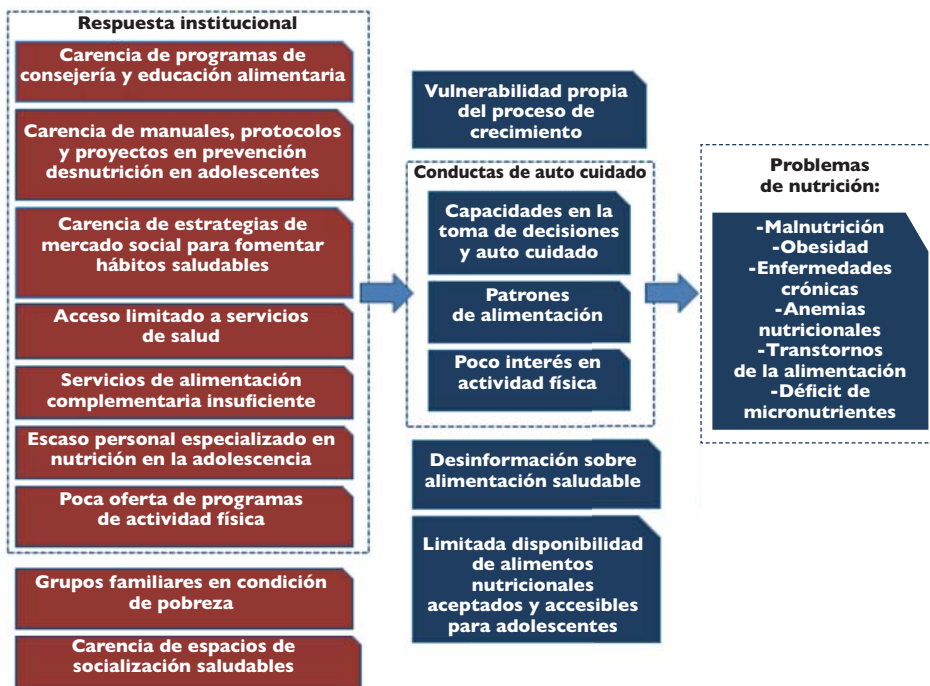
Anexos

ANEXO I: Identificación de determinantes de problemas de salud en la adolescencia desde la perspectiva de personas expertas

DETERMINANTES DE LA VIOLENCIA EN LAS Y LOS ADOLESCENTES IDENTIFICADOS POR LAS PERSONAS EXPERTAS



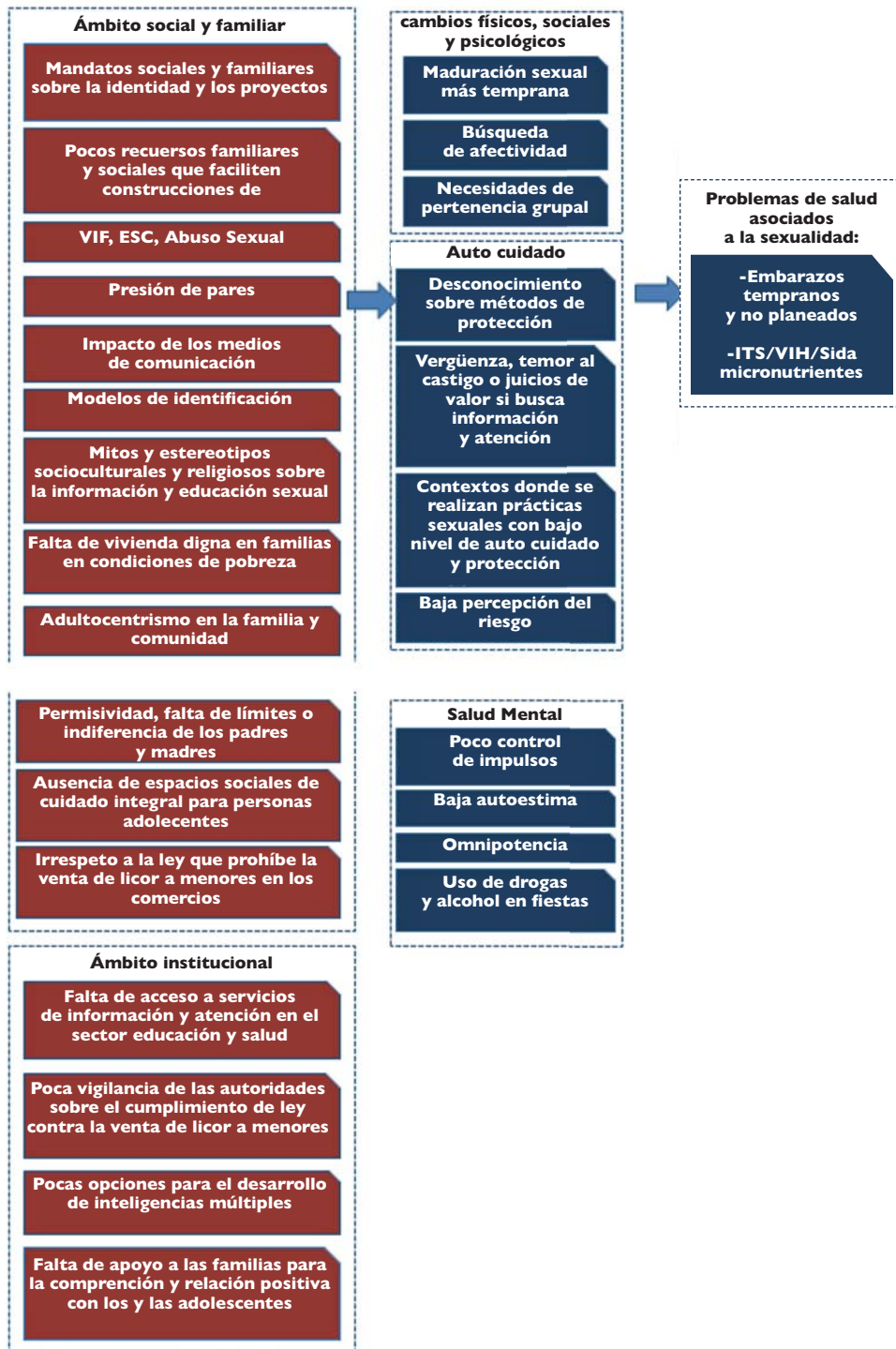
DETERMINANTES DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES EN LA ADOLESCENCIA IDENTIFICADOS POR LAS PERSONAS EXPERTAS

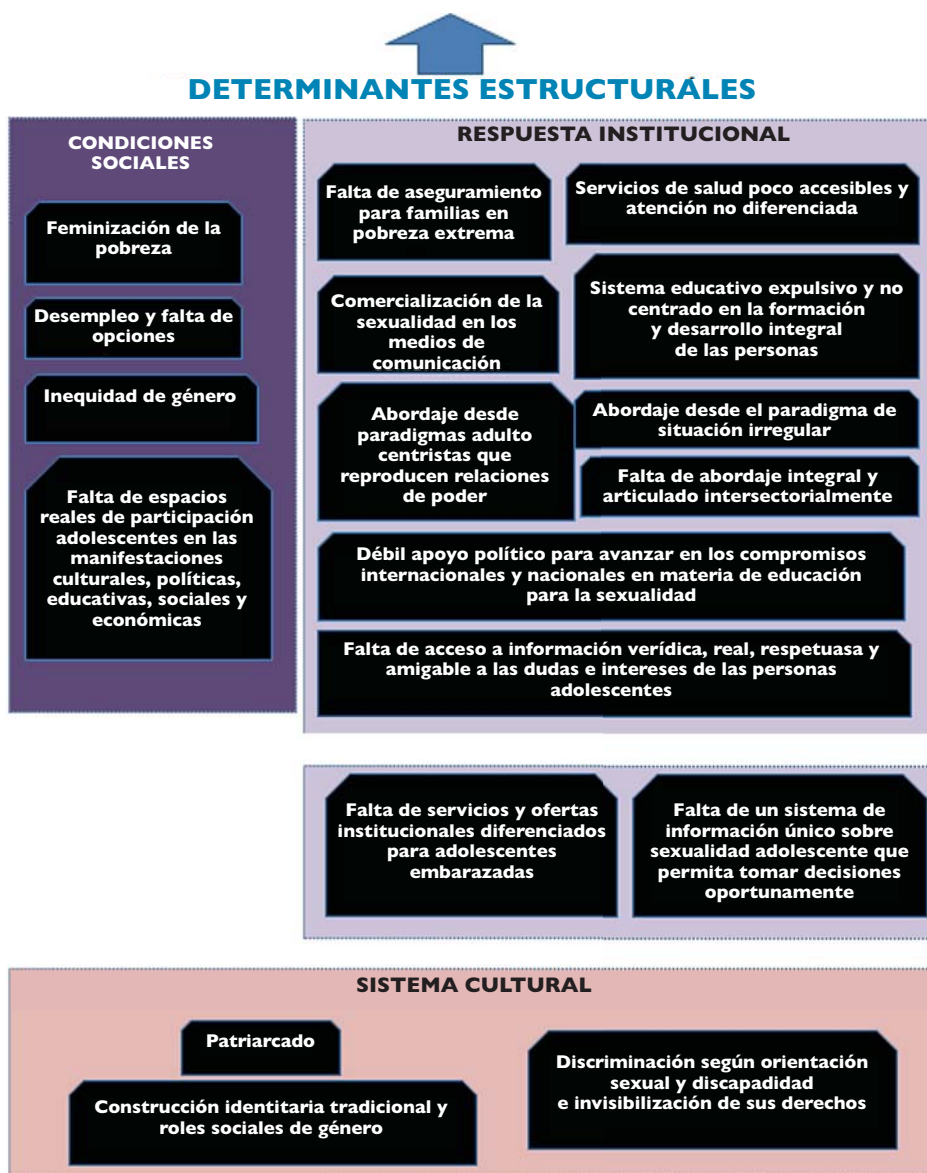


DETERMINANTES ESTRUCTURALES

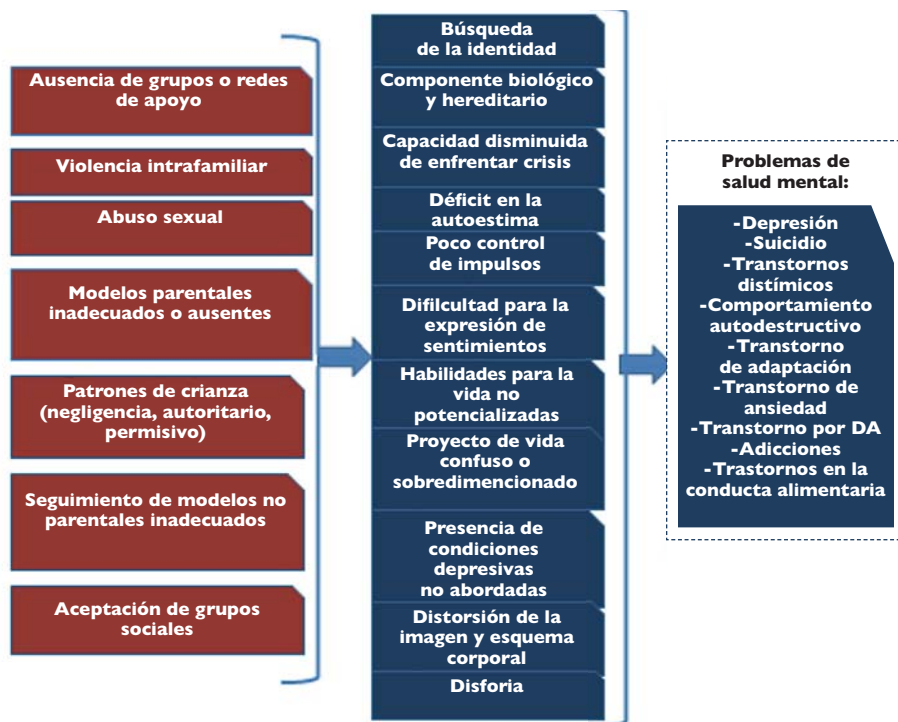


DETERMINANTES DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA IDENTIFICADOS POR LAS PERSONAS EXPERTAS

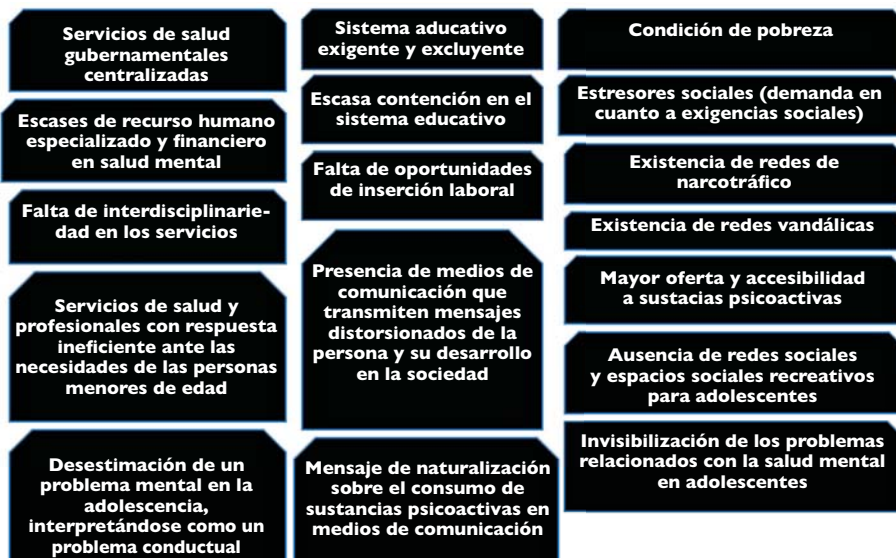




DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA IDENTIFICADOS POR LAS PERSONAS EXPERTAS



DETERMINANTES ESTRUCTURALES



Anexo 2: Percepción de las y los adolescentes y jóvenes sobre las causas y posibles soluciones a seis problemas de salud

Problema o situación de salud	Causa	Solución
Violencia	<p>Problemas en la familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de afecto por parte de los padres • Falta de apoyo o abandono • Falta de comunicación • “Pleitos”, problemas entre padres • Problemas entre los padres generan culpa en los hijos • Preferencias • Padres que le pegan, amenazas • Falta de consideración y buscar lo mejor para ambas partes (flia-adolescente) • Alcoholismo en jefe de familia • Mala educación • “Padres locos” <p>Problemas entre pares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celos • Rivalidad y competencia • Falta de comunicación • Falta de tolerancia • Falta de diálogo <p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay espacios para sentirse bien • Falta de maduración • Adultocentrismo, personas mayores quieren tener toda la autoridad • Drogas y alcoholismo • Ausencia de educación o mal rendimiento académico • Problemas en el colegio (malas calificaciones, frustración) • Condiciones de estudio no adecuadas • Discriminación por “raza, color y nacionalidad” • “personas se creen más que los otros, por la forma de vestir, por la música”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más apoyo entre jóvenes • Dialogar más sobre los problemas que están sucediendo • Enseñar a los jóvenes como hablar y resolver las cosas • Talleres de Educar con cariño dirigido a padres y profesores • Crear espacios de recreación para adolescentes y jóvenes • Más participación juvenil en las diferentes instancias encargadas de salud, niñez y adolescencia (es esta población la que conoce sus necesidades) • Capacitación a padres para prevenir la violencia • Incentivar el diálogo, respeto, tolerancia y amor en la familia. • Incentivar a los jóvenes a que “todos somos iguales y que nadie es más que nadie”. • Talleres y campañas de NO violencia • Comunicación asertiva de padres a hijos y viceversa. • Charlas con personas expertas en la materia • Buscar ayuda tanto espiritual como mental • “Poder decir lo que pienso” • Colegios tengan orientadores buenos y de confianza • Denunciar • Evitar ver programas violentos

Problema o situación de salud	Causa	Solución
Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación • Abandono de hogar • Depresión, que reprime sentimientos y no los saca • Falta de valentía de enfrentar los problemas • Autoestima baja y falta de seguridad en si mismos • Falta de atención por parte de la familia y las instituciones a los adolescentes • Falta de amor • Inmadurez • Problemas familiares • Malas amistades • Situaciones difíciles en la sociedad • Falta de metas • No ser aceptado por la sociedad/rechazo por su condición sexual, etnia, religión o peso • Desamores/ rupturas amorosas/ problemas sentimentales. • Las letras de música • “Cosas negativas que le dice la gente: ud es un inútil, gorda chancha” 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogar sobre los problemas • Tratar de hacer creer a los jóvenes más en Dios. Buscar a Dios • Buscar ayuda, alguien que le entienda • Apoyo y ayuda psicológica a quienes han intentado el suicidio • Promover valores • Encontrar formas de hacer entender a los jóvenes que todos valemos y que nadie es menos. • Prestar atención a las señales de depresión, tanto en el hogar como las escuelas y colegios. • Tratar la depresión adolescente y hacer conciencia de la situación • Erradicar la discriminación • Más apoyo de los medios de comunicación, hablar sobre el tema • Campañas de información • Motivar a los estudiantes a realizar actividades recreativas • Hacer centros de ayuda • Promover el arte como fuente de esparcimiento y de utilización del tiempo libre • Identificar los síntomas de depresión a tiempo
Embarazo en la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información/ poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos • Falta de diálogo entre hijos/as y padres • Descuido • No tener nada que hacer • Falta de educación sobre este tema • Miedo a preguntar, miedo al que dirán • Influencia de los amigos • Falta de conciencia • Falta que alguien los guíe y les aconseje sobre el tema • Mala educación sexual • Querer madurar antes de tiempo • La desobediencia • Falta de información en el colegio y en los medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogar sobre los métodos anticonceptivos y sobre las enfermedades que pueden contraer (familia, colegios) • Cuidarse más • Promover programas de cultura como el sistema Nacional de Educación Musical • Charlas donde se hable con la verdad acerca del sexo/ donde se les diga como mantener una vida sexual segura y así poder evitar un embarazo no deseado. • Enseñanza temprana (desde los 8 años de edad) • Que los mismos adolescentes den una charla de prevención • Talleres preventivos con metodologías diferentes • Promover una mejor educación sexual en los adolescentes • Uso de métodos anticonceptivos

Problema o situación de salud	Causa	Solución
	<ul style="list-style-type: none"> • No utilización de métodos anticonceptivos • Pasa por satisfacer aquello que no tienen, por llenar ese vacío, lo buscan en la relación sexual • Violaciones sin condón • Poca atención que nos brindan en los centros de salud, "a veces tenemos alguna enfermedad en nuestro sistema reproductivo y no lo tratan a tiempo, si no hasta que ya nos ven muriéndonos, nos atienden pero ya para que, y no hay caso" • La discriminación de la sociedad hacia nosotros. No nos permiten realizar actividades iguales a las de ellos porque creen que no podemos, y no piensan cómo nos sentimos y que ellos alguna vez también fueron jóvenes". • Cicatrices emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar y saber más sobre los riesgos • Apoyo de los medios de comunicación • Talleres sobre educación sexual.
ITS, VIH/Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de protección • Falta de información (en colegios y medios de comunicación) • Falta de comunicación • Falta de aseo • Las personas que no hacen nada cultural tienden a ir más hacia "lo prohibido" • Falta de madurez • Educación desactualizada • La sociedad nos hace presión para tener relaciones exponiéndonos a enfermedades • Sexo desenfrenado • Padres no hablan sobre sexo seguro a sus hijos • Pensar eso a mi no me va a pasar 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar preservativo • Informarse sobre las enfermedades venéreas • Estar seguro que la pareja con quien está no tenga ninguna enfermedad. • Charlas donde se hable con la verdad acerca del sexo. • Diálogo entre padres e hijos • Proyectos en los colegios para dar información sexual • Informar a los adolescentes sobre los riesgos de una vida sexual insegura y la forma de prevenir enfermedades • Capacitación por parte de instituciones como Cruz Roja Juventud, MS, CCSS sobre sexo seguro y prevención de ITS. • MEP debe hacer una materia adicional de sexualidad en las escuelas. • Hablar abiertamente del tema • Conocer con quien se relaciona la persona

Problema o situación de salud	Causa	Solución
Sobrepeso y obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Problemas familiares • Traumas de la niñez • Costumbre de las madres de pensar que gorditos es lo mismo que estar bien alimentados • Mala alimentación y descontrol • No se aceptan como son • Influencia de la sociedad • Problemas hormonales • Ansiedad • Baja autoestima • Inseguridad • Padres dan demasiada plata o son muy irresponsables y por no hacer comida hacen lo más rápido (frituras) • Falta de ejercicios, sedentarismo y falta de recreación • Creer que la comida chatarra es más rápida • No hacer ejercicios por pereza • Globalización en el sector alimenticio donde se promueven más las comidas rápidas y se dejan de lado las comidas nutritivas • Falta de apoyo • Mala cultura en Costa Rica • Falta de vegetales • Falta de hierro 	<ul style="list-style-type: none"> • Comentar el problema para tratar de ayudar y orientar al joven • Programas de nutrición que no sean charlas sino interactivos • Tratar de controlar la ansiedad • Talleres de autoestima con metodología para adolescente • Promover alimentación más saludable • Creación de espacios para ejercitarse • Comer saludable/dieta balanceada • Hacer ejercicios y más actividad física • Acondicionar lugares seguros para hacer actividad física • Informar y dar ideas a los jóvenes sobre como tener una alimentación saludable • Promover campañas de salud en centros educativos y comunidades • Promover el deporte y la actividad física • Entender y apoyar a esas personas dándoles a saber que valen mucho • Cambiando los alimentos que proporcionan las sodas de las instituciones. • Organizar actividades recreativas como bailes caminatas. • Dando más frutas y verduras a las instituciones y no promoviendo la comida chatarra.
Consumo de tabaco, alcohol y drogas (“vicios”)	<ul style="list-style-type: none"> • Creer que es una salida para olvidarse de los problemas • Problemas en el hogar • Malas amistades • Falta de información en cuanto a las consecuencias • Descontrol que hay en la venta • Los anuncios publicitarios “tientan a hacerlo” • Falta de apoyo • Ignorancia • Querer ser aceptado por la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogar sobre los efectos que producen estos productos • Brindar información para ayudarlos a salir adelante. • No dar charlas sino programas donde los jóvenes vean la realidad de lo que son las enfermedades producidas por estos problemas. • Darle a entender que eso está mal que solo los lleva a la perdición y a la muerte lenta. • Charlas y campañas para apoyarles

Problema o situación de salud	Causa	Solución
	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos espacios de recreación • No saber como actuar y creer que para ser poderosos consumen tabaco, drogas y alcohol. • Descuido de los padres • Forma de salir de los problemas familiares • Refugio ante la falta de atención, falta de afecto y apoyo. • Influencia de la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar a los jóvenes y demás personas a practicar actividades sanas como el deporte • Facilitar espacios de recreación donde los adolescentes puedan divertirse sanamente • Si no has probado ninguno NO LO HAGAS • Buscar ayuda • Espacios deportivos • Combatir el consumo de drogas • Dar charlas para que se den cuenta del daño que provocan • Promover estilos de vida más saludables.

Lista de instituciones y organizaciones participantes

Agradecimiento a las instituciones y a sus representantes que hicieron sus valiosos aportes y hicieron posible construir el PENSPA, especialmente a las personas adolescente que desde sus vivencias y transparencia lograron contribuir para que la realización de este Plan fuera exitosa.

Ministerio de Salud

Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud

Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud

Dirección de Mercadotecnia de la Salud

Dirección General de Centros Infantiles

Caja costarricense de Seguro Social

Área de Atención a las Personas

Dirección de Compras de Servicios de Salud/ Compromisos de Gestión

Comisión de Clínicas y hospitales de la CCSS

Hospital Nacional de Niños

Hospital Nacional Psiquiátrico

Hospital de las Mujeres

Hospital San Juan de Dios

Coopesalud Pavas

Clínica Solon Nuñez

Clínica Marcial Fallas Desamparados

Clínica y Área Marcial Rodríguez Alajuela

Clínica Jiménez Nuñez

Área de Salud Goicoechea I

Área de Salud Goicoechea 2

Clínica Clorito Picado

Clínica Área de Salud Coronado

Área de Salud San Francisco- San Antonio

Área de Salud de Aserrí

Área de Salud Desamparados COOPESALUD

Área de Salud Desamparados 3

Área de Salud Heredia Cubujuqui

Ministerio de Educación Pública

Ministerio de trabajo y Seguridad Social

Ministerio de Cultura y juventud

Ministerio de Justicia y Paz

Ministerio de Agricultura y Ganadería

Vice- Ministerio de Desarrollo Social

Patronato Nacional de la infancia

Instituto Nacional de Mujeres

Instituto de Alcoholismo y Fármaco Dependencia

Instituto Nacional de Aprendizaje

Instituto Mixto de Ayuda Social

Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia

Consejo Interinstitucional de Madre Adolescente

Consejo de la persona Joven

Secretaría Técnica CONACOES

Defensoría de los habitantes

Oficina internacional Trabajo –IPEC

Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA

Universidad Nacional – INEINA

Universidad de Costa Rica –PRIDENA

Adolescentes y personal de la Casa Infante -Juvenil Saint Exupèry

**Adolescentes y funcionarios Programa Conjunto – Puntarenas –UNFPA/
Giro 180**

Adolescentes de la Red Adolescente de las Juntas de Protección - PANI

Adolescentes y personal del Proyecto Cruz Roja Juventud los Guido

Colegio José Albertazzi de los Guido de Desamparados

PANIAMOR

Programa Conjunto: Juventud, Empleo y Migración