Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Código MT.GM-GIT.DDSS-AAIP-UCP-PSM2015.001

Versión 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas

Gerencia de Infraestructura y Tecnología
Unidad Coordinadora Proyecto Salud Mesoamérica 2015

2014

Elaborado por

<table>
<tr><td>Elaborado por:</td><td colspan="5">Equipo Consultor de Managment Science for Health y Family Care International

Marianella Vega Alvarado
Jessica Mac Donald Quiceno
Laura Delgado Tenorio
Hannia Fallas Ureña
Griselda Ugalde Salazar
Paz Robledo Hoecker
María Faget Montero

Colaboración técnica:Rita Peralta Rivera y Andrey Mora Bermúdez</td></tr>
<tr><td>Revisión técnica:</td><td colspan="2">Comisión Técnica CCSS

Mario León Barth
Raúl Sánchez Alfaro
Hugo Chacón Ramírez
Nineth Alarcón Alba
Geovanna Mora Mata
Marco Díaz Alvarado
Minor Sequeira Solano
Carlos Garita Arce</td><td colspan="3">Comisión Técnica Ministerio Salud

Rosibel Méndez Briceño
Olga Hernández Chaves
Nancy Vargas Guevara
Rafael Salazar Portuguez
Andrés Sánchez Morera
Alejandra Acuña Navarro</td></tr>
<tr><td>Validado por:</td><td>Nivel Central CCSS

Nereida Arjona
Mario León
Rita Peralta
José L. Oviedo
Esteban Vega
Rolando Meléndez
Jaqueline Monge
Ana Jarquín
Ericka De Marco
Miriam López
Hugo Chacón
Nineth Alarcón
Angélica Vargas
Mercedes Quesada
Marco Díaz
David Martínez
Mynor Sequeira
Mireya Solórzano
Martha Vindas
Kenia Quesada
Gloria Terwes
Geovanna Mora
Carlos Garita
Harold Segura</td><td>Región Brunca

Fernando Salazar
Elidia Morales
Eyle D. Moreno
Yamileth Méndez
Lorena Blanco
Oscar Fallas
Graciela Arguedas
Yelena Cordero
Flory Sánchez
Luis Quesada
Elieth Marín
Rafael Santamaría
Maritza Ramírez
Jose Luis Miranda
Erika Barquero
Carol Jiménez
Estela Barquero
Mariam Fernández
Lizeth Contreras
Elvin Vargas
Esteban Borbón</td><td>Región Huetar Atlántica

Key Cortes
Elizabeth Herrera
Ho Sai Acon
Juan Orlando Gil
Sonia Villagra
Girlany Leitón
Tawny Bonnett
Rosa Díaz
Hazel Mena
Dixie Rosales
Kendra Clarke
Isabel Sing
Nazareth Retana
Oscar Weathley
Flor Cortes
Sergio Mora
Pablo Rodríguez
Carlos Lobo
Tannia Vargas
Aura Baltodano
Gonzalo Mena
Hedberto Burtrago
Andrea Pereira</td><td>Adolescentes Red Nacional de Adolescentes PANI

Kevin Hernández
Jonathan Rojas
Heiling Arias
Ivonne Lascares
Mariana Enríquez
Génesis Brenes
Steven Centeno
Carmen Gómez
Lilliam Leitón
Jimmy Espinoza
Víctor Segura
Francis Cruz
Alejandra Vega
Megan Madrigal
Ariel Vargas
Hilary Arias
Judith López
Nayerith Elizondo
Paola Mata
Nayarith Sánchez
Crisley Quesada
Jessica Mora
María José Arroyo
Carolina Menjivar
Seilyn Mena
Jose Pablo Durán</td><td>Adolescentes de comunidades indígenas Valle de la Estrella

Joseth Berrocal
Claribeth M.M.
Herlen Ventura
Moisés Salguero
Dilana Rodríguez
Andreina Gómez
Froilán Rugama
Kenny Rodríguez
Hazel Palacios
Guillermo Valverde</td></tr>
</table>

Revisado por:	Mario León Barth Raúl Sánchez Alfaro Hugo Chacón Ramírez
Aprobado por:	María Eugenia Villalta Bonilla
Fecha de emisión:	OCTUBRE 2014
Próxima revisión:	OCTUBRE 2017
Observaciones:	Se permite la reproducción de este material con fines educativos y divulgativos, sin fines de lucro, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento. No se permite la reproducción comercial de este producto sin la autorización de la Gerencia Médica de la CCSS. Esta primera versión será aplicada solamente en las redes de servicios que atienden la población residente en las Áreas de Salud beneficiarias del proyecto SM 2015.

Documento elaborado bajo el contrato de Salud Mesoamérica 2015 no. SCL/SPH.13.12.00-C entre Managment Sciences for Health y Family Care International.

Contenidos

1. Presentación	5
2. Introducción	7
3. Definiciones y abreviaturas	9
4. Referencias normativas internacional y nacional	14
5. Alcance y campo de aplicación	17
6. Objetivo General	18
7. Metodología	19
8. Atención integral de la salud de la población adolescente con énfasis en SS/SR	20
8.1 Marco referencial	20
8.2 Operativización de la atención integral de la persona adolescente con énfasis en SS/SR	26
9. Responsables	32
10. Descripción de actividades	40
10.1 Actividades para la planificación de los servicios de salud	41
10.2 Actividades para la atención de las personas adolescentes con énfasis en SS/SR	50
10.3 Actividades para el seguimiento de las personas adolescentes en riesgo	94
11. Referencias bibliográficas	98
12. Anexos	103

1. Presentación

Me es grato y satisfactorio presentar los documentos normativos, aprobados por esta Gerencia, mediante oficio GM-MDD-45390-14:

- *"Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva"*
- *"Manual de Actividades Grupales con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes"*
- *"Manual de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes"*

Los mismos son parte de las actividades del Proyecto Salud Mesoamérica 2015 (PSM 2015) "Prevención del embarazo en adolescentes" cuyo propósito en el país es "contribuir a la reducción del embarazo adolescente, apoyando el desarrollo de un modelo intersectorial a través de redes locales para la prevención del embarazo y atención a la maternidad y paternidad precoz, con modalidades diferenciadas de atención a adolescentes, de acuerdo a sus distintos niveles de exposición a riesgos".

Este Proyecto es de alta pertinencia y prioridad, no solo por dar respuesta a un problema de salud pública como es el embarazo en la adolescencia, con graves consecuencias en las vidas de las personas adolescentes, sus hijos(as), sus familias, comunidades y el país como un todo; sino también porque guarda relación con varios Planes y Políticas vigentes como: la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2009, el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018, el Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención de la Madre Adolescente 2012-2016 y la Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, entre otros.

Dicho Proyecto se desarrolla gracias a una alianza financiada mediante una donación de: la *Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el financiamiento de los ocho países de la región Mesoamericana,* que es administrado por el *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*

En Costa Rica se implementa en las regiones Huetar Atlántica y Brunca, con una cobertura geográfica de once Áreas de Salud: Guácimo, Siquirres, Talamanca, Valle de la Estrella, Matina, Cariari, Coto Brus, Osa, Corredores, Buenos Aires y Golfito, correspondientes a los cantones de estas regiones seleccionados por su menor nivel de desarrollo.

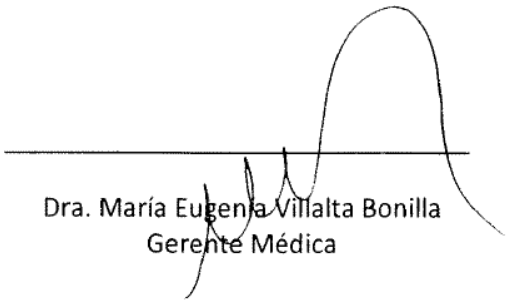
Los objetivos del proyecto son: a) mejorar la calidad de atención de servicios de salud materna, neonatal e infantil para los y las adolescentes embarazadas, madres, padres y sus hijos; b) mejorar la calidad, la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes; y c) generar evidencias sobre buenas prácticas integrales para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Para el cumplimiento de tales objetivos, el proyecto contempla un componente orientado al *"Fortalecimiento de los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos"*, el cual busca mejorar algunas prestaciones claves de las redes de salud institucionales, a fin de mejorar las condiciones de acceso, calidad, equidad y participación de las y los adolescentes, de manera que los servicios respondan a las características y necesidades de la población adolescente.

Estos documentos son producto de un proceso planificado y sistemático que inició con una búsqueda bibliográfica internacional y nacional sobre evidencia y buenas prácticas por parte del equipo consultor a cargo de la elaboración. Posteriormente se realizó consultas y validaciones con equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, encargados(as) de Coordinaciones Nacionales y de Programas de Atención Integral relacionados, funcionarios y funcionarias con experiencia operativa en el tema y representantes de los servicios de salud de las dos regiones beneficiarias del Proyecto. También se realizó consultas y validaciones con representantes adolescentes de todo el país que forman parte de la Red Nacional de Adolescentes del PANI y en un taller con adolescentes de comunidades indígenas.

Gracias a este proceso, la calidad y pertinencia de los documentos es evidente y por tanto, se espera sean apreciados por los equipos de salud institucionales a quienes insto a que los utilicen con la motivación y compromiso que les caracteriza. Su aplicación debe ser acorde con la distribución de sedes de EBAIS según el diseño de la evaluación de impacto o resultados del Proyecto. Así podrán contribuir con los objetivos y metas planteados y ser actores protagónicos en este proceso de mejoramiento de los niveles de salud y desarrollo integral de la población adolescente.

Por último, deseo reconocer y agradecer de manera muy especial, a todas las personas e instancias que, de diversas formas, brindaron sus aportes y han hecho posible contar con esta nueva normativa actualizada.



Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
Gerente Médica

2. Introducción

El presente *Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes, con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva*, ha sido elaborado en el contexto del Proyecto Salud Mesoamérica 2015 (Proyecto SM-2015), cuyo propósito en el país es "contribuir a la reducción del embarazo adolescente, apoyando el desarrollo de un modelo intersectorial a través de redes locales para la prevención del embarazo y atención a la maternidad y paternidad precoz, con modalidades diferenciadas de atención a adolescentes, de acuerdo a sus distintos niveles de exposición a riesgos" (Manual Operativo Proyecto SM-2015, p.16).

Dicho proyecto se enmarca en el convenio que la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) del Ministerio de Salud, suscribió para la realización de la primera operación individual del Proyecto SM-2015, con el financiamiento no reembolsable de un tramo de inversión equivalente a un 40% con los aportes de Bill & Melinda Gates Fundación, el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Agencia de Cooperación Española (AECID) y la asistencia técnica y de gestión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como con la contrapartida local del 60% por parte de la OCIS.

La implementación del proyecto se realiza en las regiones Huetar Atlántica y Brunca, con una cobertura de las siguientes 11 Áreas de Salud: Guácimo, Siquirres, Talamanca, Valle de la Estrella, Matina, Cariari, Coto Brus, Osa, Corredores, Buenos Aires y Golfito, correspondientes a los cantones de estas regiones seleccionados por su menor nivel de desarrollo.

Los objetivos del Proyecto SM-2015 para el país son: a) mejorar la calidad de atención de servicios de salud materna, neonatal e infantil para losy las adolescentes embarazadas, madres, padres y sus hijos; b) mejorar la calidad, la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes; y c) generar evidencias sobre buenas prácticas integrales para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Para el alcance de estos objetivos, el proyecto contempla un componente orientado al "fortalecimiento de los servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos", el cual busca mejorar algunas prestaciones claves de las redes locales de salud, a fin de asegurar condiciones óptimas de acceso y participación de las y los adolescentes.

En esta línea, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se propone el desarrollo de una normativa específica que responda a la legislación nacional e internacional vigente, y que oriente la atención integral de las personas adolescentes, lo que ha posibilitado la elaboración de la *Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las personas adolescentes en su componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva,* promulgada por el Ministerio de Salud y de aplicación obligatoria en los servicios de salud públicos y privados.

Así, este Manual Técnico y de Procedimientos representa una respuesta institucional ante las disposiciones establecidas en la Norma Nacional, y a la vez, complementa múltiples esfuerzos y estrategias para mejorar la situación de salud de las personas adolescentes y el cumplimiento de compromisos de país, alineado con la normativa internacional y nacional en esta materia.

Este Manual constituye además, una herramienta fundamental para la implementación de las intervenciones del Proyecto SM 2015, en tanto especifica directrices técnicas y operativas para su ejecución en las 11 Áreas de Salud de las Regiones Huetar Atlántica y Brunca donde se desarrolla el mismo. Debe destacarse que los resultados que arroje el Proyecto, a partir de su evaluación y sistematización, permitirán valorar su implementación posterior en el resto del país.

La persistencia de enfoques y paradigmas tradicionales con una visión negativa de la adolescencia, la falta de normativa actualizada y lineamientos claros en los servicios de salud, y los pocos conocimientos sobre la especificidad de esta etapa del desarrollo, favorecen el manejo discrecional de la atención a esta población, lo que muchas veces se traduce en una atención deficitaria y con limitaciones para que las y los adolescentes accedan a recursos claves de protección para la salud y prevención de enfermedades.

Por ello, se destaca la oportunidad de contar con este Manual Técnico y de Procedimientos que orienta el accionar del personal de salud, y favorece la implementación de una atención diferenciada para adolescentes, que responda efectivamente a las características y necesidades particulares de este grupo poblacional.

Este Manual busca, por lo tanto, orientar la prestación de los servicios de salud de manera estandarizada, pero suficientemente flexible para su adecuación a las diferentes realidades locales, y a las condiciones y el contexto particular de cada persona adolescente. Las acciones y actividades impulsadas están basadas en la evidencia internacional y nacional, así como en la experiencia del personal de salud consultado que atiende a esta población.

El presente documento cuenta con dos partes, la primera de ellas comprende el manual técnico, en el cual se explicita el marco conceptual y técnico que debe fundamentar el quehacer operativo de la atención integral en salud a las personas adolescentes, con énfasis en SS/SR. En la segunda parte del documento se presentan los procedimientos que describen las acciones específicas de atención enunciadas en el manual técnico, sin ser excluyente de todas aquellas intervenciones adicionales que se requieran en cada caso.

3. Definiciones y Abreviaturas

Acceso a los servicios de salud:

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

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

Atención diferenciada para adolescentes:

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

Atención integral de la salud:

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

Calidad de atención en salud:

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

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

Calidez:

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

Confidencialidad:

Es el deber de guardar el secreto profesional. Implica que todo funcionario o funcionaria de los servicios de salud que obtengan información acerca de la salud o la vida privada de las y los adolescentes, de manera directa o indirecta, explícita o implícita, tienen el deber de disponer de todos los medios para que dicha infor-

mación no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio. Es un valor y una práctica fundamental para hacer amigable un servicio dirigido a adolescentes.

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

Derechos reproductivos:

Abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso y ratificados por el país. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y, a, disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Programa de Acción, párrafo 7.3).

Derechos sexuales:

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

Determinantes sociales de la salud:

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

Equidad en salud:

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

Participación activa de las personas adolescentes:

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

Privacidad:

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

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

Riesgo:

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

Se refiere a la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta la salud de una persona o de un grupo (Donas, 2001) o a la probabilidad de que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros (Krauskopf, 1995).

Salud Sexual:

Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (World Association For Sexology). El objetivo de la salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (UNFPA). Una conducta sexual saludable implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona tomar decisiones que no coloquen en riesgo su salud(OPS, 2005)

Salud Reproductiva:

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

Servicio amigable:

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

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

Sistema de Producción Social de la Salud:

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

Subsistema Local de Protección (SSLP):

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

Abreviaturas

ATAPS	Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEINNAA	Comités de Estudio Integral de Niños, Niñas y Adolescentes Agredidos
CIAMA	Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente
CNA	Código de Niñez y Adolescencia
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
ENJ	Encuesta Nacional de Juventud
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ESC	Explotación sexual comercial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
NNA	Niñas, niños y adolescentes
OCIS	Oficina de Cooperación Internacional de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIA	Programa de Atención Integral a la Adolescencia

PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PENSPA	Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de las personas adolescentes
PNNA	Política Nacional de Niñez y Adolescencia
PPP	Curso de preparación psicofísica al parto
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSLP	Subsistemas locales de Protección
SM-2015	Salud Mesoamérica 2015
SS/SR	Salud sexual y salud reproductiva
UCL	Unidad de Coordinación Local
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	Organización Mundial de la Salud

4. Referencias Normativas Internacionales y Nacionales

Existe un amplio marco jurídico a nivel internacional y nacional que respalda las particularidades en la atención de la salud de las y los adolescentes. En primer lugar el derecho a la salud se estipula en diferentes instrumentos, estableciendo la necesidad imperiosa de garantizar a las personas adolescentes el acceso irrestricto a los servicios de salud y evitar todo tipo de discriminación. A su vez, los servicios de salud deben favorecer el desarrollo integral y respetar el principio de interés superior de las personas menores de edad, que exige priorizar su atención, responder a sus necesidades particulares y considerar su condición de sujeto de derechos y responsabilidades.

Asimismo, estos instrumentos contemplan la progresividad en la adquisición de capacidades, entre ellas la autonomía para tomar decisiones sobre sus vidas. Esto requiere que los servicios de salud que se brinden se adecúen a la edad de cada adolescente, su grado de madurez y capacidad de discernimiento, así como considerar su contexto y condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.

A continuación se presenta el cuadro que recoge los diferentes instrumentos jurídicos que respaldan la Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las Personas Adolescentes en su componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva, así como este Manual institucional.

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

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Leyes nacionales	▪ Constitución Política de Costa Rica, 1949 ▪ Ley N° 4573 Código Procesal Penal, 1996 ▪ Ley N° 5395 Ley General de Salud, 1984 ▪ Ley N° 5476, Código de Familia, 1974 ▪ Ley N° 7184Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990 ▪ Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 del año 2002 ▪ Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998 ▪ Ley N° 7771 Ley General sobre el VIH/Sida, 1998 ▪ Ley N° 8101 Ley de paternidad responsable, 2001 ▪ Ley N° 8239 Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Pública y Privada, 2002 ▪ Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, 2002 ▪ Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 2005 ▪ Ley N° 7899 Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad, 1999 ▪ Ley N° 3261Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 2005 ▪ Ley N° 8590 Para el fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad, 2007 ▪ Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007
Decretos Ejecutivos	▪ N° 13032-P-SPPS Código de Moral Ética, 1981 ▪ N° 27913-S Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999 ▪ N° 30007-S Reglamento del Comité de Estudio del Niño Agredido, 2002
Políticas	▪ Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015 ▪ Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 ▪ Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en Costa Rica (2008) ▪ Política Nacional de Niñez y la Adolescencia 2009-2021 ▪ Política Pública de la Persona Joven (2010) ▪ Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020 (CCSS) ▪ Política Nacional de Sexualidad 2010-2021 ▪ Política Nacional de Salud 2011-2021

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Planes	▪ Plan Nacional de Salud 2010-2021 ▪ Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA) ▪ Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015. ▪ Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (2012-2016)

5. Alcance y Campo de Aplicación

Este manual se dirige al personal de salud que presta servicios en los tres niveles de atención en salud de la CCSS, especialmente el primer y segundo nivel de atención, que deberá brindar a nivel local una atención integral a la población adolescente con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva, en las áreas de salud beneficiarias del Proyecto SM-2015. Asimismo a las respectivas instancias locales y regionales, para su ejercicio de supervisión de la atención brindada por los servicios de salud; así como a las instancias técnicas del nivel central para la regulación, asesoría y acompañamiento de los diversos niveles institucionales.

6. Objetivo General

Establecer un marco técnico y operativo que guíe al personal de salud en la prestación de servicios de atención integral en salud con énfasis en salud sexual y salud reproductiva a las personas adolescentes de 10 a 19 años, de acuerdo a la normativa establecida, garantizando una atención diferenciada, amigable, con calidez y calidad, y adecuada a las características, necesidades y problemas de salud de la población adolescente.

7. Metodología

La elaboración de este Manual estuvo a cargo de un Equipo Consultor Nacional y Regional de Family Care International (FCI), bajo la conducción de Managment Science for Health (MSH), bajo contrato con el Proyecto SM-2015 y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Para su elaboración se desarrolló previamente una etapa diagnóstica que comprendió la revisión de: a) marco jurídico del país, b) las políticas y planes nacionales identificando los mandatos específicos para la prestación de servicios de salud a la población adolescente, y c) la normativa institucional vigente para este grupo poblacional. También se realizaron consultas con: personas expertas en adolescencia y salud a nivel internacional y nacional, equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la CCSS, personal de salud que brinda atención directa a las personas adolescentes en los EBAIS y Equipos de Apoyo en las Áreas de Salud, hospitales regionales, periféricos y nacionales. Además se consultaron grupos de adolescentes de la Región Huetar Atlántica y de la Red Nacional de Adolescentes del PANI.

Asimismo se realizaron búsquedas sistemáticas de literatura internacional y nacional sobre buenas prácticas, evidencias e innovaciones en atención integral a la población adolescente, con énfasis en SS/SR. Para ello se indagó en bases de datos especializadas como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (Lilacs), Pubmed, Cochrane Library, Embase y Adolec.

También se efectuó una revisión bibliográfica nacional, por medio de la plataforma de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) y del Sistema de Biblioteca de la Universidad de Costa Rica, SIBDI, específicamente la Biblioteca de Ciencias de la Salud; a su vez se utilizó el buscador Google y la base de datos de Episteme Revista Académica Electrónica.htm. Se hizo además una consulta al Centro de Investigación de Medicamentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica (CIMED). Los artículos seleccionados se revisaron y sistematizaron.

Todo esto sirvió de insumo para formular un primer documento borrador de Manual que se sometió a revisión por parte de la Comisión Técnica del Ministerio Salud-CCSS, conformado a partir del Proyecto SM 2015. Con las observaciones de este equipo de personas expertas, se hizo una segunda propuesta de Manual que luego fue validada en el campo y en tres talleres realizados a nivel central y regional (Región Huetar Atlántica y Región Brunca), con representantes del nivel técnico y operativo de la CCSS. Igualmente el Manual fue validado en un taller con representantes adolescentes de todo el país que forman parte de la Red Nacional de Adolescentes del PANI y en un taller con adolescentes de comunidades indígenas.

A partir de los resultados de la validación final, se obtiene la versión ajustada y final del mismo, que es la que se presenta en este documento.

8. Atención Integral en Salud de la Población Adolescente con Énfasis en SS/SR

Para poder ofrecer una atención integral en salud dirigida a la población adolescente, primero es necesario comprender las características y necesidades particulares de este grupo etario, en especial en materia de salud sexual y salud reproductiva. Desde esta comprensión inicial es posible identificar los retos que implica brindar servicios de salud adecuados.

A continuación se presenta el marco de referencia de la Norma Nacional, el cual debe orientar el quehacer en los servicios de salud diferenciados y adecuados para las y los adolescentes.

8.1 Marco Referencial

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

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

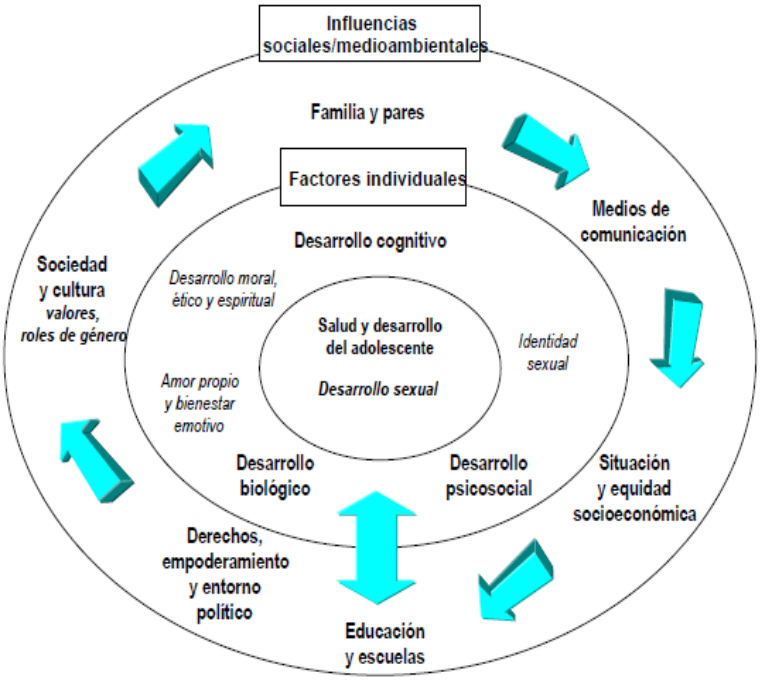
La salud sexual y la salud reproductiva (SS/SR) son aspectos esenciales de la salud y el bienestar de las personas, y es justo en la adolescencia cuando se alcanza la madurez sexual y reproductiva, y un porcentaje importante de la población inicia su actividad sexual genital, muchas veces con poca o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

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

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

Esquema 1:

Influencias y factores que inciden en el desarrollo sexual de las personas adolescente



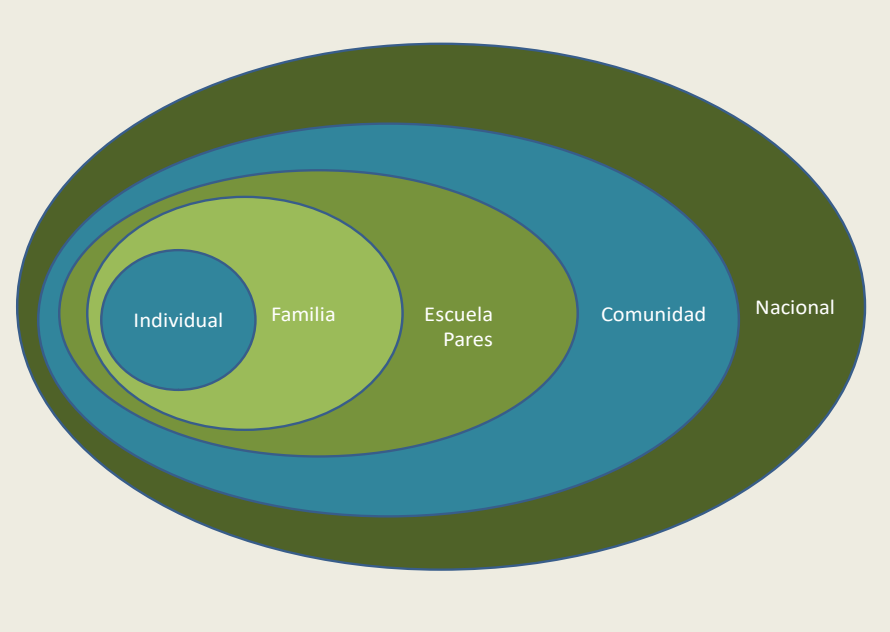
Fuente: Schutt- Ainne y Maddaleno (2003).

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

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

Esquema 2:

Modelo Ecológico: Factores que influyen en el embarazo en adolescentes



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

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

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

Se deberá garantizar que los servicios de salud brinden a la población adolescente información comprensible, veraz, científica[1] y adecuada a su edad y cultura; se creen ambientes seguros, de apoyo y orientación, así como se desarrollen estrategias de educación en salud que les permita a las personas adolescentes desarrollar habilidades para la toma de decisiones saludables, acorde con la adquisición progresiva de su autonomía como personas. También brindarles los recursos para la regulación de la fecundidad y protección adecuada, así como anticiparse e intervenir oportunamente los riesgos para la salud, y en caso de identificar problemas, brindar una atención de calidad. Esto sin olvidar que los servicios pueden ser la puerta de entrada para identificar situaciones que afectan el desarrollo de las y los adolescentes, como por ejemplo la desescolarización o situaciones de violencia, y que aunque escapen del ámbito de los servicios de salud, se deben hacer las coordinaciones oportunas con otras instancias competentes para lograr una verdadera atención integral en salud que garantice a las y los adolescentes el mejor nivel de desarrollo humano.

8.1.1 Enfoques rectores[2]:

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

a) Enfoque de derechos:

La atención en salud dirigida a la población adolescente debe basarse en el reconocimiento de las personas menores de edad como sujetos de derechos. En este marco, la persona adolescente se visualiza como sujeto activo y no simple receptor de acciones; se busca con ello romper con los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Se deben eliminar actos discriminatorios, ya sea por distinción, exclusión o restricción, que tengan por objeto o por resultado la violación de un derecho humano a las personas adolescentes. Los servicios de salud para operar desde este enfoque deben contemplar el respeto a la dignidad de las personas adolescentes y el derecho a la información y a la confidencialidad, entre otros derechos.

b) Enfoque de desarrollo humano y desarrollo integral

Una atención integral en salud de las y los adolescentes debe contemplar todas las dimensiones de su persona, sean físicas, intelectuales, sociales, culturales y afectivas, en su dinámica de crecimiento y desarrollo específico. En la adolescencia en particular se requiere reconocer que son personas en proceso de consolidar su propia identidad (individuación) y de adquirir su autonomía en forma progresiva. Procesos de maduración neurobiológicos y sociales hacen que las y los adolescentes presenten características particulares que deben ser comprendidas y consideradas en la atención que se les brinde para garantizar su adecuación y efectividad. Esto desde la perspectiva del desarrollo humano implica facilitar procesos de ampliación de oportunidades y libertades para las perso-

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

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

nas adolescentes, a través del fortalecimiento y la expansión de sus capacidades individuales y colectivas, en especial la posibilidad de disfrutar una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida de calidad.

c) Enfoque de equidad

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

d) Enfoque de género

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

e) Enfoque de diversidad

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

f) Enfoque de interculturalidad

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

8.1.2 Principios rectores[3]:

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

a) Interés superior de la persona adolescente y discriminación positiva

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

En coherencia con ello, el principio de discriminación positiva establece que la atención de sus necesidades y la garantía de sus derechos son de aplicación prioritaria. Este principio establece que las personas menores de edad son sujetos de derechos humanos universales reconocidos a todas las personas, y de derechos adicionales específicos propios de su condición jurídicas que tienen las y los adolescentes para equiparar su condición en el ejercicio de su ciudadanía. Estos son mandatos legales que establece la Convención de Derechos del Niño y el Código de Niñez y Adolescencia.

b) Participación

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

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

c) Autonomía progresiva

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

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

Todos estos principios se deben armonizar con los principios de la seguridad social que son: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiaridad.

[3]Basado en la PNNA (2009) y PENSPA (2011).

8.2 Operativización de la atención integral de la persona adolescente con énfasis en SS/SR

8.2.1 Accesibilidad de los servicios de salud para adolescentes

Las barreras de acceso a la atención en salud son diversas y se establecen como una gradiente que va desde la disposición, la accesibilidad, la aceptabilidad, hasta la equidad. Cada tipo de barrera desestimula a las y los adolescentes de manera particular e impiden el acceso efectivo a la atención en salud, por lo que eliminarlas implica un reto particular y prioritario.

Algunas barreras se sustentan en temores, prejuicios o estereotipos que tienen las personas adultas respecto a este grupo etario, a lo que no escapa el personal de salud. Esto afecta la **disponibilidad** de servicios, como por ejemplo el acceso a métodos anticonceptivos adecuados para esta etapa del desarrollo o a la consejería en salud sexual y reproductiva, en tanto se considera que a esta edad no se deben tener relaciones sexuales.

También los servicios pueden estar disponibles pero no ser **accesibles**, ya sea porque la institución pone barreras administrativas, como exigir la orden patronal, colocando a la persona adolescente en dependencia de la condición laboral de sus padres, a pesar de que el acceso a la atención es un derecho establecido por el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 7739). Otros ejemplos de este tipo de barrera son: cuando se pide como requisito para la atención la presencia del padre o la madre de la persona adolescente, o brindar los servicios en horarios no adecuados para estas personas. También el lenguaje utilizado en la prestación de servicios puede ser poco comprensible para las y los adolescentes, no solo cuando se utilizan términos técnicos, sino también cuando pertenecen a un grupo específico que no comparte el mismo idioma. En este último caso, es fundamental contar con asesores culturales o personas del mismo grupo étnico que puedan apoyar el diálogo y hacer los servicios de salud más accesibles y comprensibles.

Por otra parte, la **aceptabilidad** de los servicios es un factor clave en esta etapa del desarrollo. Los servicios de salud pueden estar disponibles y ser accesibles en términos geográfico y económico, pero no responder a las expectativas de la población adolescente, quienes pueden rechazar la forma como se ofrecen los servicios. Ejemplo de esto es no asistir a consultas de salud sexual y reproductiva, por el riesgo de ser vistos por personas conocidas o debido a que no se garantiza la privacidad y confidencialidad en la atención brindada. También se convierte en una barrera el trato poco cálido e inadecuado por parte del personal de salud, o cuando en el servicio se les regaña, juzga o censura.

Por último, los servicios brindados a la población adolescente pueden haber sido diseñados para un grupo de adolescentes particulares, por ejemplo para la población escolarizada, lo que excluye a otros adolescentes si no se logra identificar la diversidad de este grupo poblacional y la necesidad de contar con estrategias diferentes para cada uno de ellos. No son las mismas necesidades que tienen las personas adolescentes de zona urbana, que las de zona rural o de grupos indígenas o en pobreza extrema. Esto afecta que los servicios sean **equitativos**.

Evaluar estas barreras y superarlas es la vía correcta para mejorar las coberturas actuales en atención a la población adolescente. Se debe fortalecer la utilización de servicios facilitando a las y los adolescentes el acceso a los servicios, pero también garantizar la provisión de los servicios que requieren las y los adolescentes de manera adecuada.

En síntesis, según las indicaciones de la OMS (2012), los servicios de salud dirigidos a adolescentes deben ser:

- ✓ **Accesibles:** las y los adolescentes pueden obtener los servicios disponibles.
- ✓ **Aceptables:** las personas adolescentes desean obtener los servicios disponibles.
- ✓ **Equitativos:** todos los y las adolescentes pueden obtener los servicios disponibles y no solo un grupo de adolescentes determinado.
- ✓ **Apropiados:** se les ofrece los servicios adecuados.
- ✓ **Efectivos:** los servicios son provistos de manera adecuada y hacen una contribución positiva a la salud.

En las Áreas de Salud participantes del Proyecto SM-2015, se han identificado diversas barreras[4] que desestimulan a las personas adolescentes y las lleva a desistir de recibir la atención en salud requerida, de ahí los siguientes retos:

- **Superar los obstáculos administrativos:** La atención de personas menores de edad es un derecho establecido en la legislación nacional y debe indicarse con claridad, así como facilitarle a la persona adolescente el procedimiento que debe seguir para afiliarse sin impedir la atención requerida.

- **Mejorar la recepción y señalización de los servicios**: Los servicios de salud muchas veces asumen que las personas conocen como acceder a ellos y no se desarrollan estrategias de información y recepción para guiarles por los establecimientos de salud. Las personas adolescentes suelen ser sensibles ante el rechazo adulto, a la vez que desisten con facilidad de la búsqueda de atención. Por ello, se deben diseñar medidas apropiadas que faciliten a la persona adolescente transitar por los servicios de salud de manera informada y confortable.
- **Tiempos de espera adecuados:** En la adolescencia la espera prolongada no es bien tolerada si no es por motivos muy graves de salud que les inmoviliza o produzca dolor extremo. Por lo tanto, debe garantizarse una atención pronta y oportuna de salud, y no solo de atención de la enfermedad o daño.
- **Superar las respuestas fragmentadas a las necesidades de salud:** Resulta poco probable que las personas adolescentes asistan reiteradamente a los establecimientos de salud. Por esto, es fundamental aprovechar al máximo la consulta y brindar en forma integral respuestas a sus diversas necesidades. En caso de tener que citarles de nuevo o referirlos a otro servicio, se debe motivar y estimular que lo hagan, brindándoles información útil para su cuidado en salud, y ofreciendo el acompañamiento y seguimiento respectivo.
- **Brindar la información necesaria de manera adecuada:** Se debe garantizar el derecho a la información a las y los adolescentes, que les oriente para la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades de auto cuidado en salud. La información debe darse en un lenguaje comprensible y no técnico, verificando su comprensión y correspondiendo a las necesidades e inquietudes propias de la edad. Cuando se hace una referencia a otro servicio se debe ser claro en la indicación de la ruta a seguir.

Todo esto exige una forma de organizar y brindar los servicios de manera amigable, como se detalla a continuación.

[4] González (2011). Brechas en el acceso a los servicios de atención primaria de salud en Costa Rica. Informe preliminar, Proyecto Salud Mesoamérica 2015. Solís (2011). Estudio valoración cualitativa al funcionamiento de las redes de servicios desde la perspectiva de usuarias y usuarios adolescentes, SM- 2015.

8.2.2 Servicios de salud amigables para adolescentes

La aplicación del marco conceptual presentado, tiene implicaciones en la forma que se organizan y brindan los servicios de salud a este grupo poblacional. Le corresponde a los tres niveles de atención ajustar la prestación de servicios a las características de las y los adolescentes, lo cual se concreta con las siguientes estrategias:

a) Servicios diferenciados:

Las y los adolescentes se sienten más cómodos en espacios destinados específicamente a ellas y ellos, por lo que cada unidad de salud debe identificar junto con la población adolescente, cuáles son los ajustes que son viables desde cada realidad local. Se identifican al menos tres alternativas, no excluyentes entre sí:

- ✓ Contar con un espacio físico fuera del establecimiento de salud, donde se atenderá con horarios programados exclusivamente a la población adolescente asignada al EBAIS. Pueden ser espacios disponibles en la comunidad, como salones comunales que reúnan condiciones idóneas para la atención.
- ✓ Disponer de un espacio físico dentro de los establecimientos de salud, acondicionado para la atención de adolescentes.
- ✓ Definir una consulta diferenciada para la población adolescente, con horarios de atención exclusivos para ellos y ellas, en los establecimientos del EBAIS.

b) Espacios de atención adaptados a los gustos y necesidades de esta población, que cuenten con las siguientes características:

- ✓ Ser seguros, agradables, confortables y acogedores.
- ✓ Con horarios convenientes para adolescentes.
- ✓ Contar con señalización clara para que las personas adolescentes se orienten con facilidad.
- ✓ Con espacios que garanticen la privacidad y eviten la estigmatización.
- ✓ Contar con material educativo atractivo y aceptable para las y los adolescentes.
- ✓ Diferenciados de los entornos de atención a población infantil o adulta.

c) A nivel de procedimientos, los servicios de salud deben promover :

- ✓ Tiempo de espera corto.
- ✓ Resolución efectiva y eficiente de la consulta por demanda de la persona adolescente.
- ✓ Garantizar registros confidenciales.
- ✓ Contar con mecanismos de referencia y contra-referencia expeditas y efectivos.

d) Se considera que para que los servicios en SS/SR sean efectivos , deben asegurar:

- ✓ La disponibilidad de métodos de protección y anticonceptivos en los EBAIS y puntos identificados como estratégicos y amigables para la población adolescente.
- ✓ Lograr niveles de cobertura significativos.
- ✓ Acompañar los servicios con orientación y consejería.
- ✓ Estar contextualizados (interculturalidad).

Fuente: OMS, 2002

Los servicios de salud amigables siempre deben garantizar los derechos de las y los adolescentes, entre ellos el derecho a dar una opinión y su consentimiento sobre el tratamiento que se le indique en el servicio de salud. Para ello, las y los profesionales de salud deberán explicar claramente a las personas adolescentes las conveniencias del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables, y las otras alternativas que existen al mismo.

Además, se debe garantizar la participación activa de la población adolescente y de la comunidad, en el diagnóstico, la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de estos servicios.

8.2.3 Perfil deseable del personal de los servicios de salud

Los servicios de salud amigables para adolescentes deben ser brindados por personal sensibilizado y capacitado, que cuente al menos con las siguientes características:

En el caso del personal administrativo:

- Ser cordial y dar un **trato amable** a las y los adolescentes.
- Tener disposición para **orientar** a las personas adolescentes dentro de los servicios de salud.
- Utilizar **lenguaje claro y accesible** para las personas adolescentes que llegan a los servicios.
- Contar con **habilidades de comunicación** para explicar a las personas adolescentes los trámites y procedimientos institucionales de manera clara y motivarlos a realizarlos correctamente.
- **Promover y respetar los derechos** de las personas adolescentes, incluido el derecho a la confidencialidad.
- **Motivar** a las personas adolescentes a utilizar los servicios de salud.
- Garantizar la **confidencialidad**.

En el caso del personal que brinda la atención:

- Ser **técnicamente competente** para desarrollar acciones de promoción, prevención y atención de salud dirigida a adolescentes.
- **Conocer** los procesos de transformación en la adolescencia, en especial el desarrollo neurocerebral, **comprender** su impacto en el comportamiento de las y los adolescentes, y tener la **capacidad de adecuar** la atención a sus ca-

racterísticas y necesidades.
- Estar **motivado/a** para trabajar con población adolescente.
- Utilizar **lenguaje claro y accesible** para la población adolescente atendida.
- Contar con **habilidades de comunicación**, tomarse el tiempo para **escuchar**, captar y **comprender** las necesidades de la o el adolescente.
- No juzgar, estigmatizar o culpabilizar a las personas adolescentes y tratar con **respeto e igualdad** a las personas adolescentes.
- **Apoyar** a los y las adolescentes a **tomar sus propias decisiones** para satisfacer sus necesidades de desarrollo y salud integral.
- Garantizar la **confidencialidad**.
- Conocer y aplicar la oferta institucional e interinstitucional local y nacional atinente a las personas adolescentes.

Cualquiera sea su disciplina, el personal y/o el equipo de salud deben desarrollar las siguientes habilidades:

1) Sostener una comunicación clara y eventual intermediación, tanto con las y los adolescentes como con padres y madres o personas adultas responsables.
2) Respetar y promover los derechos de las personas adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
3) Hacer efectivas intervenciones preventivas como: evaluación de aprendizaje para el auto cuidado y cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, especialmente con adolescentes en condición de vulnerabilidad o con necesidades específicas.
4) Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
5) Trabajar desde un enfoque integral, articulando y coordinando con redes de servicios de salud, comisiones interinstitucionales y redes intersectoriales, entre otras.
6) Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de las personas adolescentes.
7) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a conductas discriminatorias sobre situación social, etnia, religión, orientación sexual, nacionalidad, condición migrante y género.

8.2.4 Servicios de atención a las necesidades y problemas en SS/SR

Desde la perspectiva de prestación de servicios de salud, la atención integral a la población adolescente involucra acciones de promoción y prevención que potencialicen el desarrollo saludable de las y los adolescentes, así como la detección oportuna de situaciones y comportamientos de riesgo para la SS/SR y su salud integral. También involucra la identificación de factores protectores y la atención específica a sus problemas en este ámbito de la salud. Todo esto desde un abordaje interdisciplinario e intercultural, en coordinación con otras instituciones que coadyuven en el bienestar de esta población.

Se busca que las **acciones de promoción y prevención** no se enfoquen en la reducción de problemas, como la postergación de la actividad sexual, el embarazo en la adolescencia o las ITS y VIH, porque su impacto tiende a ser limitado, suele fragmentar la atención y coloca a la persona adolescente como objeto y no sujeto de atención. En su lugar, se busca brindar una atención que aborde de manera integral el desarrollo de la persona adolescente y fortalezca su ciudadanía. Esto requiere promover intervenciones dirigidas a esta población que favorezcan el autoconocimiento de su cuerpo, el desarrollo de habilidades de auto cuidado y la confianza en sí mismos para tomar decisiones saludables. Esto con el apoyo de sus pares, su familia y las redes sociales que favorezcan su acompañamiento y que operen como factores protectores.

Para ello, los servicios de salud deben basarse en una valoración integral de las necesidades y problemas que tiene la población adolescente a lo largo de esta etapa. Esto comprende el abordaje individual, grupal y familiar de sus necesidades particulares en cuanto a crecimiento y desarrollo, postergación del inicio de la actividad sexual, protección sexual, anticoncepción, control prenatal, atención al parto y al postparto, así como la prevención, detección temprana y tratamiento de ITS y el VIH y sida. La valoración integral debe siempre considerar la persona adolescente dentro de su contexto y cultura.

Es indispensable que la atención a estas necesidades y problemas en SS/SR se complementen con la detección oportuna de aspectos psicosociales que inciden en la salud, como son la falta de incorporación al sistema educativo, la presencia de violencia sexual o intrafamiliar, el consumo o abuso de sustancias psicoactivas, entre otros, para su oportuna referencia y atención; tal como se indicará más adelante.

La valoración integral de la persona adolescente debe siempre considerar su contexto y su cultura.

A su vez, toda acción de salud debe acompañarse de procesos de información, educación en salud y consejería ajustadas a los principios rectores y a la comprensión de las particularidades culturales y contextos donde se lleva a cabo la atención.

9. Responsables

En el siguiente cuadro se presenta de manera sintética los puestos de trabajo y sus respectivas responsabilidades para el cumplimiento del objetivo de este Manual. La identificación de las acciones que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles institucionales permite definir los aspectos a abordar en el quehacer cotidiano de la coordinación, asesoría, supervisión y atención, sin embargo no se pretende estimular la fragmentación de acciones, ni de la atención misma, en servicios aislados sino integrados. El desarrollo de las responsabilidades que se indican se debe adecuar a cada realidad local, de acuerdo a su capacidad instalada y los recursos económicos disponibles para la población adolescente.

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
Equipo técnico del Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) del Área de Atención Integral a las Personas (nivel central)	El Equipo Técnico del PAIA participarán y aportará desde su competencia y directrices institucionales en las siguientes acciones: 1. Asesorar y conducir técnicamente la ejecución y evaluación del cumplimiento de la normativa, modalidades de intervención y aspectos relacionados con los servicios de atención integral de salud a la población adolescente. 2. Participar en el proceso de análisis y emisión de criterios técnicos sobre los productos generados y la supervisión técnica de las responsabilidades de la CCSS en el Proyecto SM- 2015. 3. Generar espacios para el intercambio de experiencias entre los equipos de salud participantes del Proyecto y otras regiones o áreas no participantes. 4. Asesorar, acompañar y apoyar técnicamente a las instancias responsables de la conducción del Proyecto SM- 2015 en los diferentes niveles de la CCSS.
Directores/as Regionales y Equipos Interdisciplinarios regionales	Los/as Directores/as Regionales, junto con los equipos interdisciplinarios regionales (en particular el o la funcionaria encargada de la temática de adolescencia),deben asumir las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM- 2015.Cabe destacar las siguientes acciones: 1. Vigilar la correcta aplicación de este Manual Técnico y de Procedimientos en los servicios de salud, posterior a la capacitación respectiva. 2. Apoyar a las capacitaciones sobre normativa institucional y su aplicación, y acompañar técnicamente a los equipos locales de salud. 3. Desarrollarlas actividades de monitoreo, supervisión y control periódicas. 4. Recopilar la información y elaborar informes periódicos sobre las coberturas logradas y el cumplimiento de las acciones establecidas en este Manual técnico y de procedimientos en la región respectiva. 5. Identificar y socializar buenas prácticas en cada región.

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	6. Dar apoyo administrativo y logístico a actividades que favorezcan la salud de las y los adolescentes. 7. Suministrar información requerida para la ejecución, evaluación y sistematización del Proyecto SM-2015. 8. Participar en las actividades regionales, locales y nacionales que le competan en esta temática y proyecto.
Director/a del Área de Salud	El o la directora/a del Área de Salud deberá asumir las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM-2015.Dentro de sus competencias velará por cumplir con las siguientes acciones: 1. Establecer las disposiciones administrativas, financieras, operativas y de coordinación institucional e interinstitucional, que aseguren las condiciones básicas para una atención diferenciada, confidencial y amigable a la población adolescente, en cuanto a horarios, escenarios y espacio físico, entre otros. 2. Promover un clima organizacional que facilite la atención integral de la población adolescente, incluyendo el trabajo de promoción de la SS/SR y la prevención de problemas de SS/SR en otros escenarios fuera de los establecimientos de salud. 3. Gestionar los insumos necesarios para brindar la atención integral a las personas adolescentes, entre ellos la disposición de métodos de protección y anticonceptivos para la población adolescente, que reúnan condiciones de calidad y sean adecuados para esta etapa del desarrollo. 4. Desarrollar medidas que faciliten un aumento progresivo de la cobertura de consulta de salud anual a la población adolescente adscrita, garantizando la mayor cobertura a población vulnerable. 5. Supervisar el adecuado funcionamiento del CEINNAA en cada Área de Salud que brinde atención y seguimiento de adolescentes que presentan situaciones de agresión y abuso detectadas y derivadas por los EBAIS, y que se estén siguiendo los procedimientos de notificación y denuncia correspondientes. 6. Facilitar las coordinaciones interinstitucionales para el seguimiento adecuado de las personas adolescentes según riesgo o vulnerabilidad identificada.
Equipo Interdisciplinario de Apoyo del Área de Salud	El Equipo interdisciplinario de Apoyo es responsables dentro de su competencia de las siguientes acciones: 1. Supervisar el conocimiento y correcta aplicación de este Manual técnico y de procedimientos según disciplinas, posterior a la capacitación respectiva, así como de las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM-2015.

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	2. Apoyar al personal de salud a su cargo para que cuente con las competencias necesarias para brindar una atención de calidad y con calidez a la población adolescente. 3. Acompañar a los EBAIS, en las acciones que requieran la participación de las diferentes disciplinas. 4. Capacitar el personal de salud en atención integral a la población adolescente con énfasis en SS/SR. 5. Fortalecer el trabajo interdisciplinario que permita el abordaje integral para una atención diferenciada, en salud sexual y salud reproductiva, confidencial y amigable a la población adolescente 6. Apoyar, en coordinación con la UCL, la elaboración del diagnóstico de la situación de salud de la población adolescente del Área de Salud y el plan de acción, donde se identifiquen y prioricen, junto con los EBAIS y adolescentes de las comunidades, las acciones para mejorar los servicios de salud brindados. 7. Desarrollar las acciones de coordinación interinstitucional que se requieran para el seguimiento adecuado de las personas adolescentes según riesgo identificado. 8. Recopilar la información y elaboración de informes periódicos sobre las coberturas logradas, las actividades realizadas y el cumplimiento de las acciones programadas por EBAIS para la atención integral de las y los adolescentes en SS/SR. 9. Dar seguimiento y supervisión con respecto a la calidad y cantidad de trabajo.
Enfermería del Área de Salud	1. Programar y desarrollar cursos de preparación psicofísica para el parto dirigido a adolescentes. 2. Apoyaren la capacitación de promotores adolescentes y jóvenes en temas relacionados con SS/SR, en coordinación con el PANI y la UCL[5]. 3. Capacitara auxiliares de enfermería y ATAP en temas relacionados con SS/SR. 4. Supervisar el desempeño de auxiliares de enfermería en la pre consulta para una atención con calidad, calidez, diferenciada e integral en SS/SR de las personas adolescentes, según lineamientos de este Manual. 5. Vigilar la disponibilidad y acceso efectivo a métodos de protección y

[5]Tal como lo indica el Manual Operativo del Proyecto SM-2015, "le corresponderá al PANI y a las UCL desarrollar una línea de trabajo con adolescentes y jóvenes en los territorios, de acuerdo a las necesidades e intereses de las comunidades, para aprovechar espacios de dinamización comunitaria y generar capacidades locales para la realización de actividades de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente" (Manual Operativo PSM-2015, pág.24).

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	anticonceptivos para la población adolescente, que reúnan condiciones de calidad y sean adecuados para esta etapa del desarrollo. 6. Promover el trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles de atención, especialmente para lograr un sistema efectivo de referencia y contra referencia. 7. En los casos donde exista el recurso de enfermería obstétrica en el Primer Nivel realizar consultas de: a. Planificación familiar, brindando métodos de protección y anticoncepción. b. Consejería en SS/SR. c. Control prenatal. d. Cursos de preparación psicofísica para el parto. Deberán regirse según lo normado en este documento. Control posparto. e. Consulta de lactancia. f. Consulta de crecimiento y desarrollo. g. Detección de cáncer y otras patologías cervico-uterinas.
Trabajo social	1. Implementarla consulta social y la atención social, en modalidad individual o grupal, a las y los adolescentes que los EBAIS refieran, según riesgo detectado. 2. Apoyar la capacitación de promotores adolescentes y jóvenes, así como acompañamiento en sus labores relacionadas con SS/SR, en coordinación con el PANI y la UCL[6]. 3. Implementar servicios de consejería en SS/SR según normativa y contexto sociocultural. 4. Desarrollar sesiones grupales de educación sobre SS/SR, desde esta disciplina, dirigidas a la población adolescente en las Áreas de Salud, y su familia u otros adultos significativos, con el acompañamiento de promotores adolescentes y jóvenes, y en coordinación con el PANI y la UCL[7]. 5. Apoyar a los EBAIS y otras disciplinas en el desarrollo de nuevas capacidades y estrategias para el abordaje integral y diferenciado en salud sexual y reproductiva en las personas adolescentes. 6. Coordinar con las Jefaturas de Trabajo Social de los Hospitales de referencia para el seguimiento conjunto de casos de adolescentes embarazadas con algún tipo de riesgo social que ingresarán a los servicios de maternidad. 7. Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles de atención y otras instituciones, utilizando el sistema de referencia y contra referencia establecido, así como en coordinación con la UCL que garantice el adecuado seguimiento interinstitucional de adolescentes en situación de riesgo.

[6] IDEM

[7] IDEM

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
Psicología	1. Implementar la atención psicológica a las y los adolescentes que los EBAIS refieren según riesgo detectado, en modalidad individual o grupal. 2. Apoyar en la capacitación de promotores adolescentes y jóvenes, así como acompañamiento en sus labores relacionadas con SS/SR, en coordinación con el PANI y la UCL. 3. Implementar los servicios de consejería en SS/SR según normativa y contexto sociocultural, y brindar métodos de protección de barrera así como la información sobre su uso adecuado. 4. Apoyar el desarrollo de actividades grupales de información sobre SS/SR dirigidas a la población adolescente en las Áreas de Salud, con el acompañamiento de promotores juveniles y adolescentes, en coordinación con el PANI y la UCL[8]. 5. Apoyar a los EBAIS y otras disciplinas en el desarrollo de nuevas capacidades y estrategias para el abordaje integral y diferenciado en salud sexual y reproductiva en las personas adolescentes. 6. Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, utilizando el sistema de referencia y contra referencia establecido, así como realizar las coordinaciones con la UCL que garantice el adecuado seguimiento interinstitucional de adolescentes en situación de riesgo.
Nutrición	1. Desarrollar actividades de educación nutricional para adolescentes que favorezcan su salud sexual y salud reproductiva. 2. Capacitar a personal de salud (ATAPS, entre otros) sobre consejería en alimentación favorable para la salud sexual y salud reproductiva. 3. Brindar atención de adolescentes referidos por los EBAIS con problemas nutricionales. 4. Dar seguimiento a adolescentes identificados con problemas nutricionales. 5. Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, utilizando el sistema de referencia y contra referencia establecido.
Odontología	1. Promoverla salud buco dental, las prácticas de higiene oral y hábitos de alimentación y alimentos no cariogénicos en la población adolescente del Área de Salud. 2. Promover la responsabilidad y autocuidado por las personas adolescentes. 3. Hacer valoración oral, aplicación de medidas preventivas básicas y

[8] IDEM

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	profilaxis dental, con énfasis en adolescentes en período de embarazo y lactancia. 4. Dar atención clínica de adolescentes referidos por los EBAIS, y en el caso de adolescentes embarazadas ajustarse a las normas vigentes. 5. Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, utilizando el sistema de referencia y contrareferencia establecido.
Farmacia	1. Informar y orientar a las personas adolescentes sobre el uso correcto del condón y los métodos anticonceptivos. 2. Promover la adherencia de las personas adolescentes al uso sistemático de los métodos anticonceptivos y el condón. 3. Informar a las personas adolescentes sobre los trámites administrativos para el despacho de sus medicamentos, incluyendo el condón. 4. Vigilar la disponibilidad y acceso efectivo a métodos de protección y anticonceptivos para la población adolescente, que reúnan condiciones de calidad y sean adecuados para esta etapa del desarrollo.
Equipos Básicos de Atención Integral en Salud	Los EBAIS (profesional en medicina, auxiliar de enfermería, asistente técnico de atención primaria y funcionario de registros y estadísticas de salud) son responsables de las siguientes acciones, según sus competencias: 1. Cumplir con las acciones establecidas en este Manual técnico y de procedimientos, posterior a la capacitación respectiva, así como de las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM- 2015. 2. Elaborar el diagnóstico de la situación de salud de la población adolescente del sector de salud de competencia, identificando y priorizando, junto con las personas adolescentes de las comunidades, las acciones para mejorar los servicios de salud brindados a la población adolescente desde los EBAIS. Esto debe estar articulado con el Plan de Acción de las UCL. 3. Programar, organizar y dar la atención diferenciada a la población adolescente acorde a su competencia, contexto y plan de trabajo (incluye acciones requeridas para la afiliación, la programación y asignación de citas). 4. Apoyar en el desarrollo de actividades individuales y grupales de información sobre SS/SR dirigidas a la población adolescente, en coordinación con la UCL. 5. Registrar, recopilar la información y elaborar los informes periódicos sobre las coberturas logradas, las actividades realizadas y el cumplimiento de las acciones programadas por EBAIS para la atención integral

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	de las y los adolescentes en SS/SR. 6. Promover espacios que garanticen la privacidad en la atención y la implementación de mecanismos que resguarden la confidencialidad en la atención de la población adolescente.
Médico/a del EBAIS	1. Implementar la consulta individual de atención integral de salud con calidad y calidez a todas las personas adolescentes captadas. 2. Aplicar la evaluación de situaciones de riesgo en la población adolescente atendida y su derivación respectiva o seguimiento. 3. Dar atención por morbilidad, control prenatal, control posparto, crecimiento y desarrollo de hijos/as de adolescentes, entre otras intervenciones que sean requeridas. 4. Dar información, educación y asesoría individual en SS/SR, así como prescribir, de manera oportuna y con el apoyo de Farmacia, los métodos anticonceptivos y de protección según características y necesidades de las y los adolescentes. 5. Desarrollar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles de atención utilizando el sistema de referencia y contra referencia respectivo.
Auxiliar de enfermería	1. Realizar la pre consulta de atención integral con calidad y calidez que permita la atención diferenciada e integral en SS/SR de las personas adolescentes. 2. Dar información sobre SS/SR durante el proceso de atención, en conjunto con el equipo de salud. 3. Facilitar y participar, junto con el equipo de salud, espacios de espera educativos sobre SS/SR, según etapa de la adolescencia (temprana, media y tardía), y entregar material de información sobre prevención de riesgos en SS/SR, a la población adolescente atendida.
ATAP	1. Detectar y referir personas adolescentes para la atención integral en salud, en los escenarios educativos, comunitarios y domiciliares. Así como detectar adolescentes en situación de riesgo que no han asistido a consultas de seguimiento, informar, coordinar y referirlos al EBAIS. 2. Dar información a los adolescentes y sus familias sobre SS/SR, el proceso de atención y el acceso a métodos de protección y anticonceptivos.

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
Personal de REDES y de Validación de derechos	1. Informar y orientar a la población en general y particularmente a la población adolescente sobre los requisitos y procedimientos según normativa vigente para la identificación, adscripción, afiliación y aseguramiento. 2. Facilitar y realizar la identificación, adscripción, afiliación y aseguramiento de la población adolescente de manera diferenciada, según sus competencias, la normativa vigente, y acorde al principio del interés superior de la persona adolescente y de discriminación positiva. 3. El personal de REDES debe programar y asignar citas para las diferentes intervenciones, según rendimiento establecido en la presente normativa.
Especialistas médicos y otros profesionales del Segundo y Tercer Nivel de Atención	1. Médico/a ginecobstetra atenderá adolescentes referidas según riesgo con calidad y calidez. 2. Enfermería Obstétrica, Psicología Clínica, Nutrición y Odontología del Segundo y Tercer Nivel atenderán las personas adolescentes referidas por el Primer nivel de atención según riesgo identificado. 3. Servicio de Trabajo Social de hospitales regionales y periféricos coordinarán con Trabajo Social de las Áreas de Salud para el adecuado seguimiento de adolescentes embarazadas y madres en riesgo. 4. Las Clínicas de Lactancia y las Comisiones de Adolescentes de los hospitales de referencia, apoyarán a las adolescentes madres en su tarea de lactancia y acompañarán la maternidad y paternidad de adolescentes fortaleciendo sus habilidades.

10. Descripción de actividades

Para ofrecer una atención integral con énfasis en SS/SR a adolescentes, es necesario considerar una serie de actividades que contempla desde la planificación de los servicios hasta el seguimiento de las personas adolescente atendidas en dichos servicios.

En los siguientes apartados se describen estas actividades con sus procedimientos específicos; y a continuación se presenta un diagrama que sintetiza las actividades a ser abordadas.

Diagrama 1. Descripción de actividades

10.1 Actividades para la planificación de los servicios de salud

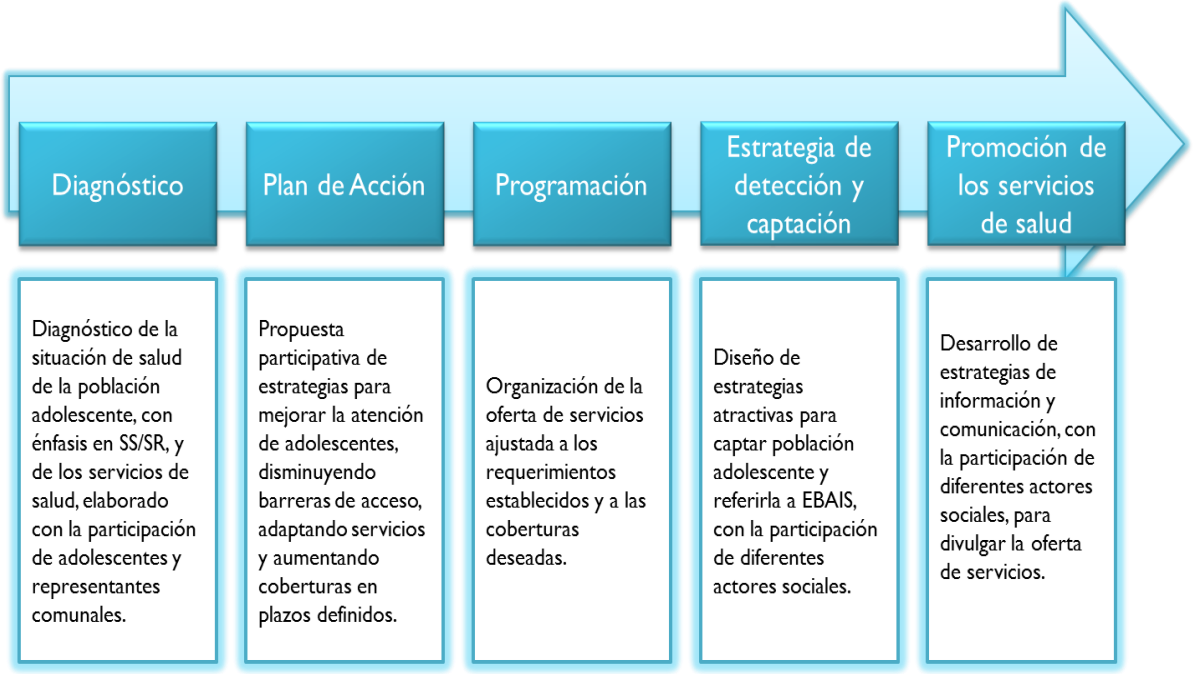
En el caso de las personas adolescentes, la gestión de los servicios de salud constituye un verdadero reto, en especial cuando se trata de mejorar el acceso a los servicios y de identificar las mejores estrategias para asegurar la efectiva atención de sus necesidades y problemas en SS/SR.

En ese sentido la planificación de los servicios que se brindarán, según las características locales, se concreta a través de cinco actividades:

A. Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de las personas adolescentes y los servicios de salud brindados a esta población a nivel de área y sectores de salud.
B. Elaboración de un plan de acción participativo.
C. Programación de la oferta de servicios dirigido a adolescentes.
D. Diseño de estrategias de detección y captación de personas adolescentes.
E. Promoción de los servicios de salud.

Todas estas acciones tienen que ser consistentes y coordinadas con el Plan de Acción elaborado por la UCL. En el siguiente diagrama se describe en qué consiste cada una de estas actividades para luego detallarlas.

Diagrama 2. Actividades para la planificación de la prestación de servicios de salud



A. Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de las personas adolescentes

Tal como lo indica la Norma Nacional para la Atención Integral de las Personas Adolescentes, en su Componente de SS/SR (disposición específica 10.2), las Áreas Rectoras de Salud son responsables de garantizar la elaboración intersectorial de un análisis de situación de salud (ASIS) que incluya la situación específica de la población adolescente. Los establecimientos de salud pública, por su parte, deben aportar a este análisis un diagnóstico específico de la salud de esta población en el nivel local, desde su competencia. Este diagnóstico constituye la base sobre la cual se elaborará la planificación y la programación de la prestación de servicios a esta población, ajustada a sus necesidades.

Esto es consistente con los lineamientos del Proyecto SM-2015, que asigna a las Unidades de Coordinación Local (UCL) de cada Área de Salud, lideradas por el Área Rectora de Salud, contar con un análisis de situación a nivel interinstitucional que permite tener un panorama claro sobre las personas adolescentes a quienes se dirigen las acciones y además contar con la información necesaria para poder operar de manera articulada.

El ASIS aportará al personal de salud datos sobre las características demográficas, educativas y socioeconómicas, entre otras, de la población adolescente a ser atendida por los EBAIS, incluyendo la identificación de población en situación de vulnerabilidad. Estos datos se definen a partir de indicadores de salud y psicosociales que establecerá la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud. También se contará con información sobre los recursos institucionales e interinstitucionales existentes dentro de cada una de las áreas y sectores de salud, así como las ofertas de servicios institucionales e interinstitucionales.

En el caso específico del diagnóstico realizado por los servicios de salud, se elaborará un documento en el cual se brinde la siguiente información por cada sector de salud o EBAIS:

- Línea base, según información disponible, sobre:
    - Coberturas de atención a población adolescentes en los últimos tres años.
    - Número de adolescentes que se les entregó condones y prescribió métodos anticonceptivos.
    - Número de adolescentes embarazadas atendidas en el último año.
    - Número de adolescentes atendidas en consultas post parto o post aborto en el último año.
    - Número de hijos/as de adolescentes captados en la consulta de crecimiento y desarrollo.
    - Principales diagnósticos presentes en la población adolescente atendida en el último año.

- Principales riesgos psicosociales identificados en la población adolescente, y lugares de residencia (de acuerdo a los hallazgos de la evaluación del riesgo o tamizaje de riesgo psicosocial).

- Barreras de acceso a los servicios de salud identificados por las y los adolescentes, así como por el personal de salud.

- Amigabilidad de los servicios de salud desde la perspectiva de las personas adolescentes y desde los estándares establecidos (de acuerdo a parámetros indicados en la sección 7.2.2 de este Manual).

Los EBAIS cuentan con los datos necesarios para elaborar los tres primeros puntos, ya que existen registros rutinarios que recogen la mayoría de esta información, y en muchos casos se cuenta con el expediente digital único en salud (EDUS).

En el caso de los dos últimos puntos, se requiere hacer una consulta a personas adolescentes y de las comunidades. Esta consulta se debe realizar a través de grupos focales o talleres de diagnóstico organizados según los recursos disponibles de cada nivel local. Es fundamental que estas consultas cuenten con los aportes de diferentes adolescentes de manera tal que la diversidad de perspectivas presentes en las localidades esté representada (adolescentes hombres y mujeres; de las tres etapas de la adolescencia: temprana. media y tardía; escolarizados y no escolarizados; urbanos y rurales; trabajadores y no trabajadores; si es el caso indígenas y migrantes). Se deben aprovechar también los espacios de consulta que organice la UCL con población adolescente y joven.

Es necesario considerar los aspectos socioculturales en las Áreas y Sectores de Salud, vinculados con la sexualidad, embarazo y la maternidad en personas adolescentes. En ese sentido, se debe explorar en estas consultas los conoci-

mientos, las actitudes y las prácticas que presentan las personas adolescentes en estas temáticas. De manera particular, en las Áreas de Salud con población indígena, se debe contar con una sistematización de las prácticas, percepciones y conocimientos, tanto de las personas adolescentes como de la comunidad, en cuanto a la salud sexual y la salud reproductiva. Esta información se explorará con el apoyo de los promotores adolescentes y jóvenes organizados a partir del Proyecto SM 2015, así como con los asesores culturales de las comunidades indígenas.

También, en la elaboración del diagnóstico se debe promover la participación activa de las y los adolescentes, incluidas personas adolescentes de los pueblos indígenas. Lo anterior, se justifica desde la diferencia cultural existente de cada pueblo indígena, el cual permitirá ajustar los servicios a las necesidades sentidas por los diversos grupos culturales que conforman el Área de Salud. Cada pueblo cuenta con diversidad de condiciones de salud y desigualdades sociales en el acceso a la salud. Un aspecto relevante en cualquier abordaje que se realice con poblaciones indígenas lo define el Convenio 169 de Pueblos Indígenas y Tribales, ratificado por Costa Rica hace diez años y que determina el trabajo conjunto con estos pueblos. Esto implica que los servicios que se ofrezcan a estas poblaciones en salud sexual y salud reproductiva en cuestión deberán ser aceptados por los pueblos indígenas, lo que además garantizará en gran parte la sostenibilidad de estos esfuerzos.

Se deben organizar entonces uno o varios talleres de consulta que involucran las siguientes actividades:

1) Diseño del taller de consulta en el que se defina: la metodología a utilizar, contenidos a explorar, quiénes van a ser convocados, estrategia de convocatoria, responsables de cada tarea, donde se va a realizar el taller y con qué recursos.

2) Organización del taller e invitación a las personas que participarán en el diagnóstico.

3) Desarrollo del taller.

4) Sistematización de los resultados del taller de consulta.

Toda esta información se recogerá en un documento diagnóstico que servirá de fundamentación para la siguiente etapa y que deberá ser consistente con los lineamientos que establezca la UCL en la formulación del Plan de Acción.

B. Elaboración de Plan de Acción

En la misma línea de la tarea anterior, la Norma Nacional de Atención Integral a las Personas Adolescentes (disposición específica 10.3) indica que las *Áreas Rectoras de Salud deben contar con un plan de acción intersectorial encaminado a mejorar la situación de salud de las personas adolescentes.* Los servicios de salud, por su parte, tendrán que contar con sus propios planes de acción que respondan a los hallazgos del diagnóstico. De nuevo, estos planes deben ser consistentes con los planes de acción de la UCL.

Al igual que el diagnóstico, el plan de acción debe ser un ejercicio de construcción conjunta con adolescentes y representantes de la comunidad, lo que a su vez contribuirá a establecer compromisos de colaboración y acompañamiento mutuo, y a definir acciones más ajustadas a las características de esta población. A su vez, este involucramiento de las personas adolescentes en la elaboración del plan de acción permitirá diseñar estrategias para mejorar las condiciones de acceso y atención en salud según las necesidades y problemas de esta población.

En ese sentido, el plan de acción se elaborará en talleres de consulta y trabajo, iniciando con la presentación de los resultados del diagnóstico. El plan que se elabore conjuntamente contemplará tanto las mejoras en la forma como se brindan los servicios a la población adolescente, como la prestación misma de servicios que se detallan en los siguientes apartados específicos de la atención.

El documento donde se recoja el plan de acción, abarcará los siguientes aspectos:

ii. Síntesis de los resultados del diagnóstico donde se identifican los nudos críticos sobre el acceso y la "amigabilidad" de los servicios brindados a las y los adolescentes.
iii. Identificación de las acciones correctivas para enfrentar esos nudos críticos.

iv. Definición de las coberturas que se pretenden lograr en la atención integral de las personas adolescentes.
v. Definición de las estrategias más adecuadas a la realidad local para divulgar los servicios, así como mejorar la detección y captación de las y los adolescentes, en especial de las poblaciones más vulnerables.

Dentro de los nudos críticos a abordar y remediar, se debe definir las estrategias para reducir los tiempos y los trámites que las personas adolescentes realizan para solicitar una cita, así como reducir la espera en la asignación de la respectiva cita. Se debe procurar que las y los adolescentes accedan al servicio sin hacer largas filas y con tiempos de espera mínimos. Deben indicarse las acciones que se implementarán para que los procedimientos administrativos sean ágiles y así evitar el abandono de la consulta por parte de las y los adolescentes.

El Plan de Acción **debe elaborarse para un período de 3 años**, con revisiones y ajustes periódicos cada año. Se debe consignar en el plan las acciones priorizadas con sus estrategias, responsables y tiempos para la ejecución de las acciones. Este plan debe ser incorporado al plan de trabajo del Área de Salud, es decir al Plan de Gestión Local, para garantizar que cuente con la asignación de recursos requeridos y con la supervisión y respaldo de las autoridades locales, regionales y de nivel central.

Como es difícil garantizar una cobertura universal, dados los recursos existentes en los servicios de salud, se buscará desarrollar estrategias que aumenten la cobertura de manera progresiva y según las características locales y la capacidad instalada en cada Área de Salud y sus EBAIS. También se utilizarán criterios de equidad y priorización que favorezcan la población más vulnerable en términos de factores de riesgo psicosocial y de salud.

La Norma Nacional antes indicada, establece que l*as Direcciones Regionales de Rectoría de la Salud darán seguimiento al cumplimiento de los planes de acción de las Áreas Rectoras de Salud*. Será el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Vigilancia de la Salud, la instancia encargada de dar lineamientos para el monitoreo. Desde los servicios de salud sus planes de acción estarán en concordancia con los indicadores definidos por el Ministerio de Salud, así como las directrices institucionales, y serán parte de los instrumentos de planificación vigentes.

C. Programación de los Servicios de SS/SR para adolescentes

La oferta básica de atención a la población adolescente que se define en este Manual consta de tres actividades, que son: la Consulta individual de atención integral, la Actividad grupal complementaria y la Consejería en SS/SR.

Tal como se establece en la Norma Nacional, toda persona adolescente tendrá acceso a **una consulta de atención integral individual** anual, o a un mínimo de tres consultas al finalizar el período de la adolescencia: una en la adolescencia temprana (10 a 13 años), otra en la adolescencia media (entre 14 y 16 años) y otra en la adolescencia tardía (17 a 19 años). Con esta consulta de atención integral se pretende superar la consulta exclusiva por morbilidad, y establecer un servicio predominantemente preventivo y anticipatorio a los problemas de salud y desarrollo en esta etapa de la vida.

Para lograr la programación de estos servicios y alcanzar las coberturas deseadas, se requiere calcular la posible población que demandará la atención. Este cálculo se regirá por la práctica institucional de utilizar las proyecciones poblacionales hechas por la instancia competente, el INEC, basadas en el último censo nacional. Una fuente importante de datos para realizar este cálculo son los registros poblacionales de la institución o del INEC, así como la identificación de la población en situación de vulnerabilidad definida en el diagnóstico.

También para programar los servicios requeridos de atención y seguimiento de adolescentes con necesidades y problemas en SS/SR se puede recurrir a datos históricos en cuanto a número de nacimientos de madres adolescentes según sector de salud y número de casos de ITS y VIH/sida detectados en población adolescente. También las personas adolescentes con actividad sexual, que pueden ser potenciales usuarias de los servicios y requerir métodos de barrera y anticoncepción así como asesoría o consejería en SS/SR, se pueden calcular de manera aproximada utili-

zando los datos de la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSSR, 2010)[9]. Toda esta información es fundamental para considerar la posible demanda de atención a la que deben estar preparados a responder los EBAIS.

Se debe organizar la consulta a adolescentes uno o dos días a la semana, dependiendo del número de adolescentes de cada sector, con el objetivo de lograr la mayor cobertura posible. También se debe tomar en cuenta los siguientes criterios respecto a la programación de citas, dentro de lo posible:

- ✓ Los horarios de atención a adolescentes deben ser diferenciados.
- ✓ Estos horarios deben adaptarse a la disponibilidad y preferencias de las personas adolescentes, adecuados al momento en que pueden acudir a los servicios.
- ✓ Se deben promover horarios flexibles y amplios que resulten apropiados para las personas adolescentes, tomando en cuenta sus ocupaciones de estudio y/o trabajo.

Como es esperable, la población adolescente también requerirá atención por morbilidad, en el ámbito de la salud sexual o reproductiva o en otras áreas de la salud, y también en estos casos se debe tomar en cuenta y procurar que, al igual que la consulta de atención integral individual, se favorezcan los horarios y espacios diferenciados para la atención de población adolescente. Esto se aplica también para el control prenatal y de posparto dirigido a adolescentes.

Se debe valorar la posibilidad de realizar la consulta a adolescentes en otros escenarios que no sean los establecimientos de salud. La evidencia tanto nacional como internacional en cuanto a buenas prácticas en salud dirigidas a población adolescente, indican que se requieren estrategias diferentes de atención en otros escenarios que resulten más atractivas y de mayor aceptabilidad para ellas y ellos, a la vez que sean pertinentes culturalmente. Solo así se podrá lograr mejores coberturas y responder adecuadamente a las necesidades de salud en esta etapa de la vida.

Se sugiere entonces valorar la posibilidad de que la consulta se brinde en diferentes escenarios, según las características locales, la logística requerida y las coordinaciones interinstitucionales existentes. Por ejemplo, pueden desarrollarse en espacios educativos o comunitarios que reúnan las siguientes condiciones mínimas para brindar una adecuada atención:

- Espacio físico que garantice privacidad y confidencialidad.
- Equipo y material de enfermería y médico necesario (para la toma de signos vitales, medición de peso y talla, examen de agudeza visual y auditiva, toma de PAP).
- Material de apoyo educativo requerido (rotafolios, panfletos, videos y otros).
- Instrumentos de registro necesarios.
- Disponibilidad de exámenes, medicamentos y métodos anticonceptivos y de protección sexual para su entrega expedita, de acuerdo a la organización local (en caso de estar fuera del establecimiento de salud). Esto incluye:
    - Test de embarazo en orina.
    - Métodos de protección y anticonceptivos.
    - Antibióticos básicos para patología ginecológica frecuente.

También se debe programar la **Actividad grupal complementaria** dirigida a adolescentes, que se establecerá de manera coordinada con la consulta individual de atención integral en salud. Toda persona adolescente que reciba atención integral individual debe participar también de estas actividades, ya sea antes de la consulta individual o después de ella. Es así como **se considerará que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa, cuando cumpla con la condición de haber asistido tanto a la atención individual como a la actividad grupal**. También en este caso rige las opciones de participar ya sea en una actividad grupal anual o tres veces a lo largo del período de adolescencia, según las tres etapas de la adolescencia. Esto se definirá según las capacidades y recursos de los EBAIS.

[9]Según la ENSSR (2010), el 60,9% de los hombres y el 49% de las mujeres de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales coitales; de estas personas 22% de los hombres y 11,2% de las mujeres las tuvieron antes de cumplir 15 años.

Además de estas actividades complementarias, cada EBAIS, de manera optativa, valorará la implementación de otras **actividades educativas grupales**, siguiendo lo que la evidencia científica internacional ha demostrado ser favorable para la población adolescente como estrategias de promoción de la salud y prevención de problemas de salud. Estas actividades educativas puedes ser talleres específicos para adolescentes en los que se aborden las necesidades identificadas a nivel local, o también talleres intergeneracionales en los que participarán tanto adolescentes como sus padres, madres o personas adultas significativas. Los procedimientos para desarrollar estas actividades se abordan en un documento aparte[10]. Para realizar estas actividades se puede coordinar con los centros educativos o espacios institucionales y sectoriales organizados en las comunidades, y se recomienda efectuarlas al menos dos veces al año.

Para el desarrollo de las actividades grupales se debe identificar espacios adecuados ya sea dentro o fuera de los establecimientos de salud. Para realizar estas actividades se puede coordinar con los centros educativos o espacios institucionales y sectoriales organizados en las comunidades. Lugares no tradicionales como centros recreativos, sedes de organizaciones juveniles o religiosas, u otros espacios frecuentados por las y los adolescentes, pueden resultar muy atractivos para esta población y favorecer una imagen de atención más cercana. Es recomendable que se utilicen espacios en los que se pueda garantizar la comodidad de las personas adolescentes así como la privacidad, para promover un ambiente de confianza y facilitar la participación de las personas adolescentes. También es importante garantizar la accesibilidad física y geográfica para esta población.

D. Promoción y divulgación de los servicios de SS/SR para adolescentes

La población adolescente no suele acudir a los servicios de salud para consultar sobre su salud sexual, si no se vincula con algún malestar o enfermedad, o por motivo de embarazo. Esto hace necesario diseñar estrategias de divulgación y promoción de los servicios, desde las características y recursos locales, y en respuesta a los intereses y gustos de las personas adolescentes.

Según lo establece el Proyecto SM 2015, las UCLs van a desarrollar estrategias comunicacionales que faciliten la divulgación de la oferta de servicios de atención integral a las y los adolescentes en las comunidades. Por ello, cada EBAIS, en conjunto con el Equipo de Apoyo del Área de Salud y en coordinación con la UCL, identificará los canales de información más efectivos para difundir la oferta de servicios de salud que se brindan a adolescentes, así como las estrategias más pertinentes para captar y motivar a este grupo poblacional. Estas consideraciones se establecerán claramente en el Plan de Acción y su implementación será responsabilidad de los diferentes actores sociales identificados en dicho plan.

Las y los promotores adolescentes y juveniles serán un recurso esencial para encontrar formas creativas y atractivas para la población adolescente en las que se puedan promover los servicios. El uso de tecnología en información y comunicación, así como las redes sociales serán medios idóneos para considerar en la estrategias de promoción. Esto deberá coordinarse con el PANI y la UCL respectiva.

Será fundamental que lo que se promueva corresponda a la oferta de servicios real, esto para no producir falsas expectativas y frustración de la población adolescente cuando intente acceder a los servicios divulgados y esto no sea posible. De ser así resultará contraproducente la estrategia de promoción aplicada y podrá a su vez generar rechazo o desconfianza hacia los servicios de salud por parte de las personas adolescentes.

E. Detección y Captación

La detección y captación de población adolescente debe partir de una actitud activa por parte del personal de salud. No basta asignar horarios y espacios diferenciados para la población adolescente, y esperar pasivamente que estas personas lleguen de manera espontánea por motivos que no sean enfermedades o accidentes. Es necesario que el personal de salud trasmita mensajes claros a la población sobre la relevancia de la consulta de atención integral de adolescentes y de la actividad grupal complementaria para promover su salud y prevenir a tiempo problemas. Es

[10] Manual de Actividades Grupales en SS/SR para adolescentes, 2014.

importante que el personal de salud facilite que la población comprenda y asuma que en la adolescencia se debe acudir a los servicios de salud para realizar la consulta de atención integral y la actividad grupal complementaria, de la misma manera que han incorporado la vacunación o la consulta de crecimiento y desarrollo en la infancia como una rutina cotidiana. Esto implica un cambio cultural que requiere aunar esfuerzos con diversos actores de las comunidades.

En ese sentido, para una adecuada detección y captación de la población adolescente se requiere establecer alianzas locales con instituciones clave como las escuelas y colegios. También las otras instituciones que participan en el modelo de atención en red impulsado por el Proyecto SM 2015, como los CEN-CINAI y PANI, deben apoyar la referencia de adolescentes a los servicios de salud, ya sea para que asistan a la actividad grupal complementaria como a la consulta de atención individual.

En el caso de adolescentes no escolarizados y grupos más vulnerables, se debe recurrir a estrategias focalizadas a nivel comunitario y en los lugares de trabajo, así como a comunidades indígenas y lugares con alta población migrante. En estos casos los aliados clave serán las organizaciones juveniles, instituciones y otros sectores de la comunidad que tengan acceso a este tipo de población.

También es necesario un acercamiento del personal de salud a los lugares donde están las y los adolescentes, más allá de los centros educativos. El ATAP, con el apoyo del Equipo de Salud, será responsable de las acciones de detección en las visitas domiciliares, y en las comunidades buscará coordinar con grupos juveniles y organizaciones comunitarias que apoyen estas tareas. Es importante que en la detección y captación de adolescentes se consideren las costumbres de cada grupo étnico, de tal manera que las estrategias que se adopten sean pertinentes culturalmente y que no generen más bien resistencia y rechazo.

En las fichas familiares que levanta el ATAP también se pueden identificar los hogares con adolescentes que deben ser visitados para su derivación. Especial atención deben tener aquellos hogares en condición de pobreza extrema, los cuales deben ser prioritarios y el ATAP debe asegurarse de hacer la referencia indicando la condición socioeconómica que permita al personal que de la atención alertar en cuanto a la condición de riesgo.

Es importante contar con el apoyo de las y los promotores juveniles, quienes encontrarán estrategias creativas de detección, captación, información y educación dirigidas a la población adolescente, así como de apoyo en el seguimiento de personas adolescentes identificadas con algún riesgo, con el debido acompañamiento del Equipo de Salud.

El diagnóstico de situación debe aportar elementos para realizar un mapeo de los grupos más vulnerables con quienes hay que redoblar esfuerzos para su captación. Es fundamental priorizar la identificación de adolescentes en riesgo, en especial personas adolescentes no escolarizadas, que conviven con sus parejas, cuyas parejas son adultas o mayores 5 años, en condición de pobreza extrema, indígenas, migrantes, adolescentes embarazadas o madres, entre otros. Una vez detectados, se harán referencias a los establecimientos de salud indicando los riesgos identificados para que reciban la consulta de atención integral y que participen de la actividad grupal complementaria de manera prioritaria.

Todas las personas adolescentes que sean detectadas se les invitarán y motivarán a asistir a la consulta de atención integral individual, así como a la actividad grupal complementaria, explicando el procedimiento a seguir.

En el siguiente cuadro se resume las actividades de planificación antes indicadas.

Cuadro Resumen de Actividades de Planificación

Componentes	Actividades y acciones	Responsable	Escenario
Planificación	a) Elaboración de diagnóstico de salud de las y los adolescentes	MS, UCL, EBAIS y representantes de otras instituciones, comunidades y adolescentes	Comunidad
	a) Elaboración de plan de acción	EBAIS, representantes de comunidad y adolescentes promotores	Establecimiento de salud y comunidad
	a) Programación de oferta de servicios a adolescentes	EBAIS	Establecimiento de salud
	a) Promoción de los SS	EBAIS, representantes de comunidad y adolescentes promotores	Comunidad Centros educativos Lugares de trabajo Hogares Establecimiento de Salud
	a) Detección y captación	EBAIS, otras instituciones, representantes comunitarios y adolescentes promotores	Comunidad Centros educativos Lugares de trabajo Hogares

Antes de abordar las actividades propias de atención, es importante indicar que mucho del éxito en la captación de adolescentes en los servicios de salud, depende de la adecuada recepción y acogida de esta población en los servicios. Por eso los procedimientos administrativos deben adecuarse de forma tal que agilicen la atención evitando el abandono de la consulta por parte de las y los adolescentes.

También algunas recomendaciones[11] son:

- ✓ Dentro del establecimiento de salud se deben colocar carteles indicando las disposiciones de privacidad y confidencialidad en la consulta de las personas adolescentes, y así generar un ambiente de confianza necesario para que la población adolescente se sienta más confortable. Además deberán contar con información o señalización visible y entendible por las y los adolescentes que les facilite transitar por el establecimiento de salud.

- ✓ Deben diseñarse estrategias para reducir los tiempos y los trámites para solicitar una cita. Se considera idóneo que las y los adolescentes puedan acceder al servicio sin hacer largas filas y con tiempos de espera mí-

[11] PAIA-CCSS (2013). Modalidad de atención integral a la adolescencia en los servicios de la CCSS (Informe de consultoría en proceso de revisión y oficialización).

nimos. Deben considerarse las acciones que se implementarán para que los procedimientos administrativos puedan ser agiles y así evitar el abandono de la consulta por parte de esta población.

- ✓ Disponerse de salas de espera apropiadas para adolescentes, en lo posible separadas de otros espacios, con características y condiciones atractivas, acogedoras y privadas para adolescentes. En estas se debe facilitar el acceso a información en salud mediante diversos recursos educativos y tecnológicos, tales como materiales informativos, videos educativos, juegos de mesa, música, entre otras.

A continuación se abordan las actividades de atención que desarrollará el personal de salud una vez detectadas, referidas y captadas las personas adolescentes.

10.2 Actividades para la atención de las personas adolescentes con énfasis en SS/SR

Para que los servicios de salud puedan ofrecer una atención con énfasis en SS/SR a las y los adolescentes, se deben realizar las siguientes actividades:

A. Actividades de atención integral con énfasis en SS/SR de las personas adolescentes, que incluye la Consulta de atención integral individual, la Actividad grupal complementaria[12] y la Consejería en SS/SR.
B. Actividades de atención a las necesidades específicas en SS/SR, tales como los trastornos en la salud sexual, y el embarazo, parto y posparto.

El siguiente diagrama refleja en qué consiste cada una de estas actividades para luego detallarlas.

Diagrama 3. Actividades para la atención de las personas adolescentes con énfasis en SS/SR

[12] La consulta de atención integral individual y la actividad grupal complementaria deben realizarse para todas las personas adolescentes que asisten a los servicios de salud, al ser estas el paquete básico de atención para adolescentes que entran en contacto por primera vez conel sistema de atención en salud a través de un EBAIS.

A. Actividades de atención integral con énfasis en SS/SR de las personas adolescentes

A continuación se describe la guía para el desarrollo de las actividades de atención integral con énfasis en SS/SR de las personas adolescentes.

A.1 CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL INDIVIDUAL:

Se refiere a la consulta anual o al menos una por sub etapa de la adolescencia, que recibirán las y los adolescentes, la cual pretende superar la consulta exclusiva por morbilidad, y establecer un servicio preventivo y anticipatorio a los problemas de salud y desarrollo en esta etapa de la vida, razón por la cual en la medida de las posibilidades debe garantizarse la consulta de forma periódica para lograr la mayor cobertura posible de personas adolescentes.

Con esta consulta de atención integral se espera contribuir en la solución integral de las necesidades de salud de las y los adolescentes, a través de la evaluación de factores y conductas de riesgo, con especial énfasis en SS/SR, dando prioridad a los grupos de mayor vulnerabilidad social.

Uno de los objetivos de esta consulta es registrar año con año, toda la información posible a fin de contar con un perfil de la situación de salud de la persona adolescente, especialmente su SS/SR, así como determinar el plan de intervención a seguir basado en dicho perfil.

Es necesario recordar que la consulta de atención integral individual y la actividad grupal complementaria constituyen el **paquete básico de atención para adolescentes**, por lo que deben ser realizadas para todas las personas adolescentes que asisten al EBAIS, ya sea antes de la consulta individual o después de ella. Es así como **se considerará que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa, cuando cumpla con la condición de haber asistido tanto a la atención individual como a la actividad grupal**.

Para realizar la consulta de atención integral para adolescentes con énfasis en SS/SR, se deben desarrollar las actividades que se resumen en el siguiente diagrama, y que se detallan a continuación:

Diagrama 4. Actividades para la consulta de atención integral individual con énfasis en SS/SR

I.*Recepción de las y los adolescentes en los EBAIS:*

1. Todas las personas adolescentes que lleguen al establecimiento de salud serán orientadas de forma respetuosa y empática por un/a funcionario/a (puede ser el personal de vigilancia o de REDES) al sitio de atención correspondiente, tratando de asegurar tiempos mínimos de espera y atención expedita por parte del personal de salud.

   Las personas adolescentes deben ser recibidas con cordialidad y calidez, asegurándoles su derecho a la confidencialidad en todo momento y proporcionando la orientación necesaria para que se les brinde la atención.

2. Se deberá explicitar a la persona adolescente y a su acompañante (en caso de venir acompañada) las condiciones de privacidad y confidencialidad referidas a la atención de adolescentes, así como los documentos requeridos para su atención según la normativa para las y los adolescentes mayores de edad. Cuando se trate de personas menores de edad, en ningún caso se le podrá negar la atención por no contar con estos documentos.

3. Si una persona adolescente menor de edad solicita atención en el centro de salud, sin presencia de sus padres y/o tutores, SIEMPRE deberá ser otorgada.

   Se indagará con la persona adolescente, de forma clara, si desea la presencia de su acompañante (en caso de que asista con alguna persona al servicio) o de una persona funcionaria de salud durante la consulta, explicando que el objetivo de dicha medida es que pueda sentirse más cómoda y en confianza.

   Si la persona adolescente no habla español y/o pertenece a algún pueblo indígena, se procurará establecer la comunicación a través de personas de la misma cultura que sean de confianza para el o la adolescente, que puedan hablar el español y ser mediadores con el personal de salud.

II.*Espera informativa* y *Auto registro:*

1. Se recomienda contar con un espacio diferenciado para la espera de las y los adolescentes que asisten a la consulta de atención integral (ya sea diferenciado físicamente o por horarios), que permita la privacidad. Este debe estar ambientado con recursos informativos apropiados para este grupo poblacional, e idealmente un buzón en el cual puedan emitir su opinión sobre la atención, o cualquier otro comentario que consideren conveniente.

   Se recomienda que las inquietudes planteadas por las personas adolescentes en este buzón sean revisadas por la Dirección Médica y la Junta de Salud de cada Área de forma periódica.

2. También se aprovechará este momento de espera para dar información y contenidos de educación en SS/SR según programación, equipo, recursos disponibles y condiciones específicas de cada localidad.

   Además se sugiere tener el apoyo de asesores culturales para elaborar recursos didácticos, como material escrito o audiovisual, en el lenguaje de los diferentes grupos indígenas que facilite la información en salud.

3. En este momento de espera, el o la auxiliar de enfermería debe entregar a cada adolescente la primera parte de la ficha de registro (ver anexo 1), que consiste en un instrumento auto administrado sobre datos personales, información de su salud y antecedentes familiares de salud.

   El instrumento de auto registro lo completará el o la adolescente en forma privada y sele informará y asegurará la confidencialidad de la información. El único requisito será que lo revise y llene antes de su encuentro con el o la profesional de salud.

En caso de no saber leer o escribir, esta información será llenada por la o el auxiliar de enfermería en la pre consulta. Cada adolescente decidirá si solicita a su madre, padre o acompañante ayuda en el llenado del mismo.

III.*Pre consulta*

1. Se desarrollará la preconsulta a cargo del o la auxiliar de enfermería del EBAIS. Al ser este un contacto preliminar es necesario establecer una relación cordial con la persona adolescente, procurando que se sienta respetada y creando un ambiente de confianza, con escucha e interés por la persona adolescente atendida. Se explorará preliminarmente el motivo de consulta y se anotará en el expediente o se registrará en el expediente digital único de salud (EDUS).
2. Mientras se toman los signos vitales, el personal auxiliar de enfermería explicará a la persona adolescente y a su familiar o acompañante (en caso de estar presente) la modalidad de atención y las normas de privacidad y confidencialidad establecidas para la atención de adolescentes.
3. También la o el auxiliar de enfermería estará atenta/o a identificar algún indicador físico o de conducta que haga sospechar de posible violencia, según se consigna en los documentos de normativa específica[13]. Esta labor no es exclusiva de este funcionario/a, sino que es responsabilidad de todo el equipo de salud, por lo que deben estar alertas ante cualquier señal de que la persona adolescente pueda ser víctima de violencia. Si se identifica algún indicador, se le comunicará al profesional de medicina antes de que el o la adolescente ingrese a la consulta, con el objetivo de que se explore más en ese contexto privado.
4. Además se le informa a la o el adolescente sobre los servicios que se brindan en SS/SR, sus horarios y la forma de acceder a ellos. A su vez, se dará información sobre contenidos relacionados con la SS/SR identificados como prioritarios en el diagnóstico de situación de salud de esta población.

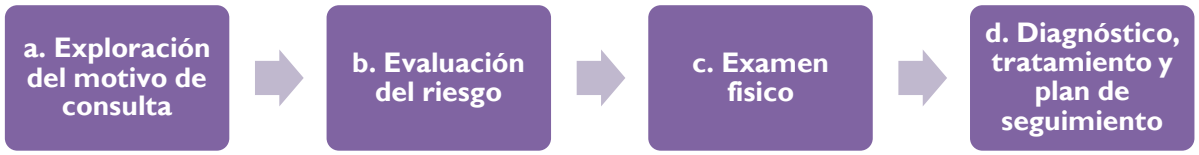
IV.*Consulta médica*

1. La consulta **por primera vez en el año** tendrá una duración correspondiente a **dos cupos** y el profesional a cargo será el médico(a) del EBAIS. El espacio de atención debe reunir las condiciones mínimas para asegurar la confidencialidad y privacidad que se requiere.
2. Debe realizarse la consulta teniendo claras las particularidades y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres, desde un enfoque integral, articulando y coordinando con trabajadores de la salud de diferentes disciplinas y servicios de salud de la zona.
3. La consulta involucra las siguientes actividades:
   - ✓ Conversación introductoria para generar confianza y facilitar la exploración del motivo de consulta.
   - ✓ Evaluación, valoración y clasificación de riesgos.
   - ✓ Historia clínica y sociofamiliar, y examen físico.
   - ✓ Elaboración de plan de intervención según se requiera.
   - ✓ Información y orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva.

[13] Dos instrumentos normativos dan las indicaciones al respecto: Guía de Atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso, y el Manual de Atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial para el Sector Salud.

- ✓ Asesoría y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual, en caso de ser requerido, previo consentimiento informado de la persona adolescente, utilizando el formulario vigente en la institución.
- ✓ Indicación de exámenes de laboratorio y gabinete según necesidad.
- ✓ Referencia en caso de ser necesario, a otra disciplina, nivel de atención u otra institución.
- ✓ Diálogo entre personal de salud y adolescente a fin de clarificar dudas.
- ✓ Educación en salud según hallazgos en la consulta (en caso de adolescentes con actividad sexual o en riesgo psicosocial, se debe dar información y orientación sobre métodos de protección sexual y anticonceptivos).

4. Los componentes que se desarrollan en la consulta médica con adolescentes son:



A continuación se describen las distintas acciones que se deben desarrollar en cada uno de estos componentes.

a. Motivo de consulta

Es esencial escuchar y, dentro de lo posible, resolver la necesidad de salud y/o motivo que determina la consulta de la o el adolescente, de manera que pueda sentir que cuenta con un espacio que le brinda apoyo ante sus problemas de salud, o al menos le guía y acompaña en el camino que deba tomar para resolverlo[14].

La persona adolescente puede consultar sola o acompañada (por sus padres, familiares, pareja o amigos/as) y es posible que los motivos de consulta no coincidan. Es necesario escuchar a todos y respetar las distintas percepciones de la situación, inclinándose siempre por el interés superior de la persona adolescente.

Por esto, la consulta puede tener dos momentos:

a) La fase inicial con el familiar o quien acompaña a la persona adolescente (si es el caso)	Se aclara la dinámica de la relación y las normas de CONFIDENCIALIDAD, se exploran los motivos de consulta y se permite al familiar o acompañante expresar sus inquietudes y expectativas en forma breve, indagando algunos aspectos que ayuden a elaborar la historia clínica. Este momento no debe exceder más del 50% de todo el espacio de la consulta, ya que es necesario contar con el tiempo requerido para los demás componentes de la consulta individual.
b) La consulta individual con la persona adolescente	En este espacio se buscará el desarrollo de una relación cercana y empática con la persona adolescente. El profesional de salud podrá preguntarle si desea que su familiar o acompañante esté

[14] Se recomienda revisar el anexo 11("El reto de la comunicación y abordaje del adolescente en los servicios de salud") del Manual Técnico de Atención en Salud Sexual y Reproductiva de la CCSS.

	presente, aclarando que algunos temas a abordar en la consulta pueden resultar privados, por lo que deberá valorar la posible censura o limitación que representaría la presencia adulta. En este espacio se aclaran los objetivos principales de consulta y se le explica que se le va a hacer algunas preguntas de rutina para conocerle y brindarle la mejor atención a sus necesidades.

Al realizar la entrevista, es fundamental la forma como el o la profesional de salud inicia o se aproxima en la misma a las personas adolescentes. Si no es adecuada, puede afectar el resultado de la intervención, por lo que esta aproximación debe ser considerada como un momento determinante, en el cual se deberán desplegar las mejores herramientas de cada profesional.

Recomendaciones para la entrevista con adolescentes:
▪ Preséntese a la persona adolescente.
▪ Pídale a la persona adolescente que se presente o pregúntele como prefiere que le llame. Esto le da un claro mensaje de que usted está interesado en él o ella.
▪ No comience la entrevista preguntando " ¿por qué estás aquí?", sino que le motivó a venir o en que le puede ayudar.
▪ Aclare el objetivo de la o el adolescente al llegar a la evaluación.
▪ Si la persona no inicia el diálogo con un motivo de consulta explícito y/o urgente, explique usted qué espera de la entrevista y los alcances de la confidencialidad.
▪ Proporcione un esquema de lo que va a ocurrir, incluyendo la gama y tipo de preguntas que se realizarán, clarificando que se le hacen a todas las personas que consultan.
▪ Advierta la naturaleza sensible de algunas de las preguntas, y dígale que puede optar por no contestar alguna de las preguntas, enfatizando su derecho a la confidencialidad y el objetivo de estas preguntas.
▪ Genere una actitud empática, reconociendo que puede sentirse incómodo/a a veces.
▪ Pregunte siempre desde lo más general a lo específico, de manera que los temas sensibles los aborde cuando ya se han ido conociendo y el o la adolescente no se sienta amenazado/a.
▪ Establezca una relación de modo que el o la adolescente sienta que sus preocupaciones han sido escuchadas.
▪ El objetivo no es sólo obtener información sobre lo que podría estar "mal" con la o el adolescente.
▪ Asegúrese de escuchar y entender las principales preocupaciones y dificultades de la persona adolescente. Para esto puede expresarle lo que está entendiendo sobre su preocupación y pedir que le confirme si lo está captando bien.
▪ Antes de terminar, explore si tiene alguna pregunta o si desea emitir algún comentario, o si no quiere añadir algo más.
▪ Sea prudente en qué términos se abordan las preguntas y sondeos, y el contexto en el cual se preguntan.
▪ Haga las preguntas de una manera que no implique juzgar ni tampoco partir de supuestos, por ejemplo, si se le pregunta a la adolescente acerca de su "novio", se da por hecho que toda adolescente es heterosexual, lo que muy posiblemente inhiba o incomode personas con otra orientación sexual o sin aún clara orientación.
▪ Siempre se debe considerar la etapa del desarrollo y el rango de edad de las y los adolescentes y el ámbito en el que se debe indagar.
▪ Adopte una postura respetuosa, reconozca y respete la autonomía progresiva de las y los adolescentes, quienes debe ser vistas como personas responsables y capaces de tomar sus propias decisiones, según sus propias escalas de valores (y no las del personal de salud ni de otras personas adultas). El deber del/la funcionario/a será entregar todas las herramientas que le permitan la mejor toma de decisiones, informada, donde la participación de la persona adolescente en forma activa esté garantizada.

b. Evaluación de Factores y Conductas de Riesgo y Protección, con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva

El instrumento que se debe utilizar con este fin es una nueva ficha de evaluación integral de adolescentes, desarrollada a partir de la herramienta del HEADSS, la ficha CLAPS, el instrumento de Tamizaje de Riesgo Psicosocial de la CCSS y la Escala de PETTING, que permite orientar la evaluación de riesgos psicosociales y de la conducta sexual de adolescentes.

Este instrumento corresponde a la segunda parte de la ficha de registro (ver anexo1) y forma parte del registro que se debe incluir *obligatoriamente* en el expediente de salud de cada persona adolescente.

Debe realizarse la evaluación del riesgo a toda persona adolescente que asiste a la consulta de atención integral individual.

El instrumento se encuentra estructurado en tres partes, correspondientes a la dimensión Social, Mental, y de Salud Sexual y Reproductiva, el cual consta de los siguientes 11 ámbitos:

1. Hogar	***SOCIAL***
2. Educación – empleo	
3. Vida social	
4. Drogas	***MENTAL***
5. Imagen corporal	
6. Depresión – ideación suicida	
7. Actividad sexual	***SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA***
8. Historia embarazos	
9. ITS / VIH	
10. Violencia – abuso sexual	

Para la evaluación de la actividad sexual se utilizará la escala de PETTING, la cual permite identificar en cuál de los siguientes grados de acercamiento físico se ubica la o el adolescente:

GRADO1:	Tomarse las manos, darse besos, abrazarse.
GRADO2:	Caricias sexuales sobre la ropa, que pueden incluso simular una relación sexual.
GRADO3:	Caricias sexuales bajo la ropa, pero sin penetración. Incluye estar desnudos y practicar sexo oral o masturbación mutuas.
GRADO4:	Coito o relación sexual con penetración vaginal o anal.

Con este objetivo, el o la profesional debe explicar a la persona adolescente que para abordar el tema de salud sexual y reproductiva debe preguntar sobre los tipos de contactos físicos que ha tenido con otras personas (hombres

o mujeres, en forma amplia) y que con esa intención se utiliza la escala de Petting, la cual se le debe mostrar, leerla y solicitar que señale en qué grado se encuentra él o ella.

Para la aplicación del instrumento se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La aplicación del instrumento se realizará en el marco de la consulta de atención integral en salud, de manera individual y sin la presencia del padre, la madre o acompañante, ya que pueden inhibir, censurar o influenciar las respuestas de la o el adolescente.
- Este instrumento será aplicado por la o el médico(a) del EBAIS a toda persona adolescente que llegue a la consulta.
- El instrumento permite hacer una aproximación exploratoria para evaluar la presencia o ausencia de riesgos en el o la adolescente, que posibilite realizar una clasificación del riesgo, a fin de tomar las acciones inmediatas a seguir según el tipo de riesgo. Por lo tanto, no se busca con este instrumento efectuar un diagnóstico definitivo.
- Se sugiere iniciar con una explicación del motivo por el que se realiza la evaluación, el tipo de preguntas que se le realizarán y su objetivo. Para esto se le explicará a la persona adolescente que se le van a hacer algunas preguntas de rutina para conocerle y brindarle la mejor atención a sus necesidades, aclarándole que estas preguntas se realizan a todas las personas que consultan.
- Se debe garantizar la confidencialidad de sus respuestas, explicándole a la persona adolescente que la información que brinde es de índole personal y privada, excepto en casos en los que prive el resguardo de la vida y la seguridad de él o ella, u otras personas.
- Se comienza la evaluación de los distintos riesgos en salud con las preguntas sugeridas para cada ámbito, las cuales son una guía de los aspectos que deben ser abordados en la entrevista.
- No todas las preguntas necesitan ser hechas en el orden sugerido.
- El propósito es comenzar con preguntas no amenazantes con el fin de establecer un ambiente de mayor confianza con la o el adolescente.
- Si la persona adolescente inicia la entrevista con información respecto a un problema, esto puede ser explorado inicialmente antes de pasar a los otros ámbitos.
- Si hay preocupación por las respuestas dadas por la persona adolescente, se debe continuar con las demás preguntas de sondeo para obtener una comprensión más completa del ámbito evaluado.
- Si no hay presencia de factores o conductas de riesgo en el ámbito evaluado, se sugiere continuar con el siguiente.
- Se debe tomar en cuenta la etapa del desarrollo y el rango de edad de las personas adolescentes a la hora de realizar la evaluación de los distintos ámbitos a explorar, así como las particularidades y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres. También debe considerarse el contexto particular, en caso de adolescentes pertenecientes a alguna comunidad indígena, se debe utilizar un lenguaje y abordaje que sea pertinente para su cultura.

Específicamente para la aplicación de la Escala de PETTING se toma en cuenta lo siguiente:

- Al momento de abordar el tema "Salud Sexual y Salud Reproductiva" en la evaluación del riesgo, se sugiere iniciar indagando la presencia de una pareja actual o en el pasado (novio/a, amigo/a especial, amigo/a con derechos, entre otros). Esto con el fin de explorar si la persona adolescente ha tenido algún contacto afectivo y/o físico con alguna persona.
- Luego se debe explicar a la persona adolescente que para tener una información más clara que permita darle la mejor atención en salud, se le preguntará sobre los tipos de encuentros que ha tenido con otras personas (hombres o mujeres, en forma amplia).
- Seguidamente se debe mostrar la Escala de Petting, y solicitarle a la persona adolescente que señale en qué grado se ha encontrado él o ella (actualmente o en el pasado). No es necesario que lo diga verbalmente, basta con que lo señale. Si no sabe leer se le explicarán las diferentes alternativas y se le solicitará que señale la que corresponde con su experiencia.
- En caso de adolescentes tempranos (entre 10 y 13 años) se debe indagar con especial cuidado este tema, explorando además posibles situaciones de abuso o violencia sexual.
- Se sugiere que en caso de adolescentes que manifiesten nunca haber tenido ningún tipo de encuentro de carácter sexual con otra persona, se recomienda no explorar los demás aspectos de este ámbito, y evaluar el rubro de violencia y abuso sexual.

Recordar además que:

- Todas las personas adolescentes deben recibir una devolución y/o una referencia, ya sea por medio de acciones educativas, de tipo preventivo o de atención especializada según lo requiera.
- Al finalizar, se debe anotar en el formulario el nombre del o la profesional que aplicó el instrumento, e incorporarse en el expediente de salud de cada persona adolescente.

Lo que se espera evaluar y qué se debe hacer:

A partir de la detección de riesgos psicosociales, y de necesidades particulares en SS/SR, se debe brindar la atención oportuna requerida, tal como se describe en el siguiente cuadro.

AMBITO EVALUADO	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REFERENCIA
Hogar	Evalúa posibles casos de abandono o VIF, casos de convivencia en etapa de adolescencia, y adolescentes que son padres o madres. También indaga la presencia o ausencia permanente o temporal de figuras adultas significativas. Igualmente indaga si se presentan indicios de estar en condición de pobreza.	Referencia ala oficina local del PANI en caso de sospecha de abandono y de adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja. Ante sospecha de VIF, se realiza la referencia al CEINNAA, y seguir lineamientos de Norma de atención de VIF y del Código de Niñez y Adolescencia. En condición de pobreza o con familia disfuncional, y si cumple con los otros criterios indicados, se debe hacer la respectiva referencia a Consejería en SS/SR.
Educación - Empleo	Permite establecer si la persona adolescente está fuera del sistema escolar, y si participa de la fuerza laboral formal o informal, incluido el ámbito doméstico.	Referencia a Direcciones Regionales del MEP ante casos de adolescentes menores de edad que se encuentren fuera del sistema escolar. En caso de adolescentes menores de 15 años que se encuentren trabajando, se realiza referencia a la OATIA (Oficina de Atención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección de la Persona Adolescente Trabajadora) del Ministerio de Trabajo.
Vida social	Se indagan factores protectores como el grupo de pares y la participación en otros grupos. También permite evaluar la presencia de riesgo como el bullying u otras formas de violencia en el centro educativo o con amistades.	En caso de sospechar la presencia de Bullying u otro tipo de violencia, se realiza la referencia al CEINNAA para su respectiva valoración. Si se sospecha de Bullying en escuela, colegio u otro, se realiza la referencia y respectiva coordinación con el centro educativo.
Drogas	Se indaga sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.	Ante sospecha de consumo problemático de alcohol u otras drogas, se deben seguir los lineamientos del Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas de la CCSS.
Imagen corporal	Las preguntas están centradas en la auto percepción corporal, y evalúa eventual riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.	Referencia para psiquiatría o psicología en casos de sospecha de trastorno de la conducta alimentaria.
Depresión – ideación suicida	Se evalúa la presencia de posible depresión y la búsqueda de ideación e intención suicida, con las particularidades que la etapa de la adolescencia implica para este aspecto en particular.	Referencia a psiquiatría o psicología ante posible depresión. Referencia a Trabajo Social para indagar, promover o activar redes de apoyo familiar o social. Valorar el inicio de tratamiento farmacológico.

		Ante ideación o intención suicida, se aplicará el protocolo institucional establecido, con criterios de urgencia según gravedad. El o la profesional debe realizar una intervención inmediata ante la gravedad de ideación suicida, además de la respectiva referencia.
Actividad sexual	Indaga el nivel de actividad sexual que ha tenido la persona adolescente, así como la existencia de relaciones de pareja en adolescentes menores de 15 años con personas mayores. También se evalúa la utilización correcta de los métodos de protección sexual y anticoncepción en las personas adolescentes con actividad sexual.	Según resultados del Petting, se hace asesoría y prescripción de métodos, y se refiere a consejería en SS/SR si se presentan los criterios descritos para realizar esta referencia. Las personas adolescentes menores de 15 años con actividad sexual y/o con pareja 5 años mayor, deben ser referidas al CEINNAA para su respectiva valoración y denuncia en caso de abuso, y seguir los procedimientos que establece la Guía de Atención Integral a NNA Víctimas de Abuso de la CCSS.
Historia embarazos	Las preguntas se encuentran orientadas a determinar la presencia o antecedentes de aborto, embarazo o parto.	Se refiere a consejería en SS/SR a adolescentes madres, padres, con embarazo, o con sospecha de embarazo.
ITS / VIH	Se evalúan antecedentes o sospechas de ITS o VIH.	Por sospecha o diagnóstico de ITS/VIH, se realiza la atención requerida y referencia necesaria, así como la referencia a consejería en SS/SR.
Violencia – abuso sexual	Permite establecer la sospecha de violencia sexual, como abuso o explotación sexual. También se indaga la violencia o discriminación como resultado de actividades sexuales virtuales.	Si hay sospecha de violencia sexual, abuso sexual o Explotación Sexual Comercial (ESC) se refiere al CEINNAA para su respectiva valoración y denuncia, y seguir los procedimientos que establece la Guía de Atención Integral a NNA Víctimas de Abuso de la CCSS. En caso de personas menores de 15 años, se realiza la denuncia al Ministerio Publico y notificación al CEINNAA y PANI. En caso de violencia, abuso y/o discriminación por actividades sexuales virtuales se refiere a Trabajo Social.

<u>Criterios de Referencia URGENTE a otros servicios y a red interinstitucional:</u>

En los casos que se mencionan a continuación, la acción de referencia DEBE SER INMEDIATA, por lo que el o la adolescente no se puede ir del centro de salud sin asegurar la adecuada atención de sus necesidades.

Referencia URGENTE a otros servicios y a red interinstitucional
▪ Adolescentes con sospecha de abuso sexual (adolescente menor de 15 años con actividad sexual, emparejamiento o convivencia de persona menor de 15 años con adulto/a). ▪ Sospecha de explotación sexual. ▪ Adolescentes con ideación suicida activa. ▪ Adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

Una vez que se realiza cualquiera de las referencias requeridas según el tipo de riesgo, ya sea a otro servicio o nivel de atención u otras instituciones según corresponda, se debe generar una contrareferencia, a fin de realizar el respectivo seguimiento de la persona adolescente.

Criterios de Referencia a Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva:

Serán referidas a consejería en SS/SR todas aquellas personas adolescentes que presenten uno o más de los siguientes riesgos:

REFERENCIA A CONSEJERIA EN SS/SR
▪ **Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja.**
▪ **Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor que él o ella aunque no convivan.**
▪ **Adolescente menor de 15 años con actividad sexual (con o sin uso de métodos).**
- **Adolescente con Petting III o Petting IV, sin métodos AC y protección, que además presenten alguno de los siguientes riesgos:** - Fuera del sistema escolar. - En condición de pobreza. - En situación de abandono o con familia disfuncional. - Sospecha de violencia intrafamiliar. - Sospecha de consumo problemático de alcohol o drogas. - Embarazo o sospecha de embarazo. - Adolescente madre o padre. - Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH. - Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Se debe asegurar la coordinación entre el o la profesional del EBAIS que realiza la referencia a la Consejería y el o la profesional del Área de Salud a cargo de la misma, a fin de asegurar el seguimiento de la persona adolescente. Una vez realizada la atención, se debe realizar una contrareferencia al EBAIS indicando el resultado del proceso de la intervención. Si la o el adolescente no asiste a la consejería, esto debe comunicarse inmediatamente al EBAIS para que desde allí se le contacte, ya sea vía telefónica o por visita al hogar, con la finalidad de procurar la continuidad de la atención.

Criterios sobre valoración de actividad sexual en adolescentes:

Con respecto a la valoración de la actividad sexual de las personas adolescentes, y considerando sus riesgos y necesidades, se debe ofrecer información en SS/SR y asesoría en anticoncepción, tal como se indicará en un apartado más adelante.

En términos generales, se deben seguir las siguientes indicaciones[15]:

▪ Todas las personas adolescentes recibirán información y orientación en temas de salud sexual y salud reproductiva.
▪ Las personas adolescentes que así lo requieran recibirán asesoría en anticoncepción, donde obtendrán información científicamente respaldada sobre los métodos anticonceptivos y de protección sexual, que les posibilite una toma de decisión adecuada.
▪ El personal médico y de enfermería obstétrica, debe prescribir los métodos de anticoncepción y protección adecuados a las necesidades de la persona adolescente, de acuerdo a la evaluación del riesgo realizada, que contribuya además a la protección integral y especial que requiera cada caso en particular, en función del mejor interés de la persona adolescente.
▪ En el caso de personas menores de 15 años, el personal de salud además de realizar las acciones anteriores, procederá con las respectivas referencias a CEINNAA para valorar posible abuso, denuncia al Ministerio Público y notificar al PANI en caso de sospecha razonable. También se elaborará un plan de intervención integral, que incluya: acompañamiento y seguimiento individualizado, y referencia y coordinación con otros niveles o instituciones.
▪ Las personas adolescentes con Petting II, III y IV deben recibir condones para su protección sexual, junto con la información y educación necesaria sobre su uso correcto. Adolescentes con conducta sexual activa (Petting IV) se debe promover el uso de método anticonceptivo y además uso de condón (doble método) desde ese mismo día. Adolescentes con Petting III se les debe estimular la toma de decisión responsable frente al eventual inicio de actividad sexual penetrativa, explicitando su derecho la protección ante embarazo e ITS.
▪ Si la adolescente o la pareja del adolescente tuviera antecedente de embarazo previo, se debe preguntar por uso de método anticonceptivo, y en caso de no usarlo, las causas de no uso. Se debe asegurar la prescripción del método e inicio ese mismo día, previo consentimiento informado de la o el adolescente.
▪ El personal médico y de enfermería obstétrica del hospital o maternidad, debe prescribir y/o colocar método de anticoncepción y de protección sexual a las adolescentes post evento obstétrico, antes del egreso hospitalario, previo consentimiento informado de la adolescente. En caso de que no sea posible, se debe coordinar con el primer nivel de atención para la respectiva prescripción y/o colocación en la primera cita postparto.

[15]En cumplimiento con los principios planteados en la Convención Internacional de Derechos del Niño y en el Código de Niñez y Adolescencia de Costa Rica.

El siguiente cuadro sintetiza las principales intervenciones a efectuar a partir de los distintos riesgos identificados en la evaluación realizada a la persona adolescente.

RIESGO SOCIAL	Referencia	Asesoría en AC
• Sospecha de abandono	x	
• Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja	x	x
• Sospecha de violencia intrafamiliar	x	
• Persona menor de edad fuera del sistema escolar	x	
• Persona menor de 15 años trabajando	x	
• Sospecha de bullying /violencia	x	
RIESGO SALUD MENTAL		
• Sospecha de consumo problemático de alcohol o drogas	x	x
• Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria	x	
• Sospecha de depresión	x	
• Ideación y/o intentos suicidas	x	
RIESGO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		
• Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor	x	x
• Adolescente menor de 15 años con Petting III o IV, , con o sin métodos AC y protección	x	x
• Adolescente mayor de 15 años con Petting III o Petting IV, con o sin métodos AC y protección		x
• Embarazo, antecedente o sospecha de embarazo		x
• Adolescente madre o padre		x
• Sospecha, diagnóstico o antecedentes de ITS/VIH	x	x
• Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual	x	x
• Víctima de violencia/abuso/discriminación por actividades sexuales virtuales	x	

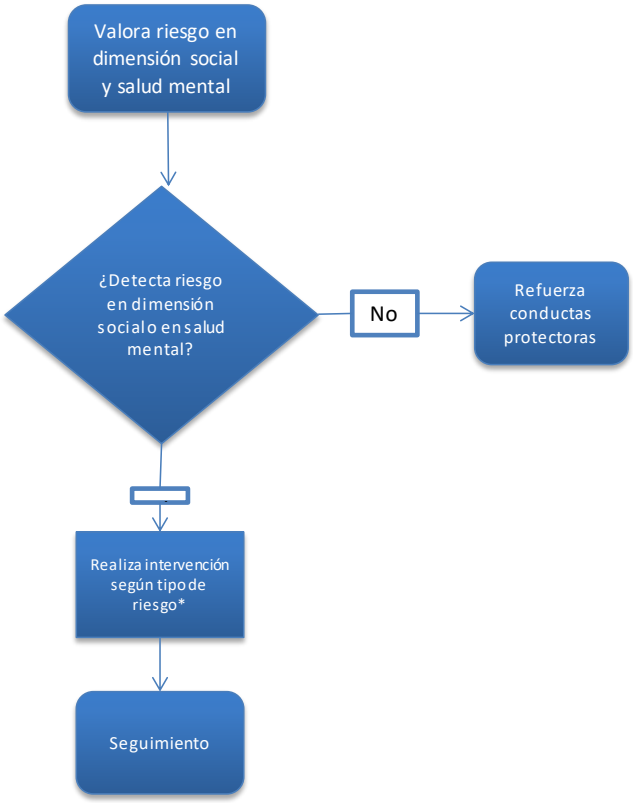
En los siguientes flujogramas se presentan las acciones a seguir por el o la profesional de salud, a partir de la valoración del riesgo en la dimensión social y salud mental en adolescentes (flujograma #1), así como la valoración del riesgo en la Salud Sexual y Salud Reproductiva en adolescentes (flujograma #2).

Además el flujograma #3 presenta las acciones a seguir por el o la profesional de salud, para realizar la referencia a Consejería en SS/SR de las personas adolecentes según el riesgo identificado.

Con respecto a la referencia a la Actividad grupal complementaria, se deben generar los mecanismos que aseguren que todas las personas adolescentes cumplirán con ambas actividades, idealmente en el menor tiempo posible transcurrido entre una y otra, con la finalidad de evitar interrupciones en el proceso que puedan generar deserción de las y los adolescentes. Es imprescindible que el personal de salud se asegure que toda persona adolescente participe de ambas actividades para considerar que recibió la atención integral completa.

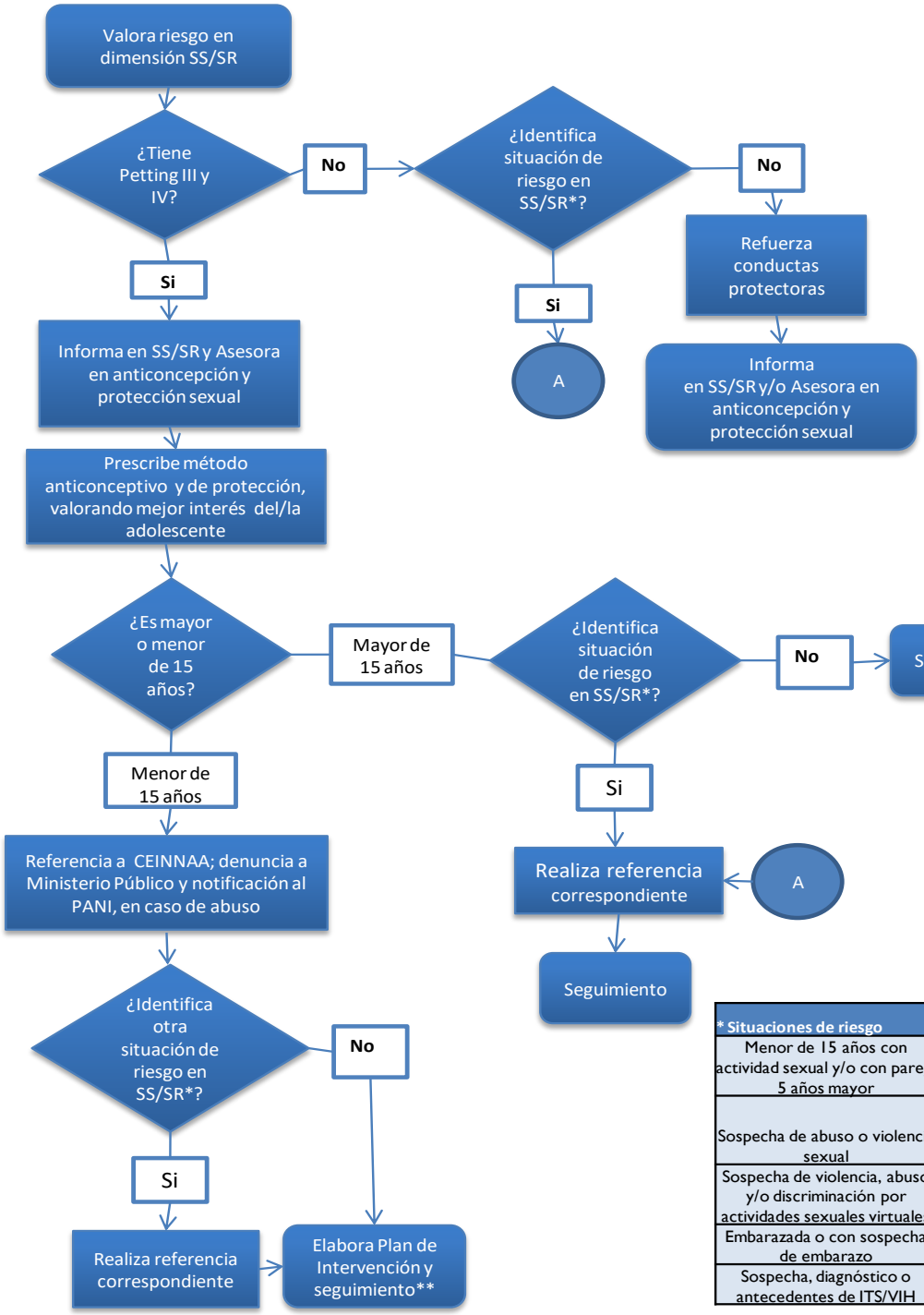
Las personas adolescentes que ya recibieron la consulta de atención integral deben ser referidas a la actividad grupal complementaria, recibiendo al finalizar la consulta la información sobre la fecha, hora y lugar de realización de la actividad en la cual les corresponde participar. No se debe dejar que ninguna persona adolescente, luego de la consulta, abandone el centro de salud sin haber sido citada a la actividad grupal.

Flujograma 1. Acciones a seguir ante valoración de riesgo en dimensión Social o en Salud Mental, por médica/o del EBAIS



* Referencias y acciones específicas según riesgo en dimensión Social o Salud Mental	
Tipo de riesgo	**Referencia y acciones a seguir**
Sospecha de abandono	Referencia a PANI.
Menor de 15 años conviviendo con pareja	Referencia a PANI.
Sospecha de VIF	Referencia a CEINNAA.
Adolescente menor de edad fuera del sistema escolar	Referencia a Dirección Regional MEP.
Adolescente menor de 15 años trabajando	Referencia a OATIA, Ministerio de Trabajo.
Sospecha o presencia de Bullying u otro tipo de violencia	Referencia al CEINNAA o centro educativo.
Sospecha de consumo problematico de alcohol o drogas	Seguir Lineamientos de Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas de la CCSS.
Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria	Referencia a psiquiatría o psicología.
Posible depresión	Referencia a psiquiatría o psicología, así como a Trabajo Social. Valorar inicio de tratamiento farmacológico.
Ideación e intención suicida	Intervención inmediata y aplicar protocolo institucional de CCSS.
Ausencia de factores protectores en dimensión social o mental	Referencia a grupos juveniles o actividades grupales.

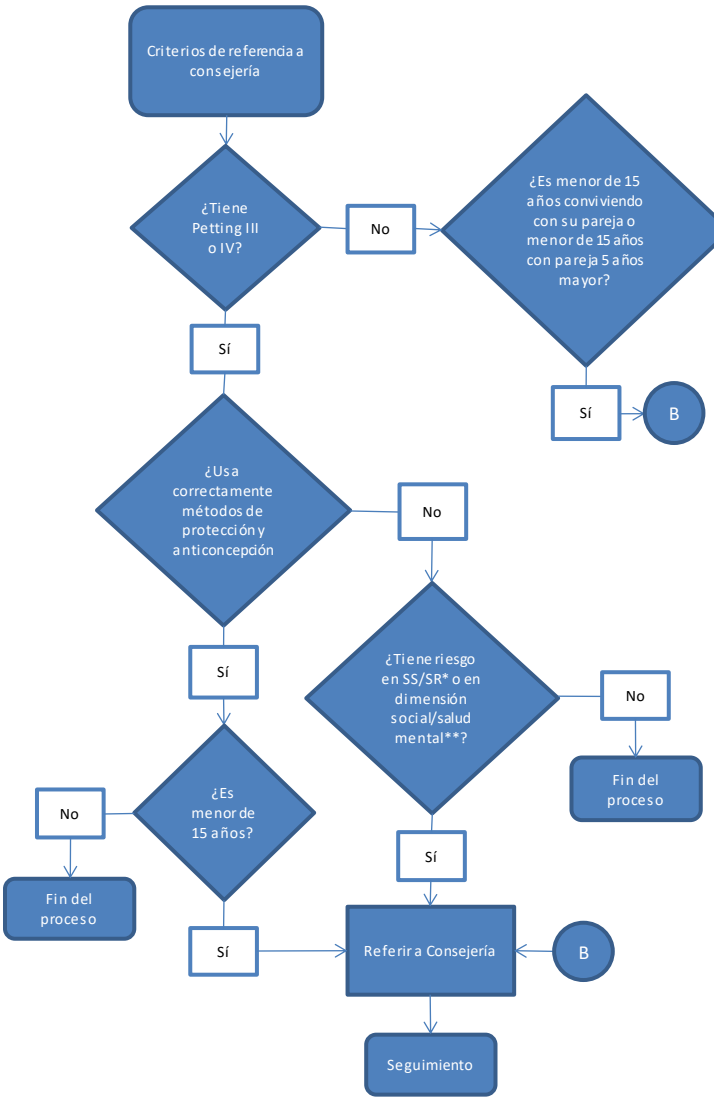
Flujograma 2.
Acciones a seguir ante valoración de riesgo en dimensión SS/SR, por médica/o del EBAIS



* Situaciones de riesgo	Acción a seguir
Menor de 15 años con actividad sexual y/o con pareja 5 años mayor	Referencia a CEINNAA y seguir lineamientos de Guía de Atención Integral a NNA víctimas de abuso de CCSS
Sospecha de abuso o violencia sexual	
Sospecha de violencia, abuso y/o discriminación por actividades sexuales virtuales	Referencia a Trabajo Social
Embarazada o con sospecha de embarazo	Examen de embarazo, control prenatal.
Sospecha, diagnóstico o antecedentes de ITS/VIH	Examen de laboratorio y tratamiento

** Plan de intervención y seguimiento con adolescentes menores de 15 años, incluye: 1. Acompañamiento y seguimiento individualizado, 2. Referencia y coordinación con otros servicios y otras instituciones.

Flujograma 3. Acciones a seguir ante valoración de riesgo para referir a Consejería en SS/SR, por médica/o del EBAIS



*** Riesgos en SS/SR**

1. Menor de 15 años con actividad sexual, sin uso correcto de MAC y de protección.
2. Sospecha de embarazo o embarazo.
3. Adolescente madre o padre.
4. Sospecha, diagnóstico o antecedentes de ITS/VIH.
5. Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

****Riesgos en Dimensión social y dimensión salud mental**

1. Fuera del sistema escolar.
2. En condición de pobreza.
3. En situación de abandono o con familia disfuncional.
4. Sospecha de VIF.
5. Sospecha de consumo problemático de alcohol o drogas.

Registro de la información en el instrumento de evaluación del riesgo:

Luego de toda la evaluación se debe anotar en el instrumento la información pertinente, indicando el tipo de riesgo que se identificó, sea en la dimensión Social, Mental y/o de Salud Sexual y Reproductiva.

Es muy importante que el o la funcionaria registre en el expediente de la persona adolescente las acciones de salud y referencias realizadas.

También se tienen que registrar las acciones de salud (incluida la información en SS/SR, la asesoría en anticoncepción y la prescripción de métodos) y las referencias realizadas a otro nivel de atención u otras instituciones de la red interinstitucional local, según corresponda.

Además en el instrumento se debe registrar si la persona adolescente ha participado de la Actividad Grupal Complementaria y la fecha de su participación, lo cual es de vital importancia a fin de que el EBAIS pueda comprobar el cumplimiento de que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa.

Igualmente se debe registrar en el instrumento si la persona adolescente fue o no referida a la Consejería en SS/SRsegún sus necesidades y riesgos, registrando posteriormente las fechas de asistencia a las tres sesiones de consejería.

El instrumento debe incorporarse *obligatoriamente* en el expediente de salud de la persona adolescente.

c. El examen físico de la o el adolescente

Para su realización se deberá contar con un esfigmomanómetro, estetoscopio, separador de ambiente, camilla ginecológica, espéculos vaginales, guantes desechables, kits para toma de papanicolau, batas, entre otros insumos, además de las condiciones físicas que garanticen la privacidad y la confidencialidad de la atención.

Se debe explicar de previo a la persona adolescente en qué consiste el examen físico y la importancia que tiene. Se le consulta a la o el adolescente si desea estar acompañada/o durante este procedimiento, ya sea por su acompañante (madre, padre, familiar, amigo/a) o por otra persona del centro de salud, si los recursos locales lo posibilitan. Además se le ofrece una bata a la persona adolescente para que esté cómoda y se le colocará una sábana para cubrirse mientras se encuentre acostada.

La evaluación se inicia de la cabeza hacia abajo, siguiendo los pasos usuales de la semiología médica y dejando la evaluación de mamas y genitales de último.

El examen físico general debe incluir:

- Las características del aspecto general de la persona adolescente.
- Revisión de datos de medición de la presión arterial, peso, IMC, talla/edad.
- Evaluación del grado de desarrollo puberal.
- Examen genital de hombres y mujeres cuando corresponda (no es requisito).

También se observarán en el examen físico posibles indicadores de abuso, violencia y explotación sexual comercial según lo establecido en la Guía de Atención integral a NNA víctimas de abuso de la CCSS. En caso de sospechar o detectar una situación de agresión y abuso, se debe llenar la boleta de declaración obligatoria del Ministerio de Salud (VE01)y realizar la referencia inmediata al CEINNAA del Área de Salud correspondiente para su valoración y denuncia.

El examen genital:

Orientaciones para realizar el examen genital en adolescentes:
✓ Realizar una anamnesis completa que oriente el examen genital. ✓ Explicar a la o el adolescente cada aspecto del examen, mostrándole los elementos a utilizar en el mismo (espéculo, etc.). ✓ Algunas personas adolescentes pueden manifestar pudor o temor a lo desconocido, por lo que es conveniente establecer un ambiente desconfianza explicando el procedimiento y propósito del examen. ✓ Cubrir a la o el adolescente. No es preciso que estén totalmente desvestida/o. ✓ Realizar el examen con suavidad y paciencia. ✓ Mientras se realiza el examen genital se debe enseñar al o la adolescente a realizar el autoexamen de testículo y de mama, explicando su importancia y utilidad. ✓ Recuerde consultar a la persona adolescente si desea que su acompañante u otro/a trabajador/a de la salud esté presente durante el examen genital.

Si la actitud ante el examen es de una resistencia significativa, se debe indagar de manera cuidadosa y respetuosa la presencia previa de experiencias abusivas o traumáticas.

El examen genital es diferente según sea la persona adolescentes un hombre o una mujer, y si ha iniciado su actividad sexual o no.

En mujeres:	**Evaluación de las mamas:** Se pide a la paciente que coloque sus brazos hacia arriba y detrás de la cabeza. Se evalúa el estadío de Tanner en que se encuentra la paciente y se le explica al respecto. Se observa la piel, pezón y tubérculos de Montgomery. Se procede con la palpación superficial y profunda de la mama en sentido horario, se evalúan los ganglios sub claviculares y axilares, se verifica si existe secreción por el pezón. Se enseña a la paciente cómo se hace el autoexamen de mama. Se describe en el expediente cualquier anomalía que se haya detectado.
	Evaluación genital: Se coloca la paciente en decúbito supino y con ambos pies sobre las pierneras (si la adolescente se encuentra incómoda en esta posición se puede colocar con ambas plantas de los pies juntas y flexionando las rodillas hacia afuera). Se observan los genitales externos y se realiza la clasificación de Tanner. Se procede a traccionar ambos labios mayores con el dedo índice y pulgar del médico en dirección hacia abajo y afuera, esto permite una adecuada evaluación del himen, en adolescentes sexualmente activas se coloca el espéculo vaginal y se observa la vagina y cérvix. Se describe cualquier anomalía en cuanto a las características de la mucosa y flujo vaginal.
En hombres:	Evaluar presencia de ginecomastia. Evaluar presencia de lesiones genitales, simetría y masas testiculares. Instruir al adolescente a realizar autoexamen testicular.

¿Cómo realizar el examen genital de las y los adolescentes?	
En adolescentes sin inicio de actividad sexual	• Inspección genitales externos en hombres y mujeres. • Valoración del vello pubiano en hombres y mujeres. • Valoración de salida de secreción vaginal o uretral en mujeres y hombres. • Examen mamario en el hombre y la mujer. • Lesiones perianales en hombres y mujeres. • En mujeres: valoración tamaño clítoris, características y permeabilidad del himen, permeabilidad y malformaciones vaginales. • En hombres: examen del pene y del escroto, examen testicular y ubicación del meato urinario.
En adolescentes con inicio de actividad sexual	Además de lo expuesto anteriormente: • Tomas de cultivo de secreción en caso de estar presente (vaginal y uretral respectivamente). • En mujeres: tacto vaginal, inspección de cuello uterino y vagina con espéculo, toma de citología en caso de corresponder PAP, y Tratamiento y seguimiento según normativa, ante PAP anormal.

d. Diagnóstico, Tratamiento y Plan de seguimiento

Una vez concluida la evaluación se conversará con la o el adolescente sobre la aproximación diagnóstica y el plan de tratamiento y seguimiento, según necesidades y problemas identificados.

Todas las personas adolescentes tienen derecho a dar opinión y consentimiento sobre el tratamiento e indicaciones que se le brinden en el servicio de salud.

De no presentarse ninguna necesidad o problema se refuerzan los factores de protección para la salud, con énfasis en SS/SR, y se motiva a la persona adolescente a efectuar un nuevo control de salud cuando así lo requiera.

En ese momento, a todas las personas adolescentes se les brindará información y educación en SS/SR según su etapa de la adolescencia. También se les indicará que si tienen alguna inquietud, desean asesoría en SS/SR o presentan algún cambio en su condición de salud, podrán consultar de nuevo.

Igualmente el o la profesional de salud debe asegurarse que las personas adolescentes que no han participado de la Actividad Grupal Complementaria sean referidas a la misma, según la programación local de las mismas.

Recuerde: la consulta de atención integral individual y la actividad grupal complementaria constituyen el **paquete básico de atención para adolescentes.**
Se considerará que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa, cuando haya asistido tanto a la atención individual como a la actividad grupal.

Si se identifican riesgos en la dimensión Social, Salud Mental o de SS/SR, se procederá de acuerdo a lo planteado en el apartado anterior de Evaluación del Riesgo y los respectivos flujogramas 1 y 2.

A partir de los riesgos identificados, se realiza en ese mismo momento un plan de intervención y seguimiento con la persona adolescente, lo que incluye la definición de intervenciones complementarias en salud, la orientación respecto a los recursos de apoyo dentro y fuera de la institución, y la realización de las referencias correspondientes. **Esto debe realizarse con toda persona adolescente que así lo requiera según los resultados de la evaluación del riesgo**.

Es importante que la persona adolescente comprenda las razones por las cuales requiere una referencia, ya sea a consejería en SS/SR, a otro servicio o nivel de atención, o a otras instituciones, a fin de motivar su asistencia y empoderarle en el cuidado de su salud. También el personal de salud debe realizar las coordinaciones necesarias para asegurar el acompañamiento y seguimiento a las situaciones de mayor riesgo para la salud integral de las y los adolescentes.

El manejo clínico de hallazgos patológicos en el examen clínico, se abordarán según protocolos institucionales. Los problemas y necesidades de SS/SR identificados y su manejo, se retoman en los siguientes apartados.

Además, según las necesidades en SS/SR se ofrecerá información en el tema y se realizará asesoría, prescripción y provisión de métodos anticonceptivos y de protección sexual, tal como se describe a continuación.

No se debe olvidar el registro del diagnóstico, las acciones de salud y referencias realizadas en el expediente de la persona adolescente. Además se debe incluir <u>obligatoriamente</u> en el expediente de salud de cada persona adolescente el instrumento de evaluación del riesgo.

INFORMACIÓN EN SS/SR Y ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN Y PROTECCIÓN SEXUAL

Tal como se señaló anteriormente, a partir de las necesidades y riesgos identificados en la evaluación, el personal de salud debe ofrecer a todas las personas adolescentes información en SS/SR y/o asesoría en anticoncepción y protección sexual, siguiendo las indicaciones señaladas a continuación.

Esto debe realizarse con todas las personas adolescentes que asisten a la consulta de atención integral individual.

I. Información y Orientación en SS/SR

En los servicios se debe ofrecer información veraz y basada en conocimientos científicos sobre SS/SR, libres de sesgos morales y/o religiosos, así como orientar a que la persona adolescente pueda tomar decisiones fundamentadas en una evaluación de opciones y sus consecuencias, a partir de sus deseos, la situación que vive en ese momento y su realidad concreta.

Las y los adolescentes muestran una serie de inquietudes acerca de su sexualidad, por lo que es importante:

- Apoyar a adolescentes que han decidido posponer el inicio de las relaciones sexuales e informar y orientar para evitar riesgos de la salud sexual y salud reproductiva.
- Apoyar y otorgar todos los servicios que la o el adolescente requiera o solicite, y que

El o la funcionaria debe registrar en el expediente si ofreció información en SS/SR a la persona adolescente.

le permita el ejercicio de una sexualidad responsable, informada, satisfactoria, segura y libre de violencia. También posibilitar el acceso a información para la toma de decisiones que le permitan prevenir embarazos no planificados o adquirir alguna ITS/VIH.

- Dialogar sobre la satisfacción y los conflictos referidos a la sexualidad con todas las personas adolescentes, *hayan o no iniciado relaciones sexuales genitales*, a fin de facilitar el acompañamiento respecto a conflictos asociados a la sexualidad, sentimientos de culpa frente a la masturbación, el inicio de las relaciones sexuales, la orientación sexual, molestia o dificultades en sus relaciones sexuales (falta de deseo sexual, fobia a las relaciones sexuales, falta de erección, eyaculación retardada, parcial o precoz, falta de orgasmo, dolor, vaginismo, entre otros).
- No realizar juicios de valor o imponer los valores morales propios, sino posicionarse desde la prestación de servicios que garantice niveles óptimos de salud.

Con quienes ya iniciaron su actividad sexual, se debe:

- Indagar las condiciones en que se tienen las relaciones sexuales, frecuencia, con quiénes, si son inesperadas, regulares o voluntarias.
- Preguntar sobre comportamientos sexuales de riesgo para embarazos y/o ITS.
- Realizar la detección precoz de ITS y ofrecer pruebas de diagnóstico para VIH.
- Informar, prescribir y facilitar métodos anticonceptivos y de protección sexual.

II. Asesoría de anticoncepción y protección sexual en adolescentes

a. Información y orientación

En caso de detectar actividad sexual en la o el adolescente, se debe brindar información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y de protección sexual que ofrece la institución, y se valorará con ella o él la opción que más se ajusta a sus características y necesidades.

Se explicará con claridad el correcto uso del método seleccionado y se verificará si la persona adolescente ha comprendido las indicaciones. Se le facilitará el acceso a los métodos de la forma más ágil, respetando su intimidad y evitando exponerla a ser vista cuando se hace la entrega de estos.

La persona adolescente que ya inició relaciones sexuales coitales tiene riesgo de embarazo y de ITS/VIH, por lo que se debe indicar siempre DOBLE MÉTODO, tanto anticonceptivo como de barrera, lo que permite, además el involucramiento tanto de hombres como de mujeres.

Se deben hacer las orientaciones básicas a la o el adolescente en cuanto a la protección sexual y anticoncepción, así como su prescripción. Es fundamental dar información sobre el adecuado uso de los métodos y sobre los posibles efectos de estos.

También se debe aprovechar la consulta para informar a la persona adolescente sobre las ITS/VIH, sus síntomas, cómo se contraen y las medidas de prevención, al igual que las indicaciones de acudir a los servicios de salud si identifica algún síntoma. Si una persona adolescente no presenta síntomas pero menciona haber tenido relaciones de riesgo, se le propondrá realizar un examen de ITS/ VIH con su consentimiento y confidencialidad.

Es fundamental incentivar el uso del condón de manera consistente y continua, cuestionar los mitos que existan sobre ello. También orientar a la persona adolescente sobre la forma de acceder a condones de manera ágil y oportuna, así como otras indicaciones para garantizar prácticas sexuales seguras.

Igualmente se podrá abordar con el o la adolescente sus conceptos de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos y de protección.

En la asesoría de anticoncepción se deberá abordar con el o la adolescente lo siguiente:

- Antecedentes de trastornos de coagulación o trombofilia familiar o personal, y/o alergia al látex.
- Lista de los métodos anticonceptivos que conoce.
- Exposición y demostración de uso de cada método anticonceptivo y de protección sexual.
- Puntos fuertes, débiles y efectos secundarios de cada método.
- Uso correcto.
- Importancia de la regularidad y el uso sistemático.
- Modo de incorporación en el coito (cuando sea apropiado).
- Problemas comunes del uso y soluciones.
- Lugares para obtenerlos.
- Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.
- Posibles cambios del ciclo menstrual en particular un sangrado prolongado, excesivo y/o amenorrea.
- Significado de la amenorrea.
- Retraso en el retorno a la fertilidad.
- Falta de protección contra ITS e infección por VIH.
- Efectos secundarios y complicaciones posibles.
- Necesidad de consultas médicas para el seguimiento.

También se debe considerar: relación con la familia, apoyo de la pareja, creencias religiosas, actitud frente a los métodos anticonceptivos y frecuencia de las relaciones sexuales.

b. Elección del método

El o la funcionaria de salud debe valorar la elección del método anticonceptivo adecuado para cada adolescente considerando lo siguiente:

Historia clínica completa

- Edad de la menarquía/espermarquia.
- Edad de inicio de relaciones sexuales.
- Número de parejas.
- Ciclos menstruales.
- Infecciones genitales y de transmisión sexual.
- Embarazos anteriores.
- Abortos.
- Edad de la pareja.
- Consumo de tabaco, drogas, alcohol.
- Antecedentes de enfermedades previas:
  - depresión,
  - diabetes,

- hipertensión arterial,
- bocio,
- epilepsia,
- enfermedades de la coagulación,
- glaucoma y otros problemas de visión,
- jaquecas y cefaleas.

- Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia.

Examen físico

- Presión arterial, peso, talla.
- Estadíos de Tanner.
- Tiroides.
- Examen pélvico.
- Espéculo y tacto genital.
- Toma de PAP y de secreciones vaginales sospechosas de infección para estudio bacteriológico.

Laboratorio

- Si no hay elementos anormales, no estaría indicado previo a iniciar método.
- Si hay sospecha de trombocitosis o trastorno de coagulación, se deberá solicitar un hemograma y pruebas de coagulación antes de indicar el método hormonal.

Para decidir por un método es necesario evaluar la reversibilidad, la efectividad, los riesgos, la tolerancia y aceptabilidad del método.

Para iniciar la anticoncepción hormonales debe indagar que no existan contra indicaciones para el uso de estos métodos. En caso de que sea necesario, se realizará una consulta ginecológica a fin de complementar la información a la persona adolescente para el proceso de elección, mediante los estudios clínicos necesarios.

Se debe considerar:

- Frecuencia de las relaciones.
- Número de parejas sexuales.
- Historia de infecciones genitales.
- Capacidad para el uso constante del método.
- Existencia de apoyo de una persona adulta significativa que le ayude a formar los hábitos requeridos.

En caso de que tengan pareja, se recomienda alentar a que concurra con la pareja:

La responsabilidad del método debe involucrar a los hombres, no debe recaer sólo en las mujeres adolescentes. Se debe estimular a que el hombre participe y comparta la responsabilidad.

Se debe asegurar que las siguientes personas adolescentes reciban de manera INMEDIATA la información y prescripción de un método anticonceptivo y de protección sexual, previo consentimiento informado de la o el adolescente:

- Adolescentes con actividad sexual sin uso o con uso irregular de métodos anticonceptivos o de protección sexual.
- Adolescentes que utilizan un método natural de anticoncepción.
- Adolescentes con embarazo o aborto previo.
- Adolescentes madres o padres.
- Adolescentes en condición de postparto o postaborto.
- Antecedente con sospecha o diagnóstico de ITS/VIH.

Métodos elegibles para adolescentes:

A las mujeres adolescentes no se les puede indicar exactamente los mismos anticonceptivos que a las mujeres adultas. Se sabe que desde el punto de vista biológico, sólo al final de la adolescencia habrán completado su desarrollo mamario, regularizado sus ciclos menstruales, entre otros componentes. Las adolescentes se encuentran en un período de gran velocidad de multiplicación celular, con procesos de maduración de sus diversos órganos, incluido su cerebro, hígado, huesos, entre otros, lo que le otorga una gran vulnerabilidad frente al efecto de medicamentos o sustancias que le puedan interferir estos procesos.

El crecimiento óseo se desarrolla en base a dos procesos fisiológicos, por un lado la elongación, es decir desarrollo de la matriz ósea (que se expresa en la talla de la adolescente) y el proceso de osificación propiamente de esa matriz ósea, que es el depósito de grandes cantidades de sales de calcio en las matrices óseas.

Se sabe que cuando llega la menarquía, el desarrollo de la matriz ósea alcanza aproximadamente el 95.5% de su talla final, con una edad ósea a la radiografía de carpo de 14 años de un 98%. Pero también se sabe que durante toda la adolescencia, hasta los 19 a 22 años, se sigue produciendo depósito de calcio, es decir mineralización ósea propiamente tal, aunque ya no siga con gran velocidad de crecimiento en talla. En esta etapa de la vida se estima se deposita entre el 40% al 60% de toda la masa ósea que acompañará en la vida.

Para este proceso de mineralización ósea se requieren, entre otros factores, ciertas dosis mínimas de ESTRÓGENOS. Es así como se recomienda que los anticonceptivos para adolescentes deban contener al menos 0,030 mg de etinilestradiol además del progestágeno.

Diversos estudios han demostrado que la utilización de medroxiprogesterona (150 mg inyección trimestral de depósito) por períodos mayores a dos años y en forma exclusiva, tiene efecto en la mineralización ósea de las mujeres adolescentes, en seguimientos con densitometría ósea.Las adolescentes que usan esta inyección anticonceptiva trimestral pierden densidad mineral ósea de forma significativa. Esta pérdida de masa ósea es mayor cuanto más tiempo se utiliza.

Estos elementos son importantes al momento de escoger y recomendar un método en esta etapa de la vida; mientras más joven es la adolescente, más debemos vigilar que el método elegido contenga al menos 0,030 mg de etinilestradiol.

SIEMPRE recomendar doble método de Anticoncepción y Protección: hormonal y de barrera (preservativo/condón).

Métodos recomendados(ver anexo 2)**:**

- ✓ **Hormonales**: píldoras combinadas con estrógeno y progesterona o píldoras de sólo progesterona, inyectables e implantes de progesterona. En caso de lactancia materna podrán recomendarse métodos de sólo progesterona o combinados luego de seis meses posparto.
- ✓ **Mecánicos de barrera**: preservativo/condón masculino. Ventaja adicional de prevenir infecciones transmisión sexual.
- ✓ **Dispositivos intrauterinos** también se puede recomendar en adolescentes, ya sean multíparas como nulíparas.

Los métodos naturales son difíciles de usar por la alta frecuencia de ciclos irregulares que presentan las adolescentes, por el tipo de comportamiento sexual, la práctica y conocimiento que se requiere, razón por la cual no se recomiendan.

Seguimiento:

- Todas las adolescentes deberán citarse al menos 4 semanas después de iniciar con la anticoncepción. Deben vigilarse los siguientes aspectos: peso, presión arterial, y aparición de cefalea, alteraciones del humor, sangrado irregular. Verificar la forma de toma del medicamento en el caso de uso de anticonceptivos orales. Esta es una cita que debe anotarse en el expediente.

- Cita a los 6- 12 meses: examen pélvico, PAP, tamizaje de infecciones de transmisión sexual.

El o la funcionaria debe registrar en el expediente si brindó a la persona adolescente asesoría en anticoncepción y/o provisión de métodos.

Recuerde además que:

La consulta de atención integral individual y la actividad grupal complementaria constituyen el **paquete básico de atención para adolescentes.** Por lo tanto, se considerará que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa, cuando haya asistido tanto a la atención individual como a la actividad grupal.

Una vez realizadas las actividades correspondientes a la consulta, debe asegurarse que la persona adolescente sea referida a la respectiva actividad grupal.

A.2 ACTIVIDAD GRUPAL COMPLEMENTARIA:

Las personas adolescentes tendrán acceso a espacios grupales de información y educación, en los que puedan externar y aclarar dudas e inquietudes sobre SS/SR. Con ello se pretende mejorar el vínculo con las y los adolescentes, promover la adherencia de esta población a los servicios de salud, y ofrecer espacios de confianza y apoyo para su crecimiento saludable.

La consulta de atención integral individual y la actividad grupal complementaria constituyen el **paquete básico de atención para adolescentes**. Por lo tanto, todas las y los adolescentes que reciben una consulta de atención integral en salud, deben participar en una actividad grupal, cuyo objetivo es complementar la información y orientación que el personal de salud puede brindar a la o el adolescente en el tema de la SS/SR.

La actividad grupal complementaria es desarrollada por cada EBAIS, siguiendo un formato básico que puede ajustarse a las particularidades del contexto y grupo con que se trabaja. Sin embargo, es imprescindible que en la misma se aborden de manera clara y consistente los temas básicos en SS/SR a los que toda persona adolescente debe tener acceso.

Los **contenidos mínimos** que deben ser abordados en esta actividad grupal complementaria son:

- Toma de decisiones para la vivencia de una sexualidad responsable, segura y placentera.
- Medidas de protección para prevenir embarazo en la adolescencia e ITS/VIH: Postergación de la edad de inicio de las relaciones sexuales, Pareja única y Uso correcto del condón.
- Métodos anticonceptivos y protección dual.
- Signos de ITS: secreción vaginal, descarga uretral, llagas o ulcera, ganglios o nodos inguinales inflamados.
- Oferta de servicios que ofrecen los centros de salud para la población adolescente.

Estas actividades tendrán una duración de 1 hora. Pueden realizarse previo a las consultas, como "puerta de entrada" a los servicios, o posterior a estas, siempre y cuando se garantice que el tiempo de asistencia entre una y otra actividad sea el mínimo posible, para dar continuidad al proceso de atención. También pueden desarrollarse en los establecimientos de salud o en lugares comunitarios más apropiados para incrementar la participación adolescente.

La Actividad Grupal Complementaria es facilitada por un/a funcionario/a del EBAIS, y puede contar con el apoyo del Equipo de Apoyo del Área de Salud, y de las y los adolescentes promotores para su realización, dada la evidencia sobre la efectividad de la educación en SS/SR brindada entre pares.

Se requiere la conducción de estas actividades por parte de personas capacitadas y con la sensibilidad necesaria para identificar mitos y estereotipos, contrastándolos con información veraz, clara y científica. Esto acompañado de una actitud de apertura y sin juzgar, etiquetar, o culpabilizar a las y los adolescentes por sus inquietudes y vivencias.

La conformación de los grupos de adolescentes que participarán en cada una de estas actividades debe tomar en cuenta la subetapa de la adolescencia a la cual pertenecen, el sexo, la identidad de género y la cultura, de las personas adolescentes, con el fin de que la integración de los mismos beneficie la dinámica de grupo y la comodidad de las/os participantes.

La guía conceptual y metodológica para el desarrollo de esta actividad se encuentra en el documento "Manual de Actividades Grupales en SS/SR para personas adolescentes".

A.3 CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA:

La consejería en SS/SR que se propone como parte de la atención integral con énfasis en SS/SR de las y los adolescentes, se entiende como un proceso de acompañamiento profesional en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva, que brinda un o una funcionaria de salud capacitada para apoyar a una persona adolescente que presenta alguna situación de riesgo, identificada según los resultados de la evaluación del riesgo.

La consejería en SS/SR para adolescentes se ha diseñado para desarrollarse en tres sesiones de 30 minutos, con una frecuencia quincenal o mensual, que un/a profesional capacitada del Área de Salud brinda a las personas adolescentes de manera individual. Las y los adolescentes que reciben la consejería, son referidos por la o el médico del EBAIS, luego de la consulta de atención individual, a partir de los criterios de referencia mencionados anteriormente. La o el funcionario del Área de Salud que brinda la consejería, idealmente deberá trasladarse al EBAIS para brindar el servicio a la población adolescente que así lo requiere; en última instancia, de no ser posible tal traslado, la cita se programará para ser realizada en el Área respectiva.

Las Áreas de Salud deben contar con personal capacitado y entrenado para desarrollar la consejería en salud sexual y reproductiva, así como con los mecanismos adecuados para su selección, capacitación y supervisión de labores. De esta forma, la elección de la persona consejera debe basarse en el perfil requerido para desempeñar esta labor, el cual no solo contempla la especialidad disciplinar y/o formación profesional, sino de forma particular, el cumplimiento de las cualidades, conocimientos y habilidades indispensables para brindar la consejería.

La consejería busca ser un proceso de escucha y apoyo para que la persona adolescente se aclare y tome decisiones en salud sexual y reproductiva, especialmente relacionadas con la protección para evitar un embarazo o una ITS/VIH. En este espacio se facilita además información amplia y veraz en sexualidad, y se considera las necesidades y problemática particular que traen las personas adolescentes.

Como se mencionó, la consejería consiste en tres sesiones, desde una visión de proceso, que implica abordar en cada una de ellas diferentes aspectos, como se muestra a continuación:

- **Sesión 1**: *Discusión y problematización de la situación de riesgo con apoyo de información básica en salud sexual y reproductiva*.
- **Sesión 2**: *Acompañamiento profesional en la búsqueda de alternativas y toma de decisiones para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera*.
- **Sesión 3**: *Reconocimiento de obstáculos y recursos, comunitarios, familiares y personales, para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera*. D*efinición de criterios para el seguimiento.*

En la consejería se abordarán los siguientes aspectos básicos de la salud sexual y salud reproductiva del o la adolescente:

- ✓ ITS y VIH y las formas para prevenirlas.
- ✓ Implicaciones biopsicosociales de embarazos en la adolescencia.
- ✓ Uso correcto de métodos de protección y anticoncepción, como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, y las creencias alrededor de los mismos.
- ✓ Roles de género y vivencia de la sexualidad.
- ✓ Apropiación de su cuerpo y toma de decisiones en SS/SR.
- ✓ La vivencia del placer.
- ✓ Obstáculos y recursos a nivel comunitario, familiar y personal, que pueden favorecer o dificultar el mantenimiento de las decisiones que toma sobre su SS/SR.

Para ampliar la propuesta conceptual y metodológica que facilite realizar la consejería, se debe consultar el documento "Manual de Consejería en SS/SR para personas adolescentes".

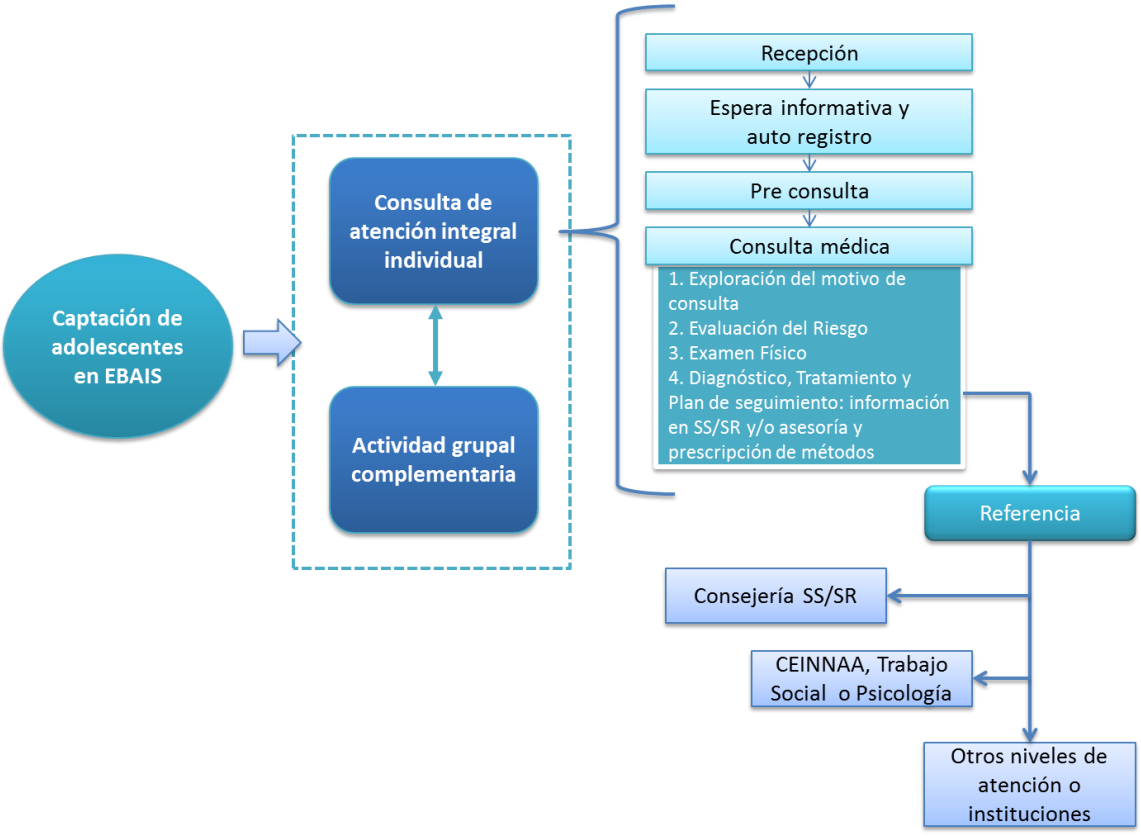
En el siguiente cuadro se resume las actividades de atención integral con énfasis en SS/SR para adolescentes antes indicadas.

Cuadro Resumen de Actividades de Atención

Componentes	Actividades y acciones	Responsable	Escenario
Atención integral con énfasis en SS/SR	a) Consulta de Atención Integral individual con énfasis en SS/SR a.1 Recepción de adolescentes a.2 Espera informativa a.3 Auto registro a.4 Pre consulta a.5 Consulta médica • Exploración de motivo de consulta • Evaluación del riesgo • Examen físico • Información en SS/SR • Asesoría en anticoncepción y protección sexual • Diagnóstico, tratamiento, prescripción de MAC y plan de seguimiento	Personal de vigilancia y REDES Auxiliar de enfermería Adolescente Auxiliar de enfermería Médico/a	Establecimiento de salud o espacio educativo o comunitario que reúna condiciones
	a) Actividad Grupal Complementaria	Funcionario/a de EBAIS asignado y capacitado, con el apoyo de Equipo de Apoyo y promotores adolescentes	Establecimiento de salud o espacio comunitario que reúna condiciones
	a) Consejería en SS/SR	Funcionaria/o de salud del Equipo de Apoyo asignado y capacitado	Establecimiento de salud

En el siguiente diagrama se sintetiza la ruta esperable para brindar la atención integral con énfasis en SS/SR a las y los adolescentes.

Diagrama 5. Ruta de atención de las personas adolescentes en los EBAIS



B. Actividades de atención a las necesidades específicas en SS/SR de las personas adolescentes

B.1 *ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS EN SU SALUD SEXUAL*

En la consulta se podrán detectar problemas de salud sexual que requieren pronta atención, por lo que es fundamental un buen diagnóstico inicial que permita dar el tratamiento adecuado. Existen problemas específicos del proceso de maduración física, otros vinculados a la actividad sexual, y problemas asociados a factores y comportamientos de riesgo.

A la persona adolescente se le debe explicar de manera comprensible el diagnóstico de su problema de salud, así como del tratamiento a seguir y alentar a hablar de sus dudas y temores. Se le invitará a acudir de nuevo si su situación no se resuelve.

Se enunciarán a continuación algunos problemas propios de la salud sexual, a fin de que sean tomados en cuenta en la atención de las personas adolescentes. Los procedimientos a seguir relacionados con el manejo clínico de estos hallazgos serán según protocolos institucionales.

I. Problemas en la función sexual

El siguiente cuadro presenta algunos problemas en la función sexual que producen gran preocupación en las y los adolescentes y que muchas veces están asociados a factores emocionales y culturales que obstaculizan el disfrute saludable de la sexualidad, produciendo inhibiciones y problemas serios en la autoconfianza y autoestima.

Problemas en la función sexual	
Diagnóstico	**¿Qué hacer?**
Factores emocionales o culturales Cuando los problemas psicosexuales son fruto de angustias, de la inexperiencia o de expectativas poco acordes a la realidad y se dan en adolescentes básicamente sanos/as.	Orientación sobre sexualidad para tranquilizarles y poder brindarles el espacio para conversar de algunos aspectos referidos al desarrollo psicosexual y la respuesta sexual humana, así como de estereotipos masculinos y femeninos sostenidos por la cultura.
Problemas relativos a la función sexual • Trastornos de la fase orgásmica: Como eyaculación precoz, eyaculación retardada o retardada parcial en el hombre, orgasmo femenino inhibido. • Trastornos de la fase de excitación: Como dificultad o ausencia de erección en el hombre, ambivalencia sobre el coito en la mujer. • Trastornos en la fase del deseo: Como pérdida del deseo. • Trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales: dolor eyaculatorio, vaginismo, dispareunia. • Dispareunia funcional: Como erección dolorosa en el hombre o dolor en la penetración en la mujer. • Fobia a las relaciones sexuales.	• Pueden implicar componentes psicológicos y emocionales, por lo que requieren intervención profesional específica. • Algunos se asocian con consumo de alcohol o drogas. • Otros se asocian a experiencias de violaciones o abuso sexual, las cuales deben ser exploradas adecuada y cuidadosamente. • Descartar factores de riesgo físico y genital.

II. Trastornos ginecológicos funcionales propios de la edad

El siguiente cuadro resume los padecimientos ginecológicos más frecuentes en mujeres adolescentes:

Patología	Definición	Etiología
Amenorrea Primaria	Es la ausencia de menstruación a la edad en que 95-98% de las adolescentes ya han tenido menarca (15 años). En ausencia de embarazo.	1. Causas hipotalámicas: secreción anormal GnRH secundaria alguna de las siguientes causas: pérdida de peso, ejercicio excesivo, enfermedades crónicas. 2. Defectos estructurales: Síndrome de Kallman, defecto congénito en secreción GnRH, irradiación, tumores. 3. Causas hipofisiarias: tumores, procesos infiltrativos, cirugías, sarcoidosis, deficiencia congénita secreción FSH y LH, adenomas. 4. Causas ováricas: falla ovárica precoz (secundaria a irradiación, quimioterapia, infecciones, enfermedades autoinmunes, galactosemia), disgenesia o agenesia ovárica (Síndrome de Turner). 5. Anomalías tracto de salida: agenesia o hipoplasia de útero o vagina, canalización anormal, duplicación de estructuras, septos o tabiques vaginales.
Amenorrea Secundaria	Es la ausencia de menstruación por 3 ciclos consecutivos si la adolescente tiene ciclos regulares, o 6 ciclos si no los tiene. En ausencia de embarazo.	1. Trastornos alimenticios (anorexia, bulimia), sobrepeso u obesidad. 2. Alteraciones hormonales (diabetes, obesidad, tuberculosis, trastornos tiroideos, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo) 3. Medicamentos (mal uso de métodos anticonceptivos, glucocorticoides). 4. Adicción a drogas ilegales.
Dismenorrea Primaria	Es el dolor que se produce durante la menstruación cuando no hay causa orgánica demostrable. Puede acompañarse de cefalea, tensión mamaria, náuseas, vómito y diarrea.	No están bien determinadas, pero están relacionadas a la acción de la prostaglandinas, isquemia de tejido uterino, hipersensibilidad en terminaciones nerviosas pélvicas.
Dismenorrea Secundaria	Es el dolor que se produce durante la menstruación, secundario a una causa orgánica demostrable. Puede acompañarse de dolor, cefalea, náusea, vómito y diarrea.	Inflamación pélvica, varices pélvicas, tumores, adenomiosis, endometriosis, pólipos, miomatosis, uso de DIU, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas.
Síndrome Pre menstrual (SPM)	Conjunto de síntomas emocionales y físicos que se presentan la semana previa al inicio de la menstruación y desaparecen al menstruar. Se presenta luego de 2 años de la menarquía.	Desconocidos, se relaciona con ciclos ovulatorios.

	Síntomas emocionales: depresión, irritabilidad, fatiga y apetito inusual. Síntomas físicos: edema, cefalea, tensión mamaria, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, dolor de piernas, náuseas, palpitaciones.	
Sangrado menstrual anormal *	Definición de ciclo menstrual normal: - 24 a 38 días entre un ciclo y el siguiente. - 5-80 ml sangrado. - Variación del ciclo durante 12 meses +/- 2-20 días. - Duración 4,5 a 8 días. **Sangrado menstrual anormal** es todo lo que se encuentre fuera de estos límites (ver anexo 3).	**1.ESTRUCTURALES:** **P**ólipo **A**denomiosis **L**eiomioma **M**alignidad ("Palm") **2.NO ESTRUCTURALES:** **I**nespecífica **D**isovulación (anovulación) **I**atrogénica **C**oagulopatía **E**ndometrial ("Índice")
Masas ováricas	Presencia de lesiones quísticas o sólidas en uno o ambos ovarios. Durante la adolescencia la gran mayoría son benignas, dependiendo del tamaño y contenido de las mismas el manejo es con medicamentos o quirúrgico.	1. **No neoplásicas** (64%): quiste folicular y quistes del cuerpo lúteo. 2. **Neoplásicas** (36%): Benignas y Malignas. Células germinales, estromales y epiteliales. Deberá referirse al ginecólogo toda lesión quística mayor a 6 cm y sólida mayor a 2 cm.

(*Basado en la nueva clasificación de Sangrado Uterino Anormal recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia – FIGO)

A las adolescentes mujeres sexualmente activas, se les debe realizar el examen ginecológico en la consulta cuando corresponda, y después de 3 años de inicio de actividad sexual hacer el papanicolau (PAP). Queda a criterio médico según los hallazgos del examen ginecológico la necesidad o no de tomar el PAP antes de estos tres años. Se debe enseñar y recomendar el auto examen de mama cada mes durante la semana posterior al fin de la menstruación.

III. Problemas de desarrollo genital y Salud Sexual en hombres

Problema de salud	Descripción	Causas posibles
Epididimitis/ Orquitis	Inflamación aguda del epidídimo y el o los testículos. Aumento de volumen testicular e inflamación del escroto.	Infección por gonococo, clamidia o ambas, traumas.
Hidrocele	Acumulación de fluido en el escroto y el cordón espermático. Masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.	Se debe a la no obliteración del proceso vaginalis que sigue al descenso de los testículos en el canal inguinal.
Varicocele	Varicoceles leves pueden pasar asintomáticos. Escroto aumentado de tamaño, más frecuente del lado izquierdo (90%). Generalmente no doloroso. En población adolescente puede ser encontrado hasta en un 15%.	Incompetencia de válvulas en venas testiculares, que permite el aumento de la presión hidrostática venosa, con el resultado de tortuosidad y distensión del plexo pampiniforme.
Criptorquidia	Falta de descenso en uno o los dos testículos, se diagnóstica generalmente antes de la adolescencia.	El porcentaje aumenta en niños prematuros. Hipogonadismo hipogonadotrófico.
Anorquía	Ausencia testicular.	Congénito o adquirido por un traumatismo, o por cirugía debido a torsión testicular.

Además de los problemas de salud antes indicados, están los tumores de testículo cuyo síntomas y signos son tumor sólido e indoloro en uno de los testículos. El diagnóstico final es por estudio de la biopsia, en el 85% de los casos se encuentra metástasis linfáticas regionales en el momento del diagnóstico.

Por ello, es muy importante examinar los testículos de los adolescentes y a su vez, enseñarles el auto examen para que identifiquen cualquier tumoración o cambio en ellos, en cuyo caso deben buscar atención médica lo antes posible.

IV. Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH

Con las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) el principal objetivo es la promoción, la prevención primaria, el diagnóstico clínico, el tratamiento oportuno y control, que pueden evitar las complicaciones que llegan a poner en peligro la vida de las personas adolescentes y su futuro reproductivo.

En caso de que se presente una ITS/VIH[16], es importante informar a la persona adolescente sobre el diagnóstico, el tratamiento a seguir y los exámenes que debe realizarse con los controles posteriores, sin olvidar programar la cita de seguimiento. Es determinante que la o el adolescente comprenda la importancia de finalizar el tratamiento prescrito y que reciba información orientada a disminuir las prácticas de riesgo.

Las ITS son de reporte obligatorio al Ministerio de Salud, por lo que el o la profesional en medicina debe llenar las boletas de vigilancia epidemiológica que se encuentran en cada centro de salud.

Además, ante la presencia de una persona adolescente con diagnóstico confirmado de VIH, se debe hacer la referencia a la Clínica de VIH correspondiente, a fin de que se realice la evaluación, así como el manejo clínico-terapéutico y el seguimiento respectivo. Si la persona adolescente está embarazada y tiene la prueba de ELISA positiva, se debe referir de inmediato a la Clínica de VIH correspondiente, aunque no se cuente aún con la confirmación del diagnóstico.

Se deben tener en cuenta las repercusiones emocionales de un diagnóstico de ITS, que pueden consistir en pérdida de la autoestima, sentimiento de humillación, depresión, intentos de suicidio, furia, ataques físicos, celos, negación, aislamiento. Por eso, se debe realizar consejería psicosocial, y referencia para apoyo psicoterapéutico cuando fuera necesario.

Es imprescindible asegurar la confidencialidad y estimular la presencia de una persona adulta de confianza que permita el acompañamiento y la contención para la o el adolescente.

Tamizaje de ITS en Adolescentes
• Se recomienda realizar screening de VIH a toda persona adolescente sexualmente activa una vez al año, y según resultados de la valoración y clasificación del riesgo realizado con el instrumento de evaluación del riesgo. • Para realizar esta prueba debe solicitarse consentimiento informado y registrar en el expediente que la persona aceptó realizarse este examen. Se debe resguardar la confidencialidad de la o el adolescente, tanto en la realización de la prueba como en los resultados de la misma. • Solicitar estudio de ITS a toda persona adolescente con datos clínicos sospechosos de ITS, o cuando el o la adolescente lo solicita. En caso de no tener capacidad instalada de laboratorio o respuesta oportuna del mismo, se realizará manejo sindrómico de ITS. • Desarrollar consejería pre y post test de VIH. • Solicitar estudios complementarios para Gonorrea, Sífilis, VIH, Herpes Virus, Chlamydia sp.

[16]Seguir los lineamientos del Manual de Procedimientos Técnicos para la Atención Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en personas jóvenes y adultas de la CCSS.

En cuanto a la realización de las pruebas, se debe solicitar el consentimiento informado de la persona adolescente y realizar una consejería que considere:

Criterios a abordar en la "Consejería antes de la prueba" (pre-examen)
▪ Conocer el motivo por el cual se solicita la prueba. ▪ Garantizar la confidencialidad de todo el proceso dialéctico. ▪ Explorar conocimientos con relación a la trasmisión y formas de prevención de las ITS y el VIH. ▪ Exploración y evaluación del perfil de riesgo: se investiga sobre la exposición de riesgo más reciente, con relación a sí mismo y a su pareja o parejas sexuales (creencias, mitos, relación sexual sin protección, uso de drogas, tatuajes, accidente laboral, violación sexual, entre otras). Se evalúa patrones de riesgo y se clasifica el riesgo, los cuales se identifican en conjunto con la persona. ▪ Explorar antecedentes de ansiedad y/o depresión. ▪ Se informará a la persona sobre los procedimientos de las pruebas de detección de ITS y VIH, y el significado de los resultados positivos o negativos considerando su patrón y criterio de riesgo, y se promueve a realizarse la o las pruebas. ▪ Preguntar si se ha realizado pruebas del VIH e ITS anteriormente y explorar razones y resultados de las o las pruebas realizadas. ▪ Explorar la reacción ante un posible resultado positivo o negativo del VIH. ▪ Elaborar conjuntamente un plan de reducción del riesgo acorde a su perfil y criterio de riesgo. ▪ Comunicar día y lugar de la entrega del resultado. ▪ Entregar material educativo y condones.

Fuente: CCSS (s.f.) Consejería breve para la promoción y asesoría de la prueba del VIH e ITS. Guía para personal de salud.

B.2 ATENCIÓN A ADOLESCENTES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO

Se detallan a continuación las actividades que los EBAIS, los Equipos de Apoyo y los Equipos de Salud del Segundo Nivel de Atención, deben desarrollar para brindar una atención continua y diferenciada durante el proceso de gestación y el parto, para ofrecer apoyo y acompañamiento tanto a la maternidad y la paternidad de las personas adolescentes, como al crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas[17]. Todas las actividades deberán tomar en cuenta el ambiente comunitario donde vive cada de cada adolescente y su familia para garantizar servicios de salud adecuados y pertinentes.

Esto debe realizarse con todas las personas adolescentes durante el proceso de gestación, parto y posparto.

La adolescente embarazada debe ser captada en el primer trimestre de gestación, y puede ser detectada en los siguientes espacios:

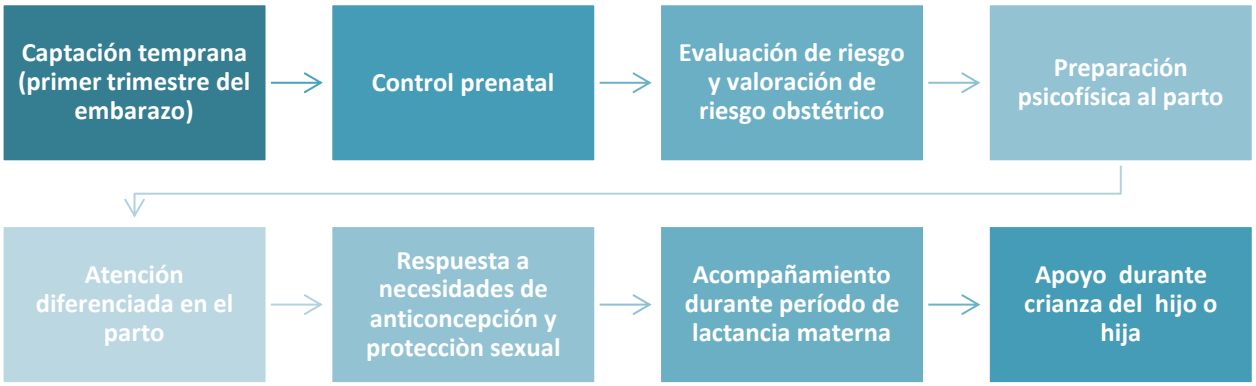
- En la escuela, colegio, en su hogar o en la comunidad, de acuerdo a las rutas identificadas de detección.

- En los servicios de salud, ya sea porque consulta por morbilidad, busca la consulta de atención integral para adolescentes, o debido a que conoce su estado de gestación y busca directamente la atención prenatal.

La adolescente iniciará entonces su control prenatal y el equipo de salud propiciará el involucramiento y adecuado acompañamiento por parte de su pareja, en caso de tenerla, y/o su familia durante todo el proceso de gestación, parto y postparto.

17 Para esto, deben seguirse los lineamientos institucionales establecidos en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto, y en el Manual de Atención Integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia.

La ruta de atención de las personas adolescentes en estos servicios es la siguiente:



I. Atención del embarazo

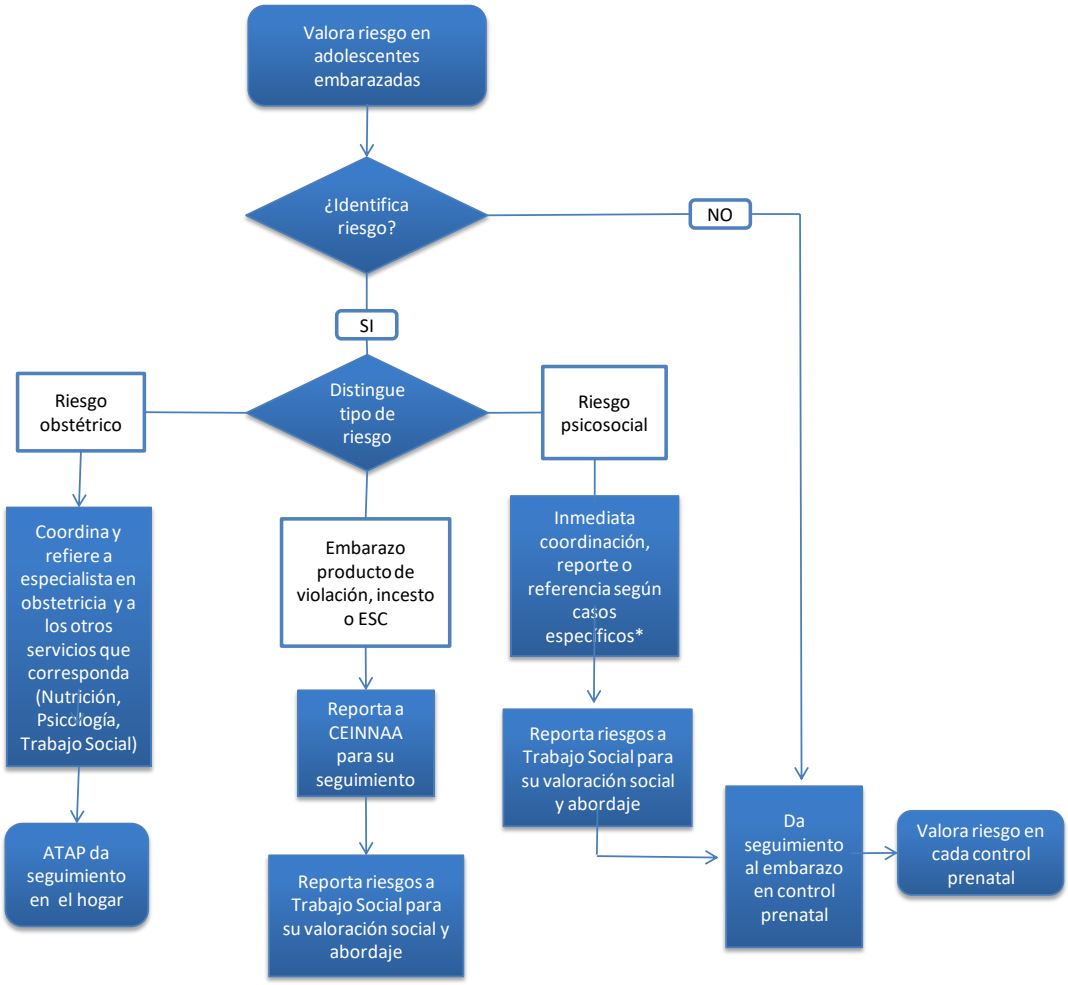
a. Valoración del riesgo

En el primer control prenatal se realizará la evaluación de riesgo, según los procedimientos establecidos en el apartado de atención integral con énfasis en SS/SR de las personas adolescentes, así como la valoración del riesgo obstétrico.

Se procederá según lo establecido en los flujogramas 1 y 2, además de valorar los riesgos específicos para adolescentes embarazadas.

El flujograma 4se presenta las acciones a seguir a partir de la valoración del riesgo en adolescentes embarazadas:

Flujograma 4. Acciones a seguir ante valoración de riesgo en adolescentes embarazadas, por médica/o del EBAIS



*Si hay exclusión del sistema educativo por embarazo: Inmediata coordinación y reporte al centro educativo.
*Si hay condición de pobreza: Inmediata coordinación y referencia a CEN-CINAI.
*Si hay riesgo en salud mental: Inmediata referencia a Psicología.

A continuación se presentan los criterios de riesgo obstétrico a tomar en cuenta durante la valoración inicial de la adolescente embarazada.

La presencia de alguna de estas condiciones implica que estamos frente a una persona con un embarazo de alto riesgo perinatal. Se debe señalar que las investigaciones recientes en este tema evidencian que el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto es significativamente mayor en estas adolescentes si se compara con la población general.

Criterios para valoración de riesgo obstétrico en adolescentes	
Embarazo en adolescente menor de 17 años 11 meses y 29 días con algún factor de riesgo psicosocial agregado:	▪ Familias disfuncional o ausente. ▪ Consumo o antecedente de consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales. ▪ Baja escolaridad o deserción escolar. ▪ Condición social y/o económica desfavorable (incluida violencia intrafamiliar). ▪ Trastorno psiquiátrico o depresión. ▪ Embarazo a causa de violación o abuso sexual. ▪ Intento de aborto. ▪ Embarazo no deseado. ▪ Embarazo en adolescente menor de 17 años 11 meses y 29 días con trastornos alimentarios: peso menor a 45 kg o IMC bajo o en sobrepeso, estado nutricional deficiente. ▪ Aumento insuficiente de peso de acuerdo a edad gestacional.
Embarazo en adolescente menor de 17 años 11 meses y 29 días con factor de riesgo biológico agregado:	▪ Toda adolescente embarazada menor de 15 años. ▪ Talla menor a 1.50 cm. ▪ Diagnostico o sospecha de malformación congénita. ▪ Embarazo múltiple. ▪ Sospecha de crecimiento fetal anormal (macrosomía o restricción del crecimiento). ▪ Infecciones del tracto urinario a repetición. ▪ Anemia. ▪ Amenaza de aborto o amenaza de parto inmaduro o pre termino.
Patología médica agregada	▪ Diabetes. ▪ Hipertensión. ▪ Inmunosupresión. ▪ Epilépticas. ▪ Insuficiencias cardiacas (entre otros y según valoración y criterio médico).

Fuente: Clínica de Adolescentes, Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Calderón Guardia.

Todas las adolescentes con alguna de las condiciones médicas y psicosociales mencionadas anteriormente deberán referirse para llevar su control prenatal con un médico(a) ginecoobstetra, así como referirse a los otros servicios que requiera, como nutrición, trabajo social o psicología.

En cada cita se valorarán los cambios ocurridos en relación a las condiciones de riesgo identificadas previamente. Así, cada cita de control prenatal permitirá evaluar las condiciones biopsicosociales que pueden condicionar alguna situación de vulnerabilidad en la adolescente o el adolescente padre. Además, se buscará articular acciones con diversos profesionales (psicología, trabajo social y nutrición) e instituciones desde la lógica de garantía de derechos en salud, educación y protección integral, así como acceso a recursos de apoyo.

- ✓ Es fundamental valorar si la adolescente embarazada o el adolescente padre se encuentran asistiendo a un centro educativo, o no. De no asistir, debe valorarse qué opciones educativas existen en la comunidad que les permitan continuar sus estudios.
- ✓ En caso de que la adolescente se encuentre en condición de pobreza, será derivada al CEN-CINAI más cercano.
- ✓ Las situaciones que ameriten alguna medida de protección, se reportarán y coordinarán con el PANI y con las instancias como el CEINNAA.

Durante el embarazo, las adolescentes y su pareja o familiar recibirán procesos educativos que les apoyen en el ajuste a la situación del embarazo, les preparen para el parto y para asumir el rol de maternidad y paternidad.

Dar una **atención oportuna** implica no solo brindar atención en el momento requerido, también es necesario optimizar la detección temprana y continua de riesgos, a la probable sucesión de otros, que pudieran enfrentar las personas adolescentes embarazadas, madres y padres, dependiendo de sus condiciones de vida.

b. Curso de preparación psicofísica al parto (PPP)

Se organizará un curso de PPP diferenciado para personas adolescentes, facilitado por la enfermera obstetra o personal capacitado, tomando en cuenta lo siguiente:

▪ Las **adolescentes menores de 15 años** deben recibir el curso de PPP en forma diferenciada y exclusiva, ya sea de manera grupal o individualmente en sus controles mensuales de salud.
▪ Las **adolescentes de 15 a 19 años** también participarán en un curso diferenciado o asistirán al menos a 3 sesiones exclusivas para su grupo de edad.
✓ *Para esto el o la funcionaria debe realizar la respectiva referencia al curso, la cual debe quedar registrada en el expediente.*

El objetivo de este curso es ajustar la metodología y los contenidos educativos a las características y necesidades de este grupo poblacional, así como promover el intercambio de experiencias y estrategias de auto cuidado entre las adolescentes y sus acompañantes o familiares. Lo anterior favorecerá el establecimiento de vínculos de apoyo entre las adolescentes a lo largo del embarazo y posterior al parto.

Todas las adolescentes podrán participar en el curso de PPP sin distingo de su edad, escolaridad, etnia o pertenencia a grupos religiosos. Además se deben tomar en cuenta valores y costumbres de cada grupo étnico, procurando ajustar los contenidos del curso a ello.

Igualmente la participación de los hombres en el grupo de los adolescentes padres permite incorporarlos en el proceso de embarazo, parto y post parto de una manera más activa.

Se recomienda, de acuerdo a los lineamientos con que cuenta la institución, que se traten los siguientes aspectos:

1.	Reproducción humana
2.	Maternidad y paternidad responsables
3.	Nutrición y embarazo
4.	Signos de alarma durante el embarazo
5.	Mitos y temores sobre embarazo y parto
6.	Estimulación temprana
7.	El parto
8.	Cuidados del posparto y del recién nacido/a
9.	Ejercicio y embarazo
10.	Anticoncepción y protección sexual
11.	Conociendo el hospital (visita guiada al hospital donde tendrán su parto)
12.	Ablactación
13.	Evaluación y graduación
Desde el punto de vista de psicología se recomienda enfatizar durante el curso los siguientes temas:	
1.	Mis emociones: temores asociados a la maternidad y paternidad
2.	Autoestima y relaciones de pareja saludables

II. Atención en el parto

Es necesario que la atención al parto se ajuste a las características de las personas adolescentes y a las particularidades de los grupos culturales que integran esta población. Un abordaje desde el enfoque de derechos requiere el consentimiento informado, y el respeto a la privacidad. También desde el enfoque de interculturalidad se debe garantizar un acercamiento a los valores y costumbres propios de cada cultura, lo que implica que el personal de salud establezca un diálogo respetuoso y procure, dentro de lo posible y saludable, adecuar la atención a las necesidades particulares de cada adolescente según su grupo de pertenencia.

a. Ingreso al hospital

En el ingreso al hospital, el personal de salud procurará orientar a la adolescente y su acompañante sobre el proceso y los procedimientos que se le aplicarán a lo largo de su estadía en el servicio de maternidad. Igualmente debe brindar una atención cálida y amigable, ofreciendo apoyo, empatía y confianza para minimizar sus temores y ansiedad.

La asistencia previa al curso de PPP será un elemento que favorezca la comprensión y manejo del parto por parte de la adolescente y su acompañante, de ahí la relevancia de que desde los EBAIS se promueva la asistencia de las y los adolescentes al curso.

b. Labor de parto y el parto

Durante la labor de parto, y el parto mismo, deberá garantizarse a la adolescente el acompañamiento por parte de la persona que ella considere de su confianza, para que pueda contar con apoyo y contención. Es muy importante informarla sobre su proceso y reducir la ansiedad ante lo incierto del evento.

Se debe estimular a la adolescente a declarar el nombre del padre de su bebé, tal como la faculta la Ley de Paternidad Responsable. Esto contribuirá a garantizar los derechos y el bienestar de su bebé, y a que exista corresponsabilidad frente a la crianza, la maternidad y paternidad.

También las acciones de evaluar riesgos y dar seguimiento a su evolución, requieren una estrecha coordinación entre Trabajo Social en las Áreas de Salud y los servicios de Trabajo Social a nivel hospitalario, ya que por normativa, el egreso del servicio de maternidad está condicionado a la valoración de trabajo social.

Es importante recordar que la maternidad adolescente es una condición que puede estar rodeada de situaciones psicosociales adversas que deben valorarse para apoyarlos de manera efectiva.

III. Atención después del parto

Será fundamental garantizar el seguimiento de la adolescente posterior al parto, procurando un adecuado acompañamiento y respuesta a sus nuevas necesidades, entre ellas la prevención de un nuevo embarazo o su postergación.

El personal médico y de enfermería obstétrica del hospital o maternidad, debe prescribir y/o colocar método de anticoncepción y de protección sexual a las adolescentes post evento obstétrico, antes del egreso hospitalario, con el debido consentimiento informado de la adolescente. En caso de que esto no sea posible en ese momento, se debe coordinar de manera efectiva con el primer nivel de atención para la respectiva prescripción y/o colocación del método en la primera consulta postparto.

Se debe registrar en el expediente la realización de la consulta posparto a la persona adolescente.

Por esta razón, se debe programar la atención y seguimiento de las adolescentes que egresaron del hospital. El personal de salud debe constituirse en parte de la red de apoyo que dé soporte a las y los adolescentes en el proceso de asumir la maternidad o paternidad. Este apoyo se brindará a través de diversos encuentros como son: la **consulta de posparto** y el **tamizaje del recién nacido**, que pueden hacerse de manera conjunta y coordinada.

Esta consulta debe efectuarse antes de los ocho días posparto, por profesionales en medicina o enfermería.

Aspectos a evaluar en la consulta posparto para adolescentes:
▪ Examen físico con énfasis en mamas, involución uterina, valoración herida (quirúrgica post cesárea o episorrafia post parto vaginal).
▪ Apego materno con el o la bebé.
▪ Datos que hagan sospechar depresión posparto.
▪ Cambios en el peso (evaluar que exista una adecuada ingesta de nutrientes).
▪ Valoración de lactancia materna (se recomienda que la adolescente dé lactancia durante la cita para valorar su técnica y succión del o la bebé).
▪ Protección sexual y Anticoncepción (priorizar los métodos anticonceptivos a largo plazo recomendados para adolescentes).
▪ Valorar condición socioeconómica de la familia (enfatizar la condición de los cuidados al recién nacido/a en lo referente a higiene, lactancia materna, etc.).
▪ Valorar relación con la pareja, así como las relaciones familiares y el contexto laboral o educativo, según corresponda.

Los espacios de asistencia a citas en el EBAIS son oportunidades para valorar las dificultades que enfrentan con el rol materno/paterno, los ajustes en sus vidas y planes de incorporación o seguimiento de los estudios, así como necesidades de apoyo en el cuidado de sus bebés.

Se estimulará a la adolescente y su familia a que mantenga contacto los primeros días posparto con el hospital de referencia a través de la **Clínica de Lactancia Materna**, y en lo posible ofrecer la consejería y apoyo a la lactancia materna exclusiva. En los días siguientes le corresponde al EBAIS continuar con el apoyo al proceso de lactancia materna, pues es esta instancia la que tiene facilidad para el seguimiento y apoyo a la adolescente, su bebé y familia.

Durante el primer mes posparto debe ofrecerse asesoría sobre las diversas técnicas de lactancia materna exclusiva, labor que puede realizar la auxiliar de enfermería en el centro de salud y/o el ATAP en la comunidad. De ser posible, se brindará este servicio preferiblemente en grupo. Esto permite fomentar el fortalecimiento y apoyo mutuo entre adolescentes, que propicien la construcción de vínculos y redes de solidaridad y acompañamiento fuera de los establecimientos de salud.

En las **consultas de crecimiento y desarrollo de sus hijas e hijos**, las y los adolescentes deberán recibir herramientas para los cuidados básicos del recién nacido y estimulación temprana; lo que instrumentará positivamente

a esta población y facilitará su bienestar y la salud de sus hijos e hijas, cumpliendo con lo establecido en la normativa institucional[18] sobre este tema.

Cuadro Resumen de Actividades de Atención

Componentes	Actividades y acciones	Responsable	Escenario
Atención a necesidades específicas en SS/SR	a) Atención a trastornos de salud sexual a.1 Diagnóstico a.2 Tratamiento a.3 Plan de seguimiento	Médico/a Profesionales de salud según el caso	Establecimiento de Salud
	a) Atención del embarazo b.1 Captación temprana b.2 Control prenatal b.3 Curso de preparación psicofísica al parto	EBAIS con apoyo de promotores juveniles y otras instituciones Médico/a Enfermera/o Obstetra Enfermera	Establecimiento de salud, centros educativos, hogares y comunidad Establecimiento de salud, Establecimiento de salud o local comunitario
	a) Atención diferenciado del parto	Auxiliar de enfermería Asistente de Paciente Enfermera/o Obstetra Médico/a	Hospital de referencia
	a) Atención del posparto d.1 Control del puerperio d.2 Asesoría en anticoncepción y protección sexual d.3 Apoyo y acompañamiento en la lactancia materna	Médico/a Enfermera/o Obstetra Equipo de Clínica de Lactancia Materna y/o EBAIS	Establecimiento de salud Establecimiento de salud Hospital de referencia Establecimiento de salud

[18] Lineamientos para el control del niño sano, Primer Nivel de Atención, CCSS.

10.3 Actividades para el seguimiento de las personas adolescentes en riesgo

El seguimiento de las personas adolescentes en condiciones de riesgo implica las siguientes tareas que se describen a continuación:

A. Elaboración del plan de intervención y seguimiento:

El personal de salud, una vez evaluado e identificado el riesgo de la persona adolescente, realiza la valoración respecto a si la situación de riesgo puede ser abordada desde el EBAIS, o si debe realizar referencias a otros niveles de atención o a otras instituciones.

En ambos casos, se debe elaborar y acordar con la persona adolescente un plan de intervención y seguimiento, lo que incluye la definición de acciones complementarias en salud, la orientación respecto a los recursos de apoyo dentro y fuera de la institución, y la realización de las referencias correspondientes. Igualmente implica el registro del tipo de riesgo y de las acciones a seguir, con el objetivo de que queden en el expediente y se facilite el respectivo seguimiento.

Es fundamental asegurar la adecuada referencia y contrareferencia a fin de dar un efectivo seguimiento y monitoreo a los casos de mayor riesgo. Para esto, se deben seguir las siguientes indicaciones:

- En cuanto a las referencias a otro nivel de atención, se debe asegurar un sistema de referencia y contrareferencia entre niveles efectivo para la atención integral. En el caso de adolescentes en mayor riesgo, se debe establecer coordinación entre el o la profesional del EBAIS que realiza la referencia y el Equipo interdisciplinario de apoyo a cargo de la atención respectiva, a fin de asegurar el seguimiento de la persona adolescente. Una vez realizada la atención, la instancia de referencia debe realizar una contrareferencia al EBAIS indicando el resultado del proceso de intervención.

- Para las referencias que se realizan a otras instituciones, se sugiere utilizar la boleta de referencia y contrareferencia interinstitucional para personas adolescentes de la red interinstitucional del Proyecto, así como reportar al encargado de la CCSS en la UCL la realización de dichas referencias, a fin de asegurar la atención oportuna y retomar el seguimiento del caso.

En el caso de adolescentes embarazadas, tal como se indicara en el apartado anterior, dado que Trabajo Social tiene una función importante en la valoración de riesgo psicosocial de adolescentes embarazadas y madres, es fundamental la coordinación entre niveles. Se debe garantizar que la adolescente que ingresa a los servicios de maternidad del hospital de referencia, ya cuenta con una valoración de riesgo que facilitará su adecuada atención en caso de riesgo obstétrico, y en otros casos de riesgo psicosocial ya debe existir la coordinación previa entre Trabajo Social del Equipo de Apoyo de las Áreas y el servicio de Trabajo Social a nivel hospitalario. Esto garantizará una adecuada atención a las adolescentes identificadas con situaciones especiales que ameriten un apoyo especial o protección.

B. Seguimiento de intervenciones de la atención integral con énfasis en SS/SR de las personas adolescentes:

- Con respecto a la Actividad grupal complementaria:

Forma parte de las obligaciones del equipo de salud dar seguimiento a las personas adolescentes que no han completado el paquete de atención básica, ya sea porque solo han asistido a la consulta de atención individual y no a la actividad grupal, o viceversa.

Se deben generar los mecanismos que aseguren que todas las personas adolescentes cumplirán con ambas actividades, idealmente en el menor tiempo posible transcurrido entre una y otra, con la finalidad de evitar interrupciones en el proceso que puedan generar deserción de las y los adolescentes. Es imprescindible que el personal de salud se asegure que toda persona adolescente participe de ambas actividades para considerar que recibió la atención integral completa.

Las personas adolescentes que ya recibieron la consulta de atención integral deben ser referidas a la actividad grupal complementaria, recibiendo al finalizar la consulta la información sobre la fecha, hora y lugar de realización de la actividad en la cual les corresponde participar. No se debe dejar que ninguna persona adolescente, luego de la consulta, abandone el centro de salud sin haber sido citada a la actividad grupal.

- Con respecto a la Consejería en SS/SR:

Se debe asegurar la coordinación entre el o la profesional del EBAIS que realiza la referencia a la Consejería y el o la profesional del Área de Salud a cargo de la misma, a fin de asegurar el seguimiento de la persona adolescente.

Una vez realizada la atención, se debe realizar una contrareferencia al EBAIS indicando el resultado del proceso de la intervención.

Si la o el adolescente no asiste a la consejería, esto debe comunicarse inmediatamente al EBAIS para que desde allí se le contacte, ya sea vía telefónica o por visita al hogar, con la finalidad de procurar la continuidad de la atención.

C. Registro para el seguimiento

Tal como se establece en la Norma Nacional, los EBAIS deberán generar información de calidad, actualizada y accesible sobre la atención brindada a las personas adolescentes, por lo que deben disponer de un registro de las atenciones realizadas en las cuales se consignen las actividades en las que han participado las y los adolescentes, que permita realizar el seguimiento de los casos.

Cada EBAIS tiene la obligación de llegar un mecanismo de registro que asegure que todas las atenciones quedan debidamente consignadas y de manera nominal, y con una modalidad de registro que asegure que se podrán identificar correctamente todas las intervenciones por las que pase cada persona adolescente.

Para esto, el personal de salud deberá registrar el diagnóstico clínico respectivo, el riesgo según la evaluación realizada, así como las intervenciones realizadas y referencias a otros niveles o instituciones, de manera que se posibilite el seguimiento y evolución de los riesgos de cada persona adolescente, y que favorezca la evaluación de las intervenciones desarrolladas. Además el instrumento de evaluación del riesgo forma parte del registro que se debe incluir *obligatoriamente* en el expediente de salud de cada persona adolescente.

También los EBAIS deben garantizar que exista un sistema de registro nominal de la participación de las personas adolescentes en la actividad grupal complementaria y la fecha de su participación, lo cual es de vital importancia a fin de que se pueda comprobar el cumplimiento de que la persona adolescente ha recibido la atención integral completa.

Igualmente, los EBAIS deben asegurar que exista un sistema de registro sobres las referencias y atenciones brindadas en la Consejería en SS/SR, anotándose en el expediente de cada adolescente las fechas de asistencia a las tres sesiones de consejería. Dichos registros podrán ser solicitados con fines de monitoreo, supervisión, auditoría y evaluación.

Se sugiere además elaborar un fichero o cualquier otra alternativa según el sistema de información y registro del que se disponga, con la información de las y los adolescentes identificados con algún riesgo y que fueron citados a una nueva consulta, a Consejería en SS/SR, se les refirió a otro servicio o nivel de atención, o a otra institución de la red.

En la ficha se consignará el nombre de la o el adolescente y el posible riesgo identificado, para luego desarrollar las actividades de seguimiento y monitoreo respectivas. En caso de que la o el adolescente haya faltado a su cita, se valorará si es necesario programar una visita al hogar por parte del ATAP, o si será suficiente contactarlo/a por vía telefónica con la finalidad de que la persona adolescente regrese a recibir la atención requerida. El objetivo de esto es procurar en todo caso la continuidad de la atención.

Es importante que en el registro de la atención se asegure siempre la **confidencialidad** de los datos de las personas adolescentes.

D. Coordinación para el seguimiento interinstitucional

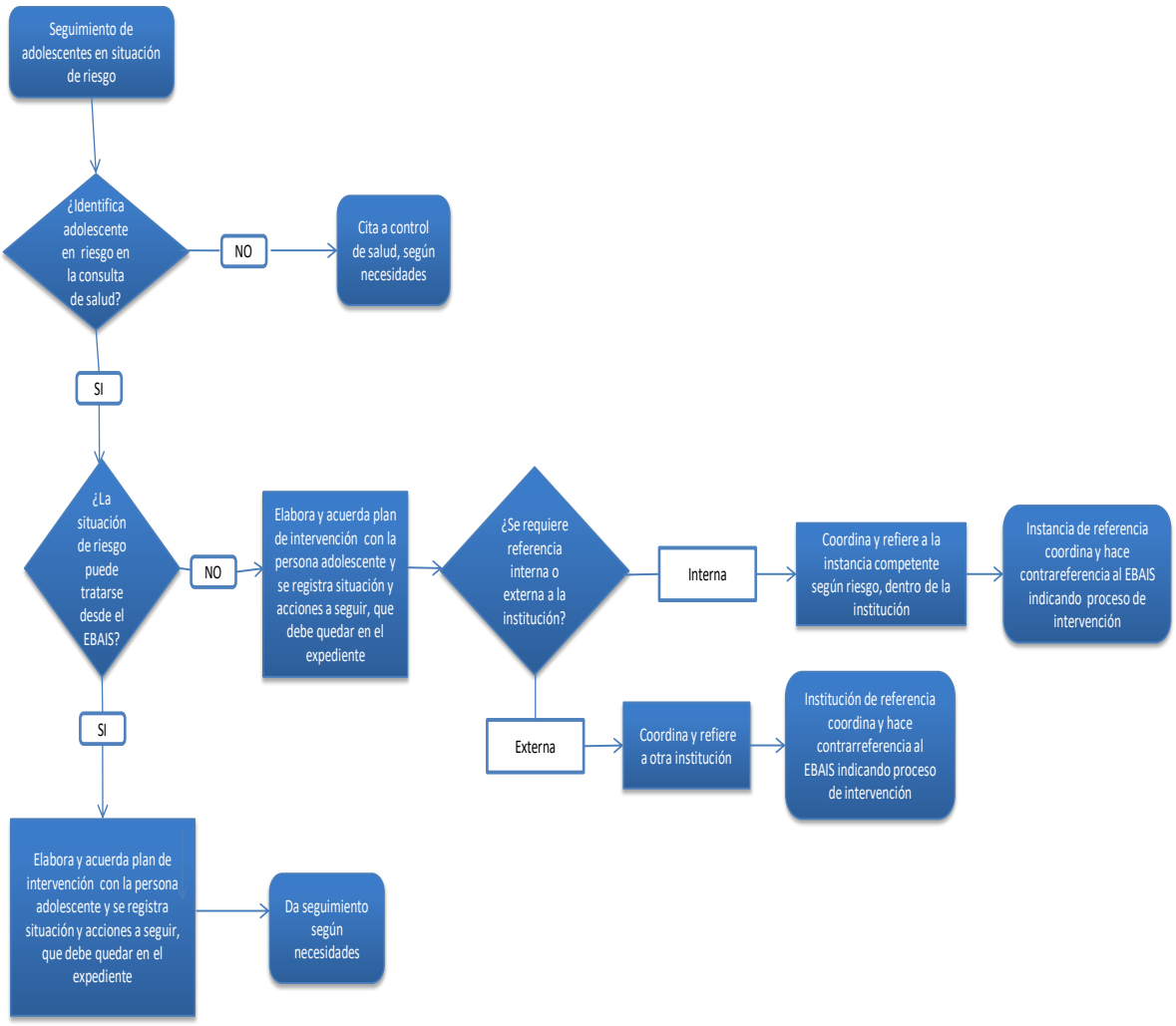
La UCL es la instancia articuladora de la atención intersectorial, de ahí que su tarea es fundamental para garantizar las respuestas oportunas a las situaciones de riesgo social identificadas para asegurar la protección y bienestar de las personas adolescentes.

Los EBAIS deben colaborar con las tareas de seguimiento que se encuentren a cargo de la UCL, facilitando la información requerida, realizando los registros necesarios y llevando a cabo los procesos solicitados que permita complementar esfuerzos para lograr respuestas integrales a los casos de mayor riesgo.

Esto implica, entre otras cosas, contar con los registros y generar reportes trimestrales de estadísticas sobre las intervenciones con adolescentes que serán remitidos a las UCL, según los sistemas de información con los que se cuenten.

En el flujograma 5 se indica el flujo de acciones a seguir para garantizar el seguimiento deseado.

Flujograma 5. Seguimiento de adolescentes en situación de riesgo



11. Referencias Bibliográficas

Advisory Committee on Immunization Practices. (2011). Immunization schedules for persons age birth through 18 years. Recuperado de http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html

American Academy of Pediatrics (1991). Guidelines for the evaluation of sexual abuse in Children. *Pediatrics, 87*(2), 254-260.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying theory of behavior Change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. Stanford University

Bianculli. C. (1999). Crecimiento y desarrollo físico del adolescente.

Blakemore, S., Burnett, S. & Dahl, R. (2010). The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. *Human Brain Mapping, 31*(6) 926-933.

CCSS (2012) Marco Filosófico Conceptual (Inédito). San José, Costa Rica.

Charalambopoulos, R. Rolla, D. & Rodríguez, P. (2003). Edad a partir de la cual las adolescentes podrían emplear anticonceptivos hormonales sin riesgos para su estructura ósea. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 22*(4), 151-162. Argentina.

Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2009). Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2021. Costa Rica.

Cundy, T., Evans, M., Roberts, H., Wattie, D., Ames, R. & Reid, I. (1991). Bone density in women receiving depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *BMJ, 303*(6793), 13-16. Nueva Zelanda.

Dehne, K. & Riedner, G. (2005). *Sexually Transmitted Infections among adolescents. The need for adequate health services.* Alemania : OMS.

Dulanto, E. (2000) *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría A.C.; México: Editorial MacGraw-Hill Interamericana.

Elser, A.B. & Levenberg, P. (1997). Integrating comprehensive adolescent preventive services into routine medicine care: rationale and approaches. *Pediatric Clinics of North America*, *44*, 1365-1377.

Elser, AB. & Kuznets NJ (1994). *GAPS: Guidelines for Adolescent Prevention Services: Recommendations and Rationale*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Fischhoff, B., Nightingale, E. & Iannota, J. (2001). *Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement. Board on Children, Youth, and Families*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Forbes, E. et al. (2010). Health Adolescents Neural Response to Reward: associations with puberty, positive affect, and depressive symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(2), 162-172: National Institutes of Health.

Gracia, D., Jarabo, Y., Martín, N. & Ríos, J. (2000). Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina Clínica*, *117,* 179-190. Barcelona, España.

Goldenring, J. & Cohen, E. (1988). Getting into adolescents heads. *Contemporary Pediatrics*, *5*, 75-90.

Goldenring, JM. & Rosen DS. (2004). Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemporary Pediatrics, 21*, 64.

Green, M. (Ed). (1994). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of infants, children, and adolescents*. Arlington, Virginia: National Center for Education in Maternal and Child Health.

Hofmann, A.D. & Greydanus D.E. (Eds). (1997). *Adolescent Medicine*. 3rd. Ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Johnson, S., Blum, R. & Giedd, J. (2009). Adolescent Maturity and the Brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal Adolescent Health*, *45*(3), 216-221: National Institutes of Health.

Kaunitz, A. (2000). Inyectable contraception: New and existing options. *Obstetric Gynecologic Clinic North America, 27,* 741-80.

Levenberg, P.B. & Elster, A.B. (1995). *Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS).* Clinical Evaluation and Management Handbook. Chicago: American Medical Association.

Mc Anarney, E.R., Kriepe, R.E., Orr, D.P. et al. (1992). *Textbook of Adolescent Medicine.* Philadelphia: W.B. Sounders Company.

Ministerio de Salud. (2011). *Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018*. San José, Costa Rica: MS-OPS.

Ministerio de Salud de Chile (2009). *Orientaciones Técnicas: Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental.* Chile.

Montero, A. & González, E. (2010). Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 75*(4), 272-277.

Molina R, et al. (2003). Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile: Editorial Mediterráneo.

Nappi, C., Sardo, C., Grecco, E., Tomaselli, G.A., Giordano, E. & Guida, M. (2005). Effects of an oral contraceptive containing drospirenona on bone turn and bone mineral density. *Obstetric & Gynecologic, 105*(1), 53-60.

National Institutes of Health & National Heart Lung, and Blood Institute. (2005). *The fourth report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. EUA: Department of Health and Human Services.

Neinstein, L.S. (1996). *Adolescent Health Care. A Practical Guide* (3ed). Baltimore: Williams & Wilkins.

Nelson, W. (1996). *Textbook of Pediatrics* (15ed). Philadelphia: W.B. Sounders Co.

Okasha, A., Lotaif, F. & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica., 63*(5), 409-15.

OMS., OPS. & UNFPA. (2000) *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. OPS/UNFPA N°2.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health*. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January, 2002. Ginebra: OMS

Paiva, L., Pinto-Neto, A. & Faundes, A. (1998). Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception, 58*,351-5.

Petitti, D., Piaggio, G., Metha, S., Cravioto, M. & Meirik, O. (2000). Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population for the WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetic & Gynecologic, 95*, 736-44.

Polatti, F., Preotti, F., Filippa, N., Gallina, D. & Nappi, R.E. (1995). Bone mass and long term monophasic oral contraceptives treatment in young women. *Contraception, 51*, 221-224.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company..

Prochaska, J.O., Redding, C. & Evers, K. (2009). The Transtheoretical Model and stages of change. In K. Glanz, F.M. Lewis and B.K. Rimer. (Eds). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (4Ed). Jossey-Bass Publications, Inc. ISBN: 0-7879-9614-9, 978-0-7879-9614-7.

Register, T., Jayo, M. & Jerome, C. (1997). Oral contraceptive treatment inhibits the normal acquisition of bone mineral in skeletally immature young adult female monkeys. *Osteoporosis International, 7*, 348-53.

Romer, D. (2010). Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: implications for prevention. *Development Psychobiology, 52*(3), 263-276: National Institutes of Health

Ryan, P., Singh, S. & Guillebaud, J. (2002). Depot medroxyprogesterone and bone mineral density. *The journal of family planning and reproductive health care, 28,* 12-15.

Scholes, D., LaCroix, A., Ichikawa, E., Barlow, W. & Ott, S. (2002). Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology, 13*, 581-587.

Schwingl, P., Visness, C., Weber, T. et al. (1999). *Does depot-medroxyprogesterone acetate reduce bone mineral density in adolescent users? Results of a pilot study Abstract presented at the North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology.* New Orleans, USA.

Shutt-Aine, J. & Maddaleno, M. (2003) *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*.Washington, D.C: OPS.

Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. & Suarez Ojeda, E.N. (Eds.). (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia.* Wachington, EUA: Organización Panamericana de la Salud.

Simini, F., Franco, S., Pasqualini, D. & Lammers C. (2000). *Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva*. Montevideo, Uruguay: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS.

Sociedad Argentina de Pediatría (1990). *Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento.* Buenos Aires, Argentina: Secretaría de Publicaciones y Biblioteca (SAP).

Steinberger, J., Aaron, S. & Kelly, PhD. (2008). Challenges of Existing Pediatric Dyslipidemia Guidelines; Call for Reappraisal. *Circulation*; *117*, 9-10: American Heart Association. Recuperado de http://circ.ahajournals.org/content/117/1/9.full.pdf+html

Strasburger, V.C. & Brown, R.T. (1998). *Adolescent Medicine. A Practical Guide* (2Ed). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Tang, O., Tang, G., Yip, P., Li, B. & Fan, S. (1999) Long-term depotmedroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception, 59*, 25-29.

The Royal Australasian College of Physicians. (2008). *Routine Adolescent Psychosocial Health Assessment-Position Statement*. Australia. Recuperado de: file:///C:/Users/Laura%20Delgado/Downloads/Routine_Psychosocial.pdf

Theintz, G., Buchs, B., Rizzoli, R., Solsman, D., Clavien, H., Sizonenko, PC. & Bonjour, JP. (1992). Longitudinal monitoring of bone mass accumulation in healthy adolescents: Evidence for a marked reduction after 16 years of age at the level of lumbar spine and femoral neck in female subjects. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 75,* 1060-1065.

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

White, A. (2009). Understanding adolescent brain development and its implications for the clinician. *Adolescent Medicine, 20,* 73-90.

WHO. (2002). Adolescent Friendly Health Services, An agenda for change. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html

WHO. Recommendations on maternal, newborn, child and adolescent health. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/index.html

WHO. (2011). Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

ANEXO N° 1
Ficha de Registro de Consulta en Salud y evaluación de riesgos

Fecha: _____ Centro de Salud: _____

FICHA AUTOAPLICADA POR LA PERSONA ADOLESCENTE

Completa con letra clara la información solicitada y marca con una X el espacio correspondiente

SECCIÓN 1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos		Fecha Nacimiento			Edad	Sexo	
N° Documento de Identidad		Día	Mes	Año		F	
						M	

Dirección:

Dirección de un/a familiar:

TelCelular: Tel Casa: Otro: | Correo electrónico:

Tu estado Civil

Soltero/a ☐
Unido/a ☐
Casado/a ☐
Otro: ☐
_____

Asistís a la consulta:

Solo/a ☐ Con padre/madre ☐ Con Amigo/a ☐
Con otra persona ☐

Nombre del acompañante:

Teléfono del acompañante:

En relación a tu origen étnico ¿Te considerás?

Blanco/a ☐ Mestizo/a ☐ Negro/afrodescendiente ☐ Mulato/a ☐ ☐
Indígena ☐ Otro:_____ ☐ No sé ☐

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE SALUD

Datos personales:

	Sí	No	No sé
¿Tenés alergia/s?	☐	☐	☐
¿Te pusieron todas las vacunas?	☐	☐	☐
¿Tenés alguna discapacidad?	☐	☐	☐
¿Cuál? _____			
¿Tenés problemas para dormir (insomnio)?	☐	☐	☐
¿Has sufrido cambios grandes de peso últimamente (aumento/disminución)?	☐	☐	☐
¿Padecés alguna una enfermedad?	☐	☐	☐

Nombre de la enfermedad:

¿Tomás medicamentos? ☐ ☐ ☐

¿Sabés el nombre del medicamento y para qué lo tomás?

Datos de tu familia (papá o mamá):

	Sí	No	No sé
Obesidad	☐	☐	☐
Diabetes	☐	☐	☐
Hipertensión Arterial	☐	☐	☐
Problemas del corazón	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐
Infecciones (Tuberculosis, VIH,sida)	☐	☐	☐
Problemas psicológicos	☐	☐	☐
Consumo de alcohol	☐	☐	☐
Consumo de drogas	☐	☐	☐
Problemas con la ley	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
En tu familia hay violencia de algún tipo (insultos, peleas, golpes)	☐	☐	☐
Uno de tus padres fue madre o padre adolescente	☐	☐	☐

EVALUACION DE RIESGO

Completado por el o la profesional de salud durante la consulta

Centro de salud: _____ **Fecha:** _____
Nombre de la persona adolescente: _____
No. Documento Identidad: _____

A) SOCIAL

1.HOGAR

¿Con quién vivís?

Solo/a_____ Con tu familia (indicar con quien)_____

Con pareja _____ Edad de pareja_____ Otro _____
(menor de 15 años conviviendo con pareja)

¿Cuál de estas opciones refleja la situación económica en tu casa o familia?

_____**Eldinero no alcanza para pagar ningún gasto**
_____ **El dinero alcanza solo para pagar gastos básicos**
_____ Alcanza para pagar gastos básicos y realizar otros gastos
_____ Alcanza para pagar todos los gastos y ahorrar

Tus relaciones familiares son: _____Buenas _____ **Regulares**_____ **Malas**

¿En tu familia se dan situaciones de violencia? No_____ **Sí**_____
Tipo _____

¿Contás con una persona adulta a quien recurrir si tenés un problema? **No**____ **Sí**____ ¿quién es?_____

¿Tenés hijos/as? No ___ **Si** ____ **¿cuántos?**_____

2.EDUCACIÓN – EMPLEO

¿Estás estudiando? **No**____ Sí____

¿En qué grado/año estás en escuela/colegio? _____ ¿Has repetido algún año? No____ Sí____ ¿Cuántos?_____

¿Trabajás?
Menor de 15 años No____ **Sí**____
Mayor de 15 años No____ Sí____

¿En qué trabajás? _____

3.VIDA SOCIAL

¿Sos o has sido víctima de bullying /discriminación/maltrato o abuso/ violencia No_____ **Si**____
(amigos, escuela/colegio, otros)? ¿De qué tipo? _____

¿Participás en algún grupo artístico/cultural/deportivo/religioso/otro? Si _____ **No**_____
¿Cuál? _____

¿Tenés algún/a amigo/a con quién podés hablar de tus problemas, inquietudes o preocupaciones? Sí ___ **No**____

REFERENCIA A GRUPOS JUVENILES (salud, comunidad, otras instituciones):

- 2 o más azules = Carencia en red de apoyo (familia, amigos, grupos) ☐

RIESGO SOCIAL. REFERENCIA:

- Sospecha de abandono ☐
- Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja ☐
- Sospecha de violencia intrafamiliar ☐
- Personas menores de edad fuera del sistema escolar ☐
- Personas menores de 15 años trabajando ☐
- Sospecha de situaciones de bullying/violencia ☐

B) SALUD MENTAL

5. DROGAS

¿Algunos/as de tus amigos o amigas fuman cigarrillos? Si_____ No_____

¿Has fumado cigarrillos? Nunca _____
Alguna vez_____
Regularmente_____

¿Te gusta tomar bebidas alcohólicas cuando estás con amigos/as? Si_____ No_____

En el último año ¿Con qué frecuencia has tomado alcohol (cerveza, tragos, bebidas fermentadas u otras bebidas)?
Nunca_____
Solo una vez_____
Una vez al mes_____
Una vez a la semana_____
Diariamente_____

¿Algún/a amigo/a tuyo fuma marihuana? Si_____ No_____

En el último año ¿has fumado marihuana?
Nunca_____
Solo una vez_____
Una vez al mes_____
Una vez a la semana_____
Diariamente_____

¿Tenés familiares o amigos/as que consumen drogas? Si___ No_____

¿Has probado cocaína, crack, metanfetaminas, éxtasis, alucinógenos (LSD, ácidos, hongos), pastillas estimulantes, inhalantes u otras drogas? Drogas(s)_____

Nunca_____
Solo una vez_____
Una vez al mes_____
Una vez a la semana_____
Diariamente_____

¿Has conducido una moto o auto después de ingerir licor o consumir drogas? No____ **Sí**_____

6. IMAGEN CORPORAL

¿Estás conforme con tu cuerpo? Sí _____No _____¿Por qué? _____

¿Haz recurrido a métodos extremos o riesgosos para cambiar tu cuerpo? Si_____ No_____

En los últimos 6 meses ¿te has provocado vómito en repetidas ocasiones o has evitado comer por varios días, o alguna otra práctica por miedo a engordar?
No_____ **Sí**_____ ¿Qué hacés?_____

En los últimos 6 meses ¿has consumido alguna sustancia para cambiar tu cuerpo, hecho ejercicio excesivo o cualquier otra práctica riesgosa para tu salud? No_____ **Sí**_____ ¿Qué hacés?_____

7.DEPRESION – IDEACIÓN SUICIDA

En los últimos meses:

¿Te has sentido con el ánimo bajo, decaído, triste, deprimido/a irritable? ¿Sin ganas de nada, y sin ganas de hacer lo que normalmente te gusta?
No_____
Algunas veces_____
Muchas veces_____

¿Sabés por qué? _____

En los últimos meses:

¿Has pensado que la vida no vale la pena? Nunca ___**a veces** ____**Muchas veces**____
¿Alguna vez has deseado/a estar muerto/a? Nunca ___**a veces** ____**Muchas veces**____

En el último año:

¿Has pensado seriamente la posibilidad de suicidarte? Nunca ___**Alguna vez** ____**Muchas veces**____
¿Has intentado hacerte daño con el fin de quitarte la vida? Nunca ___**Alguna vez** ____**Muchas veces** ____

RIESGO SALUD MENTAL. REFERENCIAS:

- Sospecha de consumo problemático de alcohol o drogas
- Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria
- Sospecha de depresión
- Ideación y/o intentos suicidas*

*Requiere intervención inmediata por parte del o la profesional que detecta riesgo, además de la referencia.

RIESGO EN SALUD MENTAL. REFERENCIAS:

- 3 o más azules en Drogas = Sospecha de consumo problemático de drogas.
- 3 o más azules en depresión e ideación suicida.

C) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

8. Actividad sexual y riesgo de salud sexual

¿Actualmente tenés pareja o has tenido pareja en los últimos 12 meses? Si _____ No_____

¿Qué edad tiene?_____ **(Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor)____**

¿Qué grado de acercamiento físico has alcanzado en tus relaciones **con ésta u otras personas**?

MOSTRAR CUADRO PETTING

Petting I___II___III__IV__

(Adolescente menor de 15 años con petting III y IV)_____

PARA PERSONAS CON ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL O RECIENTE

Durante los últimos 6 meses ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales coitales?
1 persona ____2 personas ____3 o más personas _____

En las relaciones coitales que has tenido ¿utilizaron condón?
Siempre_____ **Algunas veces**_____ **Nunca** _____

Vos, o la persona con quien tenés relaciones coitales, ¿usan algún método anticonceptivo?
No_____ **No sabe**_____
Si_____ Método de ACH_____ DIU_____ **Método natural**_____

¿Ese método lo usás regularmente, de forma correcta (indagar)? Si_____**No**_____ **No sabe** _____

9. Historia embarazos

¿Alguna vez has quedado embarazada/o? No___ **Sí**_____¿Cuántas veces?_____

¿Has tenido algún aborto? No_____ **Sí**_____

¿Estás embarazada/o ahora? No___ **Sí**_____ó ¿Crees que podrías estar embarazada/o? No___ **Sí**_____

10. ITS/VIH

¿Alguna vez te han dicho que tenías una ITS (mencionarlas)? No_____ **Sí**_____
¿Tuviste un tratamiento para eso? No_____ Sí_____
¿Alguna vez has sospechado que podrías tener una ITS o VIH? (comentar algunos síntomas) No____ **Sí**_____

11.Violencia- abuso sexual

¿Alguna vez mantuviste relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos, comida, ropa, licor, droga, otros? No___**Sí** ____

¿Alguna vez te han forzado a tener relaciones sexuales (incluyendo tu pareja)? No____**Sí** _____

¿Alguna vez te han obligado a realizar actos sexuales que no te gustaban (por ejemplo: desnudarte o acariciarte ante otras personas, tocar o que te toquen, ver personas desnudas, ver películas pornográficas, participar en chats o videos sexuales por redes sociales, entre otros)?
No ___**Sí** ____

¿Has sido víctima de violencia/abuso/discriminación como resultado de actividades sexuales virtuales (por internet)?
No_____ Sí_____

Si hay algún sí ¿Has hablado de esto con alguna persona? ¿Has pedido ayuda? No ____ Si ____

RIESGO BAJO

- Petting I.
    - Sin antecedente de abuso sexual.

RIESGO MODERADO

- Petting II.
- Petting III y IV con uso correcto de métodos de protección y anticonceptivos.
- Víctima de violencia, abuso y/o discriminación como resultado de actividades sexuales virtuales (por internet).

RIESGO ALTO

- Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor.
- Petting III y IV sin uso de métodos de protección ni anticoncepción, o desconocimiento del mismo.
- Adolescente menor de 15 años con Petting III y IV (con o sin protección).
- Embarazo, antecedente o sospecha de embarazo.
- Adolescente madre o padre.
- Sospecha, diagnóstico o antecedentes de ITS/VIH.
- Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Referencias: Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor. Adolescente menor de 15 años con petting III y IV (con o sin protección). Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH. Sospecha de violencia sexual, abuso o explotación sexual.

Riesgo SSR moderado y Riesgo alto: Asesoría en anticoncepción y protección sexual, prescripción de métodos según necesidades.

RESULTADOS

Evaluación del Riesgo:

Sin Riesgo ☐ Riesgo Social ☐ Riesgo Salud Mental ☐

Riesgo Salud Sexual y Reproductiva ☐

Riesgo Bajo _____

Riesgo Moderado _____

Riesgo Alto _____

Acciones de Salud Realizadas:

Evaluación del Riesgo ☐
Información SS/SR ☐
Asesoría Anticoncepción ☐
Provisión Anticoncepción ☐
Provisión Condones ☐
Tratamiento ITS/VIH/sida ☐
Referencia servicio/nivel atención ☐
¿Cuál?_____
Referencia a otra institución ☐
¿Cuál?_____
Referencia a Consejería SS/SR ☐
Referencia a Actividad Grupal Complementaria ☐

¿Ha asistido a actividad grupal complementaria? Si_____ No_____
Fecha cuando asistió_____

¿Fue referido a Consejería en SS/SR? Si_____ No_____
Motivo de Referencia _____

Fecha de I sesión de Consejería _____
Fecha de II sesión de Consejería _____
Fecha de III sesión de Consejería _____

Aplicado por: _____

Este formulario debe incorporarse al Expediente de Salud

ANEXO N°2
Cuadros de métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes

Cuadro Nº 1
Descripciones Generales de Métodos Anticonceptivos disponibles para la población adolescente en la CCSS

Métodos anticonceptivos para adolescentes disponibles en la CCSS					
MÉTODO	**DESCRIPCIÓN**	**VENTAJAS**	**DESVENTAJAS**	**BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS**	**EFECTOS ADVERSOS**
Pastillas con etinilestradiol mas levonorgestrel	Anticonceptivo oral diario por 21 días y 7 días libres de hormonas. Tabletas recubiertas Levonorgestrel 0.150 mg Etinilestradiol 0.03 mg	Alta eficacia. No interfiere con la relación sexual. Dosis hormonal adecuada para uso en adolescentes.	Requiere disciplina para la toma diaria. No es confidencial. Temor a los efectos de las hormonas hace que se descontinúe su uso.	Regula ritmo menstrual. Control de dismenorrea. Disminuye volumen de sangrado menstrual. Disminuye riesgo de cáncer ovario, endometrio.	Cefalea. Náuseas. Cambios en el peso. Tensión mamaria.
Dispositivo intrauterino con cobre	DIU T cobre 380 A	Alta efectividad. Confidencial. Aplicación cada 10 años favorece anticoncepción a largo plazo en adolescentes. No es hormonal. No efectos metabólicos sistémicos.	Se requiere entrenamiento para colocación, además de ultrasonografía para verificar colocación.	Podría asociarse a disminución de incidencia de neoplasias en endometrio y cérvix.	Dismenorrea. Aumento de volumen de sangrado menstrual. Riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria. Riesgo perforación uterina.
Condones masculinos	Bolsa cilíndrica de látex que se coloca en el pene desde que hay erección.	Efectivo en prevención de contagio de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS). Prevención de embarazo. Se recomienda su uso en adolescentes junto con otro método.	Requiere que la pareja participe en su uso. No se recomienda como única opción anticonceptiva en adolescentes.	Prevención de ETS. Podría mejorar síntomas de eyaculación precoz.	Alergia al látex. Disminución de la sensibilidad.

Cuadro Nº2
Descripciones Generales de algunos Métodos Anticonceptivos de larga duración recomendados para la población adolescente

Métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes					
MÉTODO	**DESCRIPCIÓN**	**VENTAJAS**	**DESVENTAJAS**	**BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS**	**EFECTOS ADVERSOS**
Inyectable mensual con valerato de estradiol y enantato de norestistero-na	Solución inyectable intramuscular mensual 1 ml Enantato de noretisterona 50 mg Valerato de estradiol 5 mg	Alta eficacia. No interfiere con la relación sexual. Aplicación mensual favorece su uso en adolescentes. Confidencial.	Dosis hormonal alta.	Efecto favorable en el metabolismo de lípidos. Control del ritmo menstrual. Disminuye volumen de sangrado. Control de dismenorrea Rápido retorno a la fertilidad al descontinuar uso	Dolor en sitio de inyección. Cambios en el peso. Cefalea Náuseas
Dispositivo intrauterino con levonorgestrel	Dispositivo intrauterino con 52 mg de levonorgestrel.	Alta eficacia. No interfiere con relación sexual. Inserción cada cinco años lo que favorece su uso en adolescentes. Confidencial.	Colocación requiere personal entrenado.	Disminuye volumen de sangrado. Control de dismenorrea. Se puede colocar desde post parto inmediato lo que favorece protección anticonceptiva en adolescentes desde egreso hospitalario.	Manchado intermenstrual.
Implante subdérmico con etonorgestrel	Dispositivo subdérmico con 8 mg etonorgestrel	Alta eficacia. No interfiere con relación sexual. Inserción cada tres años lo que favorece su uso en adolescentes. Confidencial.	Colocación requiere personal entrenado.	Disminuye volumen de sangrado. Control de dismenorrea. Se puede colocar desde post parto inmediato lo que favorece protección anticonceptiva en adolescentes desde egreso hospitalario.	Manchado intermenstrual. Dolor en lugar de inserción. Acné.

Cuadro N°3

Recomendaciones para seleccionar Métodos Anticonceptivos en adolescentes con Condiciones Especiales

Simbología:

1 No restricción (método puede ser usado)
2 Las ventajas generalmente superan los riesgos teóricos o comprobados
3 Los riesgos teóricos o probados superan usualmente las ventajas
4 Riesgo no aceptable (no se debe utilizar el método)

Condición	Subcondición		Anticonceptivo oral combinado	Anticonceptivo oral solo progestágeno	Inyectable Trimestral	Inyectable Mensual	Dispositivo intrauterino con levonorgestrel	Dispositivo intrauterino Cobre
Lupus Eritematoso Sistémico	a)	Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o no se conocen)	4	3	3	4	3	1
	b)	Trombocitopenia severa	2	2	3	2	2	3
	c)	Terapia inmunosupresora	2	2	2	2	2	2
	d)	Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	1
Diabetes Mellitus	a)	Solo historia de DM gestacional	1	1	1	1	1	1
	b)	Sin enfermedad vascular						
	(i)	No insulino dependiente	2	2	2		2	1
	(ii)	Insulino dependiente	2	2	2		2	1
	c)	Nefropatía/ Retinopatía/ Neuropatía	3/ 4	2	3		2	1
	d)	Otra enfermedad vascular o DM	3/4	2	3		2	1
Enfermedad Tiroidea	a)	Bocio / Hipertoroidismo / Hipotoroidismo	1	1	1	1	1	1
Tuberculosis	a)	No pélvica	1	1	1	1	1	1
	b)	Pélvica	1	1	1	1	4	4
	c)	Terapia rifampicina	3	3	1	2	1	1
Asma			1	1	1	1	1	1
Hepatitis			4	1	1	4	1	1
Convulsiones (terapia con anticonvulsivantes)	a)	Algunos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina, barbitúricos, primodona)	3	3	1		1	1
	b)	Lamotrigina	3	1	1		1	1
Artritis reumatoidea	a)	En terapia inmunosupresora	2	1	3		2	2
	b)	Sin terapia inmunosupresora	2	1	2		1	1
Cáncer	a)	Hematológico						
Enfermedad renal crónica	No hay datos							
Anemia falciforme			2	1	1	1	1	2

Cuadro N°4

Recomendaciones para seleccionar Métodos Anticonceptivos en adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento

Métodos anticonceptivos para adolescentes con trastornos mentales y del comportamiento
▪ Los métodos de barrera (preservativo/condón, espermicidas, esponja, diafragma) en general no se recomiendan como única alternativa para prevención de embarazo en adolescencia, ya que son métodos que dependen de su utilización durante la relación sexual. Sin embargo, por su importancia en la prevención de infecciones de transmisión sexual, el condón se debe recomendar para todo adolescente que mantenga relaciones sexuales de cualquier tipo (coitales, anales, orales), sin importar sus capacidades. Debe quedar claro que, de ningún modo en adolescentes con trastornos mentales y/o del comportamiento, se utilizará como método anticonceptivo único. ▪ Los dispositivos intrauterinos están indicados en pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento, al ser métodos de larga acción, se omite el problema de la administración diaria de medicamentos, y en especial el DIU con levonorgestrel posee el beneficio de controlar menorragias y disminuir el riesgo de cáncer de endometrio, esto sin el efecto sistémico de los ACO, que podrían interaccionar con alguna fármaco, que comúnmente tienen las pacientes con algún trastorno mental y/o del comportamiento. Además que el DIU con levonorgestrel, en comparación con DIU de cobre no presenta tantos datos de dolor pélvico, ni sangrado. ▪ Podría valorarse la posibilidad de usar ACO, en casos donde se contraindique los DIU, o donde la paciente o los familiares no lo deseen, sin embargo se debe de enfatizar en la importancia de acompañar a la paciente en la toma del medicamento y que no exista interacción con otros fármacos que se le administren por patologías coexistentes. ▪ Si se hace una valoración médica y farmacológica (farmacocinética y farmacodinamia) adecuada y se elige el anticonceptivos idóneo para la paciente, no debería presentar exacerbación de la condición basal por el uso del mismo, sin embargo podría haber un empeoramiento de la condición clínica desde el punto de vista médico como psicológico, por un embarazo no planeado. ▪ Los inyectables trimestrales se pueden considerar como una opción accesible, confiable, económica para la prevención del embarazo en esta población, sin embargo las condiciones de dichas pacientes no suele ser muy variable, por lo que se debe cambiar de método transcurridos no más de dos años. ▪ En el país existe prohibición legal de hacer esterilización quirúrgica a las personas adolescentes.

ANEXO N°3
Oficio GM-MDD-45390-14

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-1435

C.C.S.S.
GERENCIA MEDICA
DIRECCIÓN DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
09 OCT. 2014
RECIBIDO POR
Mayra Alvarenga Guevara

06 de octubre de 2014
GM-MDD-45390-14

Doctor
Raúl Sánchez Alfaro
Directo a.i.
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

ASUNTO: OFICIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE PERSONAS ADOLESCENTES, CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL PROYECTO SALUD MESOAMÉRICA 2015.

Estimado doctor:

En atención al oficio DDSS-1047-14, este Despacho procede a la revisión y análisis de los documentos denominados:

- "Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva"
- "Manual de Actividades Grupales con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes"
- "Manual de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes"

Considerando que estos documentos representan un esfuerzo importante en aras de fortalecer los procesos de atención para la población adolescente y teniendo en cuenta que los mismos, han sido revisados y avalados por la Dirección a su cargo, el equipo técnico del Proyecto Salud Mesoamérica y cuentan con procesos de validación con los niveles locales, me permito informarle que a partir de la presente, dichos documentos cuentan con el aval de la Gerencia Médica, para su respectiva implementación y socialización.

Agradeciendo su atención,

Cordialmente,

GERENCIA MÉDICA

SEGURO SOCIAL
SEGURO SOCIAL
COSTA RICA
GERENCIA MEDICA

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla
GERENTE

MEVB/VAG/Kattia

C: Archivo (Ref.: DDSS-1047-14)