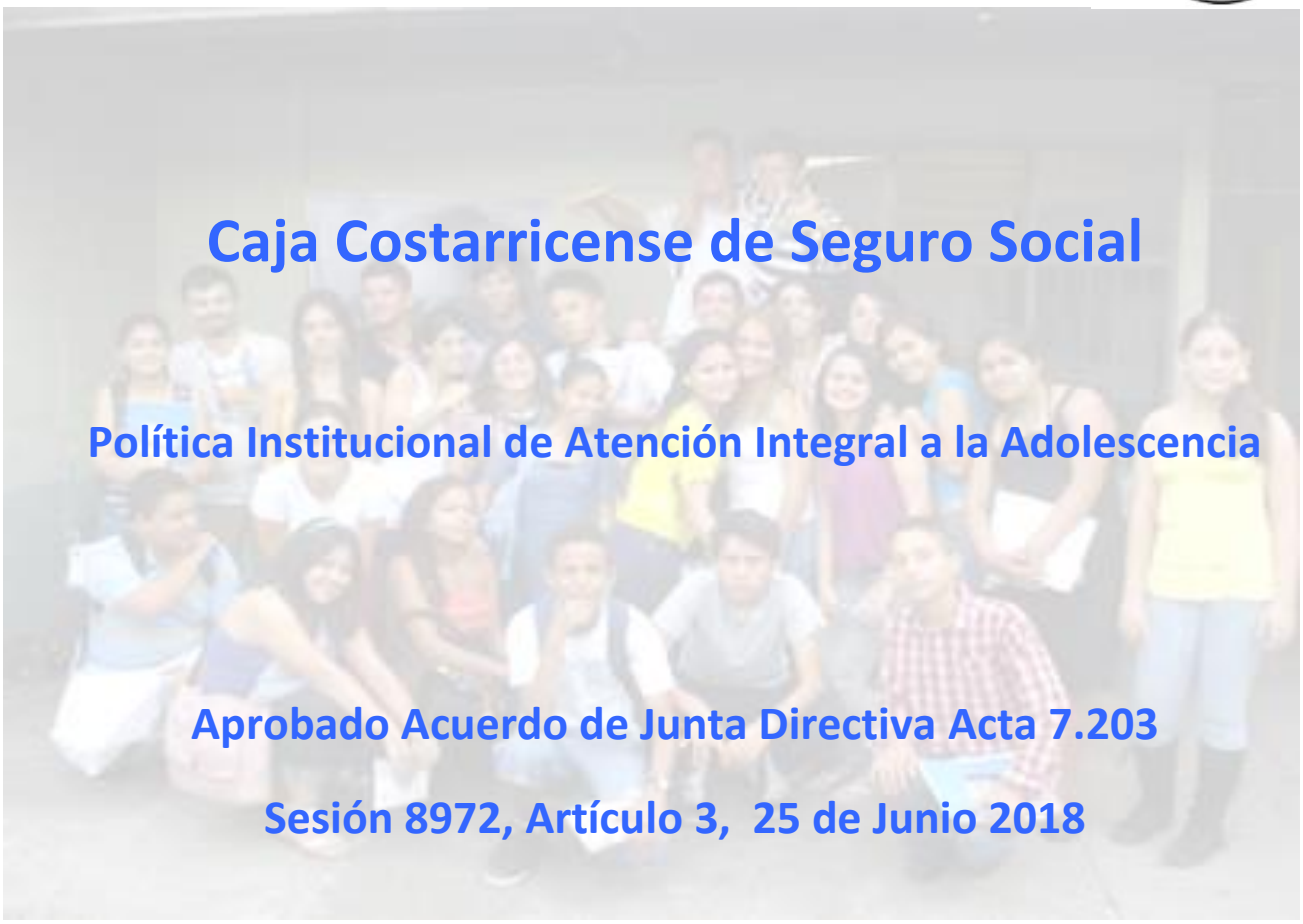

Caja Costarricense de Seguro Social

Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia

Aprobado Acuerdo de Junta Directiva Acta 7.203

Sesión 8972, Artículo 3, 25 de Junio 2018

2018

INSTANCIAS CONSULTADAS:	Dirección Jurídica, Area de Gestion Técnica y Asistencia Jurídica
	Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud
	CENDEISSS
	Gerencia Médica, Asesoria Legal
	Gerencia Financiera, Area de Seguro por el Estado y Coberturas Especiales.
	Gerencia de Infraestructura y Tecnología.
	Gerencia Administrativa
	Dirección de Planificación Institucional.
	Unidad Ejecutora de la Iniciativa Salud Mesoamérica CCSS
	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Programas de Normalización del Área de Atención Integral a las Personas y Coordinaciones Nacionales del Área de Regulación y Sistematización
	Dirección de Proyección de Servicios de Salud
	Programa Institucional de Equidad de Género
	Comisión de representantes de Clínicas, Hospitales y Regiones del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
GRUPO GESTOR DE ESTA POLÍTICA:	Dra. Olga Arguedas Arguedas
	Dra. Nineth Alarcón Alba
	Dra. JanninaBalma Castillo
	Dra. Daniela Carvajal Riggioni
	Dr. Marco Díaz Alvarado
	Dr. Carlos Garita Arce
	Lic. Minor Sequeira Solano
	Lic. Juan Carlos Umaña Rojas
APOYO METODOLÓGICO	Dra. Anggie Ramírez Morera
REVISADO POR:	Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Director, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
	Dr. Hugo Chacón Ramírez, Jefatura, Area de Atención Integral a las Personas
APROBADO POR:	Junta Directiva
FECHA APROBACION Y NUMERO DE ACTA Y ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA:	***Aprobado Acuerdo de Junta Directiva Acta 7.203 Sesión 8972 Artículo 3, 25 de Junio 2018***
PRÓXIMA REVISIÓN:	5 años a partir de la aprobación
OBSERVACIONES:	

CONTENIDO

PRESENTACION

I. GLOSARIO DE TERMINOS 5

II. MARCO JURIDICO 11

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES 12

LEYES NACIONALES 13

DECRETOS EJECUTIVOS 14

POLITICAS 14

PLANES 14

NORMATIVA INSTITUCIONAL 15

III. MISIÓN DE LA CCSS 16

IV. VISIÓN DE LA CCSS 16

V. JUSTIFICACIÓN 16

MARCO CONCEPTUAL: 20

LOS SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE 21

CARACTERÍSTICAS DE UN SERVICIO AMIGABLE 22

ENFOQUES RECTORES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES 24

VI. ALCANCE 27

VII. PROPUESTA DE VALOR 27

VIII. OBJETIVO DE LA POLÍTICA 28

IX. ENUNCIADO GENERAL DE LA POLÍTICA 28

X. ENUNCIADOS ESPECÍFICOS 29

Enunciado 1 29

1.1Estrategias: 29

Enunciado 2 30

2.1 Estrategias: 30

Enunciado 3 30

3.1 Estrategias: 30

Enunciado 4 ____ *31*
4.1 Estrategias: ____ 31

Enunciado 5 ____ *31*
Estrategias: ____ 31

Enunciado 6 ____ *32*
6.1 Estrategias: ____ 32

Enunciado 7 ____ *33*
7.1 Estrategias: ____ 33

Enunciado 8 ____ *34*
8.1 Estrategias: ____ 34

Enunciado 9 ____ *34*
9.1 Estrategias: ____ 34

XI. ABREVIATURAS ____ **35**

XII. REFERENCIAS ____ **37**

XIII. BIBLIOGRAFIA ____ **39**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Teléfonos: 2539-0919/ 2539-0000 ext 7600/ Fax: 2539-0925 / 2539-0935
Dirección Electrónica coincoss@ccss.sa.cr

DDSS-E-0500-18
05 de julio del 2018
GM-SJD-8691-2018

C.C.S.S. GERENCIA MÉDICA 26 JUL 2018 Jorge Pérez Pérez **RECIBIDO** 3:35 pm

Se Entrego en 7:51 20

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Dirección Desarrollo Servicios de Salud
Trasladar a: Dr Marco Diaz
Fecha: 30/7

Doctor
Hugo Chacón Ramírez
Director
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Presente

ASUNTO: APROBACIÓN POLITICA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA, ACUERDO JUNTA DIRECTIVA SESIÓN 8972, ARTICULO 3.

Estimado doctor:

Mediante oficio 7.203 de fecha 02 de julio de 2018, suscrito por la Licda. Emma Zúñiga Valverde, Secretaría Junta Directiva, se remite a este Despacho acuerdo de Junta Directiva tomado en la sesión 8972, artículo 3, donde se aprueba la Política de Atención integral a la Adolescencia, así como la propuesta de servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes; al respecto le detallo los acuerdos:

1. Dar por recibido el informe presentado por la Gerencia Médica, mediante el oficio GM-SJD-29576-2017, de fecha 28 de setiembre del 2017 y por ende dar por atendido el artículo 6 de la sesión 8884.
2. Aprobar la siguiente Política de Atención integral a la Adolescencia, así como la propuesta de servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes.
3. Instruir a la Gerencia Médica para que proceda con la divulgación correspondiente.
4. Con el propósito de propiciar oportunidades de mejora para el desarrollo y fortalecimiento de la Política aquí aprobada y que, a su vez, queda debidamente articulada con los demás actores e instituciones que deben participar en una política nacional de atención a la adolescencia, solicitar a la Gerencia Médica que se establezca relación con otras instituciones involucradas en la atención de la adolescencia para que, en el sentido apuntado, trabajen conjuntamente.

Con el fin de dar atención a cada uno de los acuerdos adoptados, se le instruye de realizar de inmediato la divulgación de la Política de Atención integral a la Adolescencia, así como la propuesta de servicios hospitalarios diferenciados y amigables para personas adolescentes, a nivel institucional.

Asimismo, realizar las coordinaciones necesarias con las instituciones que deban participar en una política nacional de atención a la adolescencia, entre ellas Patronato Nacional de la infancia, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, MEP, UNICEP, IMAS, UNSPA, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, entre otros.

Atentamente,

GERENCIA MÉDICA

Dr. Fernando Llorca Castro
PRESIDENTE EJECUTIVO
AC/ GERENCIA MEDICA

GERENCIA MÉDICA SEGURO SOCIAL

FLLC/LMVU/HMM

Anexo: oficio 7.203.

C.I: Dr. Marco Diaz Alvarado, Area de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
Archivo (ref.2901-14433-18)

GLOSARIO DE TERMINOS

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 (CCSS, 2015a)

ATENCIÓN DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES: Hace referencia a una estrategia 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. (CCSS, 2015a)

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 y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente transdisciplinario, y el abordaje intersectorial (CCSS, 2015a)

ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA: Interacción de profesionales de distintas áreas de la Salud que, con un objetivo común y compromiso personal, enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo. (CCSS, 2015a)

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.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 (CCSS, 2015a)

CALIDEZ: Actitud de escucha, respeto, solidaridad y tolerancia que promueve un trato digno a las personas atendidas en los servicios de salud (CCSS, 2015a)

CARGA DE ENFERMEDAD: Los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) son la unidad de medida de la carga de enfermedad, permiten estimar las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades. Garzón, M. (2012).

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO: alteraciones de la conducta o actuaciones repetidas que pueden comprometer el desarrollo bio-psico-social de los individuos. (Corona y Peralta, 2011).

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 información no sea divulgada y la prohibición de usarla en provecho propio. Es un valor y una práctica fundamental para hacer amigable un servicio dirigido a adolescentes. 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 o cuando la información pueda acarrear daño al paciente, a terceros o por imperio legal (CCSS, 2015a)

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD: "La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad. Por lo tanto está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que establece, por el modelo económico, por la organización del Estado y por las condiciones en que la sociedad se desarrolla. (CCSS, 2006).

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 (CCSS, 2015a).

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 legal (CCSS, 2015a)

DETERMINANTES DE LA SALUD: Conjunto de factores individuales, familiares y comunitarios que determinan el estado de salud de los usuarioso poblaciones. Los determinantes de la salud son múltiples e interrelacionados. Incluyen las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales, las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los servicios de atención de salud, las influencias comunitarias y soporte social, los factores individuales, preferencias en estilos de vida y los factores biológicos y genéticos.(OMS/OPS, 2011)

ENFOQUE DE RIESGO: Estrategias utilizadas para determinar las necesidades en los grupos de población, las prioridades de salud y las acciones que promuevan los efectos de factores protectores y disminuyan los de riesgo. (Korin, 1997)

VULNERABILIDAD: posibilidad que se produzca un riesgo o daño. (Korin, 1997)

FACTOR DE RIESGO: cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que "señala" una mayor probabilidad de sufrir un daño. (Korin, 1997)

FACTORES PROTECTORES: características de un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, mantener la salud o recuperarla contrarrestando sus posibles efectos. (Korin, 1997)

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 (Costa Rica Ministerio de Salud 2011a).

INTERSECTORIALIDAD: Articulación de varios sectores, de una planificación estratégica e instrumentos compartidos con educación, trabajo, justicia, deportes, etc., para lograr la atención integral. (Korin, 1997)

OPORTUNIDAD PERDIDA: "Toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etario, género y/o condiciones de riesgo". (Publicaciones OPS, 2017)

PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA: Se entiende como la instancia funcional que está conformada por todos los Equipos Interdisciplinarios que brindan atención directa y diferenciada a las personas adolescentes en todos los Establecimientos de Salud, a las personas designadas en cada una de las Direcciones Regionales para efectos de coordinar y monitorear las acciones relacionadas con este grupo etáreo, la comisión técnica de representantes Areas de Salud Tipo III, Centros de Atención Integral en Salud (CAIS), Hospitales y Regiones, y al Programa de Normalización de la Atención a las Personas Adolescentes del Area de Atención Integral a las Personas (CCSS, 2005)

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 (CCSS, 2015a)

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. 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 (CCSS, 2015a)

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 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, 1997).

SALUD INTEGRAL: Comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad (Korin, 1997)

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. 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 (CCSS, 2015a)

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 (CCSS, 2015a)

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. (CCSS, 2015a)

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. (CCSS, 2015a)

SISTEMA DE PRODUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD: Conjunto interrelacionado de entes que impactan de manera significativa sobre determinantes de la salud en las dimensiones socio-económicas y culturales, ambientales, biológicas y de servicios de salud. (CCSS, 2015a)

TRANSICIÓN: Proceso planificado de traslado de las personas adolescentes que han sido atendida desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que es referida a otros establecimientos de salud, para asegurar la continuidad de la atención con calidez y calidad.

I. MARCO JURIDICO

La salud es un derecho humano. Así lo establecen numerosos instrumentos internacionales entre los que se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José" (1969), la Declaración Alma Ata (1978), la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), y El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). En todos estos documentos se reafirma que la salud es un derecho humano fundamental, el cual debe entenderse como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedades o dolencias. Procurar lo anterior al más alto nivel posible, es una de las metas sociales más importantes en el mundo. Para alcanzarla, además de las acciones que ejecuta el sector salud, se requiere de la participación de lossectores económicos y sociales. En otras palabras, este derecho trasciende la noción biologista de la salud y de la enfermedad, hacia una concepción integral que permita orientar las acciones en salud en una dimensión amplia, la cual exige el concurso de múltiples disciplinas y sectores más allá del propio sector salud.

En relación con el derecho a la salud de la adolescencia, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el capítulo IV del Código de la Niñez y la Adolescencia, formula una serie de medidas dirigidas al Estado, la familia y la comunidad, como agentes primordiales en la protección y promoción de este y otros derechos. La Convención reconoce los derechos de las niñas, los niños y adolescentes a un nivel de vida adecuado para su desarrollo y a la atención médica, con especial énfasis en aquellos aspectos relacionados con la atención primaria, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Además, obliga al Estado a tomar las medidas necesarias para erradicar las prácticas perjudiciales para la salud de las personas menores de edad. El Código de la Niñez y la Adolescencia contiene 14 artículos relacionados con la salud, de los que se desprenden los siguientes derechos para las personas menores de edad.

Además de estos derechos, el código establece deberes para las autoridades educativas y los centros de salud, así como normas relativas al establecimiento de comités de estudio del niño, niña y adolescente agredido en los hospitales, clínicas y centros de salud; la denuncia de maltrato o abuso; los servicios y asistencia económica a las niñas y adolescentes embarazadas o madres; la garantía para la lactancia materna y el tratamiento contra el SIDA.

Esta normativa plantea el desafío de superar la perspectiva de la salud desde un enfoque de la supervivencia hacia uno de Enfoque de Derechos, que coloque en el centro a las niñas, los niños y adolescentes como ciudadanas y ciudadanos sujetos de derechos. Es posible afirmar que Costa Rica

cuenta con las disposiciones legales adecuadas para la protección y promoción del derecho a la salud de esta población y que estas deberían ser, a su vez, garantía de la aplicación del Enfoque de Derechos.

Es por lo anterior que existe un amplio marco jurídico a nivel internacional y nacional, así como normativa institucional que respalda la formulación de esta Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia, para responder a las particularidades, los derechos y las necesidades de salud de este grupo poblacional.

Esta normativa es base referencial, su revisión y actualización permanente da la posibilidad de considerar otras disposiciones presentes o futuras que por omisión se hayan excluído sin buscar daño material.

A continuación se presenta el cuadro que recopila diferentes instrumentos jurídicos nacionales e internacionales:

INSTRUMENTOS 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
- 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
- Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad, 2008.

LEYES NACIONALES

- Constitución Política de Costa Rica, 1949
- Ley N° 5395 Ley General de Salud, 1984
- Ley Nº 5476, Código de Familia, 1974
- Ley N° 7184 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990
- Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley Nº8312 del año 2002
- Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998
- Ley Nº 7771 Ley General sobre el VIH/Sida, 1998
- Ley N° 7899 Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad, 1999
- 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° 3261 Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 2005
- Ley N° 8590 Para el fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad, 2007
- Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007
- Ley N° 8661 Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008
- Ley N° 7576 Ley de Justicia Penal Juvenil, 2012
- Ley N° 9074,Modificación de la Ley N.º 8204, Ley Sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas De Uso No Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación De Capitales Y Financiamiento Al Terrorismo, 2012
- Ley N° 9028 Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la salud, 2012
- Ley N° 9095 Ley Contra la Trata de Personas, 2013
- Ley N° 9406 Ley para la Prohibición de Relaciones Impropias con Menores de Edad, 2016

DECRETOS EJECUTIVOS

- N° 13032-P-SPPS Código de Moral Ética, 1981
- Nº 27913-S Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999
- N° 36640-MTSSReglamento a la Ley sobre Prohibición del Trabajo Peligroso e Insalubre para Personas Adolescentes Trabajadoras y reforma Reglamento para la Contratación Laboral y Condiciones de Salud Ocupacional de las Personas Adolescentes, 2011
- N° 39088-S Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva, 7 de Abril 2015.

POLITICAS

- 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
- Política Nacional en Discapacidad (PONADIS) 2011-2021

PLANES

- Plan Nacional de Salud 2010-2021
- Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA)
- Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015.
- Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente 2012-2016
- Plan Estratégico Institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social 2015 – 2018, Para el fortalecimiento de la equidad y sostenibilidad
- Agenda Nacional de la Niñez y la Adolescencia, Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia, 2015 – 2021

NORMATIVA INSTITUCIONAL

- Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia, CCSS, 2002.
- Bases Programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, CCSS -2005
- Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social, CCSS, 2007
- Manual Técnico para la Atención Integral de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas, CCSS, 2011
- Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en Edad Joven y Adulta, CCSS y otras instituciones, 2011.
- Guía de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso, CCSS, 2012
- Declaración de Acción Nacional para la Ampliación de la Oferta Anticonceptiva y la Promoción al Acceso Universal al Condón Femenino, 2014.
- Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva, CCSS 2014.
- Manual de Actividades Educativas Grupales con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes, CCSS, 2014
- Manual de Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva para Personas Adolescentes, CCSS, 2014
- Lineamiento para el Cumplimiento del Código de Niñez y la Adolescencia - L.GM-DDSS-AAIP-1912-14
- Lineamiento para la extensión de cobertura y acceso al condón masculino en poblaciones usuarias de los servicios de salud de la CCSS, 2015
- Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes de 10 a 19 años de edad, GM-DDSS-MDD-6578-16.
- Protocolo para Uso de Anticonceptivos en la CCSS, DFE-AMTC-2989-12-2016
- Lineamiento Técnico para la Atención en los establecimientos de salud de la CCSS a niños y niñas que enfrentaron violación sexual, LT. GM. DDSS. AAIP. 210916
- Instrucción para la atención de los (as) usuarios (as) víctimas del delito de trata de personas, en los establecimiento de la Caja Costarricense del Seguro Social, DDSS-0732-16

II. MISIÓN DE LA CCSS

Según el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, la misión de la Institución es:

"Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante: El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiariedad. El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución. La capacitación continua y la motivación de los funcionarios. La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios. El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación .La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa" (CCSS, 2015b, p. 5). La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes"

III. VISIÓN DE LA CCSS

Según el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, la visión de la Institución es:

"Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano" (CCSS, 2015b, p. 5).

IV. JUSTIFICACIÓN

La Caja Costarricense de Seguro Social es una entidad autónoma que por mandato constitucional debe ofrecer a toda la población del país servicios de salud integral, conducir y administrar los seguros de salud, pensiones y las prestaciones sociales.

La presente "Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia" representa la guía organizada para atender las necesidades de salud de la población adolescente, considerando las condiciones psicosociales, culturales, biológicas y de accesibilidad a los servicios institucionales, para ofrecer al usuario una atención diferenciada e integral, con calidez y calidad, basada en la mejor evidencia disponible.

La población adolescente del país de 10 a 19 años de edad es de 776.397 y constituye el 16 % de la población total,se distribuye de la siguiente manera: 369.147 personas de 10 a 14 años y 407.250 de 15 a 19 años. En este grupo, el total de hombres fue de 398.026 (51,26%) y el total de mujeres fue de 378.371 (48,74%). Es importante destacar que Costa Rica aún se encuentra en el llamado "Bono demográfico", lo que significa un aumento relativo de la población en edades activas, en relación a la población en edades de dependencia económica (INEC, 2016).

Según la Primera Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Costa Rica (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2011b), las personas adolescentes en su mayoría inician las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años de edad (60,2% hombres y 59,7% mujeres). En las edades comprendidas entre los 10 y 14 años los hombres reportan un inicio más temprano que las mujeres. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales en el grupo de 15 a 19 años en hombres fue 15,2 años y en mujeres, 15,8 años.[7]

La Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2016), reporta que el 81,2% de los hombres y el 68% de las Mujeres en edades entre 15 y 19 años de edad ya habían iniciado relaciones sexuales.

En la población estudiantil, el 59,5% reportaron el uso de condón en su primera relación sexual, sin que se presentaran diferencias significativas entre hombres y mujeres(Encuesta Global de Salud Escolar, 2009, citado por Costa Rica, Ministerio de Salud, 2011a). La II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Costa Rica (2016), reporta que de las mujeres entre 15 y 19 años el 78,04% ha usado el condón alguna vez, pero solamente el 41,57% lo ha usado en al menos 75% de las relaciones sexuales de los últimos 12 meses y lo uso en la última relación sexual el 47,60%. Por otro lado los hombres entre 15 y 19 años el 84,13% ha usado el condón alguna vez, pero solamente el 56,61% lo ha usado en al menos 75% de las relaciones sexuales de los últimos 12 mesy lo uso en la última relación sexual el 66,98%.

Para el periodo 2002-2012, el Ministerio de Salud registró 220 casos de VIH en el grupo poblacional de 10 a 19 años (15 casos en el grupo de 10 a 14 años, y 205 casos en el grupo de 15 a 19 años). Entre hombres y mujeres no sobresale alguna diferencia significativa. (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2014b)

El Departamento de Vigilancia de la Salud reportó para el año 2008 que este grupo etariorepresentó el 3% de los casos de VIH (8 casos, con una tasa de 1,61\100.000 habitantes en el caso de los varones y un 0,24\100.000 habitantes en el caso de las niñas y adolescentes) (Costa Rica, Ministerio de Salud, 2011a).

Para este mismo período, se registró 35 casos de SIDA en el grupo poblacional de 10 a 19 años (dos casos en el grupo de 10 a 14 años, y 33 casos en el grupo de 15 a 19 años), siendo que 14 casos correspondían a hombres y 21 a mujeres(Costa Rica, Ministerio de Salud, 2014b). Cabe destacar que el SIDA en este grupo poblacional pareciera bajo, sin embargo, la manifestación de casos más significativa se va a presentar en la etapa adulta joven, pero se adquirió en la adolescencia debido a los periodos prolongados de incubación de la enfermedad, lo cual hacen que se manifieste más tardíamente.

Con respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual, se reporta en el grupo entre 10 y 19 años un el 7% de los casos de sífilis, con una mayor incidencia en el sexo femenino que en el masculino. La tasa en mujeres es más del doble que en el caso de los varones (17,25 en niñas y adolescentes y 7,82 en niños y adolescentes). Además, se reporta el 13,2% de los casos de chancro, 7,8% de los casos de uretritis sin especificar, 11,1% de los casos de gonorrea y el 12,3% de las infecciones de transmisión sexual sin especificar.(Costa Rica, Ministerio de Salud, 2014b).

Para el 2014, los nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años de edad fueron de 12.506, de los cuales 509 fueron en menores de 15 años y 11.997 entre 15 y 19 años. Esto representa que del total de nacimientos del año 2014, el 17,4% son registrados de madres adolescentesy de estos solo el 2,2% corresponden a padres adolescentes(INEC, 2011).

A partir de esta información se puede inferir que además del problema de embarazos adolescentes, hay un problema muy importante de abuso sexual y relaciones impropias con personas adolescentes.

Para el 2009, las principales causas de muerte en adolescentes de 13 a los 17 años, fueron: cáncer, accidentes de tránsito, otros accidentes, homicidios y suicidios (EHPM, 2009). Y en los años posteriores, estos números se han ido incrementando en forma importante. Se debe señalar, que un problema de salud pública muy importante es el del suicidio, donde la población adolescente ha mostrado un aumento preocupante en el número de muertes por esta causa. Se debe tener presente que en general persiste un subregistro en las muertes por suicidio, y que el número de gestos e intentos de suicidio es muchísimo mayor que el número de suicidios consumados.

En el año 2015, la carga de enfermedad para el grupo de 10 a 14 años fue: anemia, enfermedades de la piel, asma, desordenes de la conducta, migraña y desordenes de ansiedad; para el grupo de 15 a 19 años, la carga de enfermedad representa: enfermedades de la piel, accidentes de tránsito, depresión, lumbalgias y migrañas. En relación, a las muertes prematuras, para el grupo de 10 a 14, las principales causas son: accidentes de tránsito, leucemias, ahogamiento, malformaciones congénitas, lesiones autoinflingidas y violencia interpersonal. Para el grupo de 15 a 19 años, se tienen accidentes de tránsito, violencia interpersonal, lesiones autoinflingidas y leucemia, como principales causas(Sánchez, 2017

Para el 2010, el número de homicidios en personas de 10 a 19 años correspondió a un total de 48 personas, de los cuales 6 fueron mujeres y 42 hombres; en el 2011 esta cantidad fue de 58 personas para este mismo grupo de edad(INEC, 2011).

En cuanto a violencia intrafamiliar para personas entre 10 y 19 años, el número de casos en el 2010 correspondió a 1.921, de los cuales 1.488 eran mujeres y 433 hombres(INEC, 2011). Asimismo, este grupo de edad, reportó haber sufrido acoso sexual un 4,4%, y han sido personas abusadas sexualmente un 2,8% y sufrido alguna violación el 1,7%(Consejo de la Persona Joven, 2013).

En educación secundaria, el 8,8% de los hombres y un 8,1% de las mujeres manifiestan la experiencia de haber recibido agresiones físicas en los últimos 12 meses anteriores al estudio(IAFA, 2012).

En la población de educación secundaria, la edad promedio en el inicio del consumo de bebidas alcohólicas fue de 13 años, tanto para hombres como para mujeres (IAFA, 2012).Un 23% indicaron haber fumado alguna vez en la vida, y la prevalencia de consumo en el último año corresponde a un 10,3%. En el caso de los hombres, presentan una prevalencia de consumo de tabaco más alta que las mujeres (7,5% y 5% (IAFA, 2013). El consumo experimental de drogas reportado (esencialmente marihuana), tuvo lugar en unos 56 mil estudiantes, de los cuales 33 mil fueron hombres y 23 mil mujeres(IAFA, 2012).

En cuanto a la cobertura de la población adolescente en los servicios de salud de la institución, es la más baja de todos los grupos poblacionales siendo alrededor de un 37,75% en promedio a nivel nacional. Estas tasas de cobertura son aún más bajas en las zonas rurales, en las personas adolescentes no escolarizadas, los cuales por esta misma condición son considerada población de alto riesgo(CCSS, 2012).

A esta baja cobertura hay que agregar que se requiere el abordaje de la atención y prevención de las problemáticas identificadas en los y las adolescentes, como las adicciones, violencia, depresión-suicidio, conductas sexuales de riesgo, el sedentarismo que están afectando a esta población. Así mismo, se requiere la promoción de estilos de vida saludable de las personas durante el curso de esta etapa de vida.

También en la sociedad actual factores de género que hacen que los varones en general tengan muy pobres hábitos de autocuidado y acudan a los servicios de salud solo en casos de extrema necesidad, muchas veces cuando su salud se ha visto seriamente afectada.

Los establecimientos de salud con atención diferenciada a adolescentes son necesarios para ampliar la cobertura y brindar una atención con calidad a este grupo poblacional. Por distintas razones, entre estos la prevalencia de paradigmas inadecuados sobre adolescecia, la institución cuenta con muy pocos servicios de salud diferenciados para la atención integral de las necesidades de salud de la población adolescente.

En razón de todo lo anterior, la Junta Directiva de la Institución decidió, en el artículo 2, de la sesión número 8874, del 17 de noviembre del 2016**, *"…solicitar a la Gerencia Médica que se avance en el desarrollo de una política para la atención integral del adolescente a nivel Institucional y que en forma paralela y en concordancia con esa política se vaya trabajando en la elaboración del plan y la estrategia de abordaje"*.**

Marco Conceptual:

La adolescencia es el momento vital ubicado entre los 10 años de edad y los 19 años y 11 meses (CCSS, 2005), siendo un proceso integral, continuo, dinámico y permanente de crecimiento y desarrollo humano, de cambio, con metas y tareas específicas que trascienden la dimensión biológica.

Krauskopf (1997) la define así:

> "El período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia".

Así, este momento encierra, además cambios físicos tales como el crecimiento músculo esquelético y la maduración sexual con la aparición de la capacidad reproductiva, aspectos centrales de desarrollo psicológico y social tales como: la integración del nuevo esquema corporal con el progresivo dominio y control de las funciones de su propio cuerpo; la revisión y definición de la propia identidad en todos sus ámbitos (referidos a las dimensiones sexual, vocacional, ética y moral, cognoscitiva, ideológica y relacional); la culminación del proceso de separaciónindividuación y el abandono del estatus derivado de la familia con la consecuente consolidación de su autonomía; la construcción de las bases para los posibles proyectos de vida y la consolidación de sus capacidades reflexivas, críticas y creativas. Krauskopf (1997).

La adolescencia no es un proceso que se vive abstractamente, por el contrario, en esta fase confluyen elementos relativos a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que comprenden aspectos históricos, socio-culturales, los referentes a la condición por género (construcciones y vivencias de las feminidades y las masculinidades), lo político, lo económico y otros.

En este sentido, una perspectiva que tiene por fin el Desarrollo Humano impone la necesidad de visualizar además a las personas adolescentes en el contexto de los distintos ámbitos en los que se desenvuelven: su familia, el grupo de pares, la comunidad, las corrientes políticas y culturales, el centro educativo y el lugar de empleo cuando este aplica.

Es por ello que las Políticas de Salud Integral a la Adolescencia de la C.C.S.S. parten del planteamiento de que no existe un modelo o referente único de la persona adolescente; la adolescencia no es un proceso homogéneo sino que se debe visualizar diferentes formas de vivencias según las características individuales, familiares y del contexto donde ellos y sus familias residan.

A partir de esta premisa, la atención integral de esta población, brindada a personas entre los 10 años y 19 años con 11 meses como política institucional parte de un paradigma moderno y positivo de la adolescencia, desde el cual se reconoce a las y los adolescentes como sujetos de derechos con potencialidades para ser protagonistas en su propio desarrollo, el de su familia. su comunidad y del país en general.

Esta perspectiva se opone, en consecuencia, a pensar en la adolescencia solamente desde una visión que parte de la enfermedad o de la desadaptación social. Al contrario, se busca asumir un enfoque de Desarrollo Humano y Promoción de la Salud, traduciendo las crisis en oportunidades que posibiliten y potencien el cambio y el desarrollo. Los y las adolescentes deben ser partícipes activos en todo el proceso de construcción social de la salud, no entes pasivos sujetos de intervención.

Por ello, se considerada necesario construir y desarrollar, permanente e permanentemente, estrategias innovadoras, diversas y específicas para atender, desde sus particularidades, los distintos sectores poblacionales de adolescentes: hombres, mujeres, residentes de zona urbana, residentes de zona rural, escolarizados, no escolarizados, trabajadores, migrantes, indígenas, campesinas, etc.

Los servicios amigables en salud para población adolescente

Los servicios amigables son definidos 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 et al., 2008, p. 43).

Por tanto, dichos servicios deben responder a las necesidades, inquietudes, visiones de mundo, dinámica comunitaria, sueños y realidades concretas de las y los adolescentes que constituyen la población objetivo, librándose de obstáculos que los servicios tradicionales han presentado para que se atiendan. (Católicas por el Derecho a Decidir & Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir, 2009).

En este sentido, un servicio amigable debe al mismo tiempo partir de las respuestas de las y los adolescentes sobre cómo debe diseñarse y desarrollarse este servicio, considerando características como condiciones físicas, horarios, perfil de profesionales que les atienden, decoración, entre otras.

Siguiendo esta línea de pensamiento, se ha determinado que para poder crear servicios amigables para adolescentes, resulta “imprescindible la participación de los mismos adolescentes no solo en el diseño y planeamiento de los servicios, sino también en la entrega de los mismos” (Rodríguez, 2001, p. 2).

De este modo, los servicios convocan a las y los adolescentes no solo para recibir atención médica sino para encontrarse con sus amigas y amigos (pertenecer a un grupo sano de referencia), conversar,

planear y ejecutar distintos proyectos de su interés (respondiendo al concepto de integración transformadora[1]), capacitarse y capacitar en temas que les llamen la atención, entre otras actividades. (Rodríguez, 2001). El contar con servicios diferenciados y amigables para adolescentes permite que esta población tenga un rol activo en la construcción de la salud, y no sea un grupo pasivo que solo recibe los servicios desde una perspectiva adultocéntrica.

Características de un servicio amigable

La importancia de implementar servicios de salud amigables y de calidad, se ve respaldado por la OMS Organización Mundial de la Salud. (2009). en tanto se considera que los servicios de salud de calidad para las y los jóvenes reflejan sus necesidades y demandas de salud, así como sus expectativas y experiencias en materia de servicios de salud, y que además tienen por objeto cerrar la brecha que existe entre la oferta y la demanda de servicios creada por las diferentes perspectivas de proveedores/as, planificadores/as y las personas jóvenes en materia de servicios de salud.

Por ello, los servicios amigables deben pensarse bajo una base que se ajuste a las diferentes realidades donde se quieren desarrollar, por lo cual, estos servicios deben tener las siguientes dimensiones, según Católicas por el Derecho a Decidir & Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir. (2009).

- Información: la información precisa, oportuna y necesaria es valorada por las y los adolescentes. Aprecian mucho que se les informe de manera justa, con el uso de un lenguaje técnico pero accesible y sin la inclusión de juicios valorativos o que les descalifiquen.
- Trato: éste debe ser amigable en todo momento; desde la recepción de las personas adolescentes en el servicio, en la orientación que se les brinda hacia los lugares, etc. Un trato amigable es ante todo, un trato cordial y atento en el servicio de salud.
- Disponibilidad: las y los adolescentes buscan que se les dote de los medios para cuidar su salud y, para el caso de un servicio en SSR, vivir su sexualidad sin riesgos. Con esto, y siguiendo con el ejemplo, si la persona adolescente requiere algún método de protección, un servicio que sea efectivamente amigable debe entregárselos.

Asimismo, Berner y otros (2009) mencionan que el funcionario de salud debe situarse junto a la persona adolescente, sin confrontarle, respetando sus códigos y creencias y relativizando lo que para el sistema debe ser el estado de salud ideal, además de ello, otras particularidades que debe reunir un servicio amigable son:

- Atención integral e interdisciplinaria.

[1] Este concepto implica "(…) que el individuo sea capaz de convivir socialmente rescatando sus necesidades personales y sociales y muchas veces transformando elementos de su entorno para que se le permita ser él mismo y establecer la convivencia" (Rodríguez, 2001: 6).

- Visión compartida con jóvenes y adolescentes.
- Servicio con horarios accesibles y atención gratuita.
- Adaptado a la cultura juvenil.
- Calidez y tiempo de escucha del profesional.
- Certeza de confidencialidad.
- Privacidad en la consulta.
- Ámbito de atención exclusivo para adolescentes.

Por otro lado, la OPS (2004) subraya la importancia de la articulación dentro de los niveles de atención, lo que implica trabajar en la promoción y coordinación multisectorial e intersectorial, considerándose que las ONG, las escuelas, la comunidad, las redes comunitarias, las organizaciones de adolescentes y las iglesias pueden convertirse en buenos aliados.

Además, para el seguimiento, se requiere un sistema adecuado pero no intrusivo de supervisión y seguimiento. Los contratos de servicios y los acuerdos de ejecución deben incluir una estrecha vigilancia de la suficiencia y el cumplimiento de aspectos específicos por parte de los servicios y la definición de las funciones y responsabilidades de la que atención a cada nivel (OPS, 2004).

De acuerdo con Moreno et al. (2008), algunos aspectos para evaluar y mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud amigables para adolescentes son:

- Accesibilidad: es la posibilidad que tienen las personas adolescentes de utilizar los servicios de salud.
- Oportunidad: es la posibilidad que tienen las y los adolescentes de obtener los servicios que requieren, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Es la organización de la oferta en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional, para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad: se refiere al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías comprobadas científicamente, que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.
- Pertinencia: es el grado en el cual adolescentes obtienen los servicios requeridos con una adecuada utilización de los recursos.
- Continuidad: es la facilidad con la cual adolescentes obtienen las intervenciones requeridas, mediante secuencia lógica y racional de actividades.

ENFOQUES RECTORES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES

A continuación se describen los enfoques de la *Modalidad de Atención Integral a la Adolescencia en los servicios de la CCSS*, los cuales deben atravesar todas las acciones que se realicen y orientar la comprensión de la realidad de las personas adolescentes.

Enfoque de Derechos: La atención en salud dirigida a la población adolescente debe basarse en el reconocimiento de las personas adolescentes 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 garantizando así el derecho a la salud y la vida que toda la población tiene, así como la equidad en el acceso a los servicios de salud, según la competencia asignada a la Institución.

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

Enfoque Centrado en las personas: Pretende mejorar la atención de las personas en los servicios de salud, concentrando el interés del prestador en las personas más que en la enfermedad. Como característica esencial de la atención en salud centrada en las personas, se debe proporcionar una mejor respuesta a sus necesidades, que pueden ser multidimensionales, con un abordaje integral e integrado que asegure que sean atendidas con respeto. Con este enfoque, los aspectos familiares y comunitarios que influyen sobre la salud y la determinan, se entrelazan, por lo que forman parte inherente de los individuos. Es imprescindible considerar a la familia como la unidad fundamental del sistema social y el más importante factor de influencia sobre las personas, incluyendo la disponibilidad de soporte social.

Enfoque de Curso de Vida: Se basa en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud. El enfoque provee una visión más integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida y responda a los determinantes sociales. (OMS/OPS, 2017)

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.

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.

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.

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.

Adolescencia: Visualiza la adolescencia como una etapa del desarrollo humano con características particulares, reconociendo que las y los adolescentes poseen necesidades, intereses e inquietudes particulares, que deben ser atendidas con el objetivo último de promover su desarrollo y su salud integral. Percibe a las personas adolescentes desde una perspectiva positiva que las considera como capital humano y aliadas estratégicas para el cambio, protagonistas de sus propias vidas y capaces de estar a la cabeza en los diferentes procesos en los que se involucren. Además, considerando las condiciones políticas, económicas y sociales que determinan la historia individual, es necesario hablar de las *adolescencias*. Destaca a las personas adolescentes como actores estratégicos de desarrollo y protagónicos de la renovación permanente de las sociedades, particularmente en la reestructuración socioeconómica y la globalización. Reconoce a la adolescencia como productora de cultura, asegurando que las manifestaciones culturales específicas de las y los adolescentes son espacios de participación valiosos que los muestran como sujetos sociales, con voz legítima y autónoma, y capaces de darle forma estética a una ética propia. Por último, este enfoque sostiene la concepción de la juventud ciudadana. Originadas en un estado de derecho, las políticas orientadas a este sector de población procuran hacer visibles los aportes de la adolescencia a la cultura, a la salud y al desarrollo; valorar y propiciar su identidad; potenciar su salud; promover la participación juvenil y velar por el cumplimiento de sus derechos.

Protagonismo Adolescente: Este enfoque agrega al anterior la concepción de que además de ser capaces de participar activamente en su desarrollo personal, las y los adolescentes son capaces de hacerlo también en su comunidad, por lo cual se les reconoce el derecho a la participación ciudadana, en donde puedan tomar parte de las decisiones y de las acciones derivadas de estas.

Intersectorialidad: Se parte de la premisa de que la promoción del desarrollo y la salud integral de las y los adolescentes no es una tarea exclusiva de la institución, sino que es una responsabilidad de los diversos actores y sectores que componen la estructura social. Toda acción debe propiciar de esta forma la coordinación intersectorial como una manera de posibilitar una adecuada atención integral de la población adolescente.

FUENTE: Elaboración Propia basado en Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva. San José, Costa Rica: CCSS, y el documento Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud propuesta ajustada a la prueba de campo, febrero de 2016, San José, Costa Rica: CCSS

V. ALCANCE

Esta política tiene alcance institucional en todos los establecimientos que atienden población adolescente. Está especialmente dirigido a los siguientes destinatarios:

- Establecimientos de salud de todos los niveles de complejidad, desde el primer nivel de atención hasta los hospitales nacionales y especializados.
- Unidades Administrativas relacionadas con la provisión de suministros e insumos básicos para la salud, tanto del nivel central como de los niveles regional y de las áreas de salud.
- Profesionales y técnicos que trabajan dentro de la CCSS
- Usuarios, personas y grupos que tengan como propósito mejorar la atención en los Servicios de Salud de la población adolescente.
- Temas Transversales: La salud integral en la adolescencia comprende el trabajo en temas prioritarios en salud pública, entre los que se pueden destacar actualmente:
    - ✓ Crecimiento y Desarrollo con énfasis en Promoción de la Salud
    - ✓ Prevención de la enfermedad y de los principales factores asociados a mortalidad temprana.
    - ✓ Promoción y fortalecimiento de la Participación Social.
    - ✓ Salud Sexual y Salud Reproductiva con énfasis en género y prevención del embarazo
    - ✓ Salud Mental con énfasis en diagnó stico temprano de la Depresión, Adicciones, Violencia en todas sus formas, Trata de Personas, Trastornos de alimentación y prevención de suicidio.

VI. PROPUESTA DE VALOR

La Caja Costarricense de Seguro Social busca fortalecer una gestión innovadora en la atención de la población adolescente, basada en evidencia y experiencias exitosas, con participación social, apertura al cambio desde nuevos paradigmas que promuevan una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios de la Institución. Se brindara una atención interdisciplinaria, integral, interprogramática e integrada, con servicios diferenciados, amigables y sostenibles que respondan a las necesidades de salud de la población adolescente entre los 10 y 19 años, 11 meses de edad. En este sentido, los establecimientos de salud en todos los niveles de atención deben prestar servicios amigables para esta población, con personal capacitado, oferta de servicios diferenciada, infraestructura y horarios de atención adecuados, de tal manera que estos servicios se adecuen a las necesidades particulares de la población. De acuerdo con el nivel de atención y complejidad, los servicios amigables deben prestarse desde la consulta externa, hospitalización y emergencias, abarcando prioritariamente aspectos de promoción de la salud y prevención, así como la atención y rehabilitación; lo anterior en concordancia con los principios de Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiariedad.

VII. OBJETIVO DE LA POLÍTICA

Garantizar una atención diferenciada, amigable, oportuna con calidad y calidez, para la población adolescente (10 años a 19 años y 11 meses de edad) que permita responder a las necesidades actuales, requerimientos y retos futuros para asegurar poblaciones sanas y favorecer el desarrollo de todos sus potenciales.

VIII. ENUNCIADO GENERAL DE LA POLÍTICA

La Caja Costarricense de Seguro Social, como responsable de la atención integral de las personas desde los servicios de salud y pensiones, fortalecerá las intervenciones en promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas adolescentes, basándose para esto en los avances científicos en salud y experiencias exitosas con evidencia documentada, así como en los determinantes de la salud, las necesidades de éste grupo poblacional y otros factores. La C.C.S.S. reconoce la complejidad de los grandes cambios biopsicosociales que vive la persona durante la adolescencia, por lo que el fortalecimiento de intervenciones en promoción y prevención se convierten en una gran oportunidad para evitar patologías y complicaciones, no solo durante la adolescencia, sino a lo largo de todo el curso de vida.

Por tanto, la Alta Dirección representada por la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva y el Cuerpo Gerencial, instruirán acciones que fortalezcan la prestación de servicios de salud y pensiones, para las personas adolescentes entre 10 años y 19 años y 11 meses años, con criterios de una atención integral en salud, diferenciada, amigable, con calidad y calidez.

IX. ENUNCIADOS ESPECÍFICOS

EJE 1: ATENCIÓN DIFERENCIADA Y OFERTA DE SERVICIOS

Enunciado 1

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá o readecuará de acuerdo a las capacidades financieras y técnicas de la institución la oferta de servicios de salud, de modo que se ajuste a las características y necesidades de las diferentes sub etapas de la adolescencia, con la implementación y reorganización de servicios diferenciados y amigables en todos los niveles de atención de la institución para brindar una atención integral, integrada y continua a las personas adolescentes.

1.1Estrategias:

a) Readecuación de la oferta de servicios de atención integral diferenciada y amigable para personas adolescentes en los tres niveles de atención incluyendo todos los escenarios fuera de los establecimientos de salud.

b) Reducción de las barreras de acceso y mejoraramiento de la continuidad de la atención a las personas adolescentes, para incrementar la captación, el aseguramiento, la atención y acceso a todas las prestaciones, en cumplimiento de los derechos de las personas adolescentes establecidas en la Legislación Nacional y Normativa Institucional.

c) Fortalecimiento de las intervenciones o procedimientos de atención a las personas adolescentes, priorizando en los que están en condición de vulnerabilidad, respetando su entorno y cultura.

d) Fortalecimiento de la implementación de estrategias innovadoras en el trabajo interdisciplinario y la atención integral en salud para personas adolescentes, en las intervenciones tanto a nivel individual, grupal, familiar y comunitario, que prioricen la atención diferenciada en temáticas de Salud Pública.

Responsables: Presidencia Ejecutiva, Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Pensiones, Directores de Establecimientos de Salud,Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección Institucional de Contralorías de Servicios, Dirección de Red de Servicios de Salud

Enunciado 2

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá el trabajo en Red de forma interdisciplinaria, interprogramática y entre niveles, para brindar una atención integral, integrada y continua de la persona adolescente en los servicios de salud.

2.1 Estrategias:

a) Articulación del trabajo inter programático e interdisciplinario para la atención en salud de las personas adolescentes, en cada sub etapa de la adolescencia.

b) Fomento de mecanismos de comunicación y coordinación interniveles para trabajo en Red que faciliten la atención en salud integral, integrada y continua de las personas adolescentes.

c) Realización de campañas de sensibilización al personal institucional en los mecanismos de referencia y contrareferencia de usuarios adolescentes en la Red de Servicios de Salud.

Responsables: Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Directores de Establecimientos de Salud, Dirección de Red de Servicios de Salud, Dirección de Proyección de Servicios de Salud.

Enunciado 3

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá las acciones desarrolladas en el Proceso de Transición de la Persona Adolescente que ha sido atendida desde su infancia en el Hospital Nacional de Niños y que es referida a otros establecimientos de salud, para asegurar la continuidad de su atención con calidez y calidad.

3.1 Estrategias:

a) Fortalecimiento de las intervenciones centradas en las personas adolescentes, sus familiares y/o cuidadores y funcionarios institucionales en el proceso de Pre-transición y Transición del Hospital Nacional de Niños a otros Establecimientos de Salud.

b) Normalización de los mecanismos y procedimientos del Proceso de Pre-transición y Transición de la Persona Adolescente para asegurar la continuidad de la atención en la Red de Servicios de Salud.

Responsable: Gerencias: Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección Red de Servicios de Salud, Directores de Establecimientos de Salud, Dirección Hospital Nacional de Niños.

Enunciado 4

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá el Programa de Atención Integral a la Adolescencia en todos los niveles de atención de la Institución, para promover una atención integral, diferenciada y amigable a las personas adolescentes de 10 a 19 años de edad.

4.1 Estrategias:

a) Conformación de Equipos Interdisciplinarios para la atención diferenciada y amigable de la población adolescente en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, incluyendo los niveles Regionales y Central.

b) Normalización de las intervenciones en salud para facilitar la atención en salud integral, integrada y continua de las personas adolescentes en los establecimientos que conforman la Red Institucional.

c) Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación, asesoría e implementación de acciones para la prestación de salud integral en la adolescencia en todos los niveles de atención.

Responsable: Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección Red de Servicios de Salud, Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, Directores de Establecimientos de Salud.

EJE 2: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Enunciado 5

La Caja Costarricense de Seguro Social desarrollará en los establecimientos de la institución estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de los principales riesgos y problemas de salud de las personas adolescentes, para contar con una población más sana en esta y otras etapas del curso de vida.

Estrategias:

a) Fortalecimiento de diferentes acciones de promoción y prevención en problemas de salud pública en la población adolescente, que se brinden tanto a nivel individual, grupal y comunitario.

b) Generación y sistematización de las evidencias sobre buenas prácticas para la promoción y prevención de problemas de salud pública en esta población.

c) Gestión para la actualización permanente y cumplimiento de los esquemas de vacunación a la Población adolescente con el fin de reducir la morbimortalidad y prevenir los efectos de las enfermedades infecciosas durante el curso de vida.

d) Participación en la implementación de estrategias interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la prevención y promoción de la salud integral de las personas adolescentes.

Responsable: Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Red de Servicios de Salud,Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, Directores de establecimientos de Salud, CENDEISSS.

Enunciado 6

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá la Participación Social en Promoción y Prevención de la Salud Integral de Adolescentes en todos los Niveles de Atención, incorporando acciones de grupos de facilitadores y/o promotores de salud, siendo estos tanto personas adolescentes como adultos, favoreciéndose que desarrollen proyectos en conjunto.

6.1 Estrategias:

a) Normalización referente a la organización de grupos y participación social.

b) Gestión de espacios físicos y en las agendas de los funcionarios institucionales para que adolescentes y adultos promotores puedan desarrollar las actividades educativas y recreativas con adolescentes, familias, y comunidades.

c) Apoyo permanente a grupos de facilitadores y /o promotores de salud tanto adolescentes como adultos, para que desarrollen proyectos con familias y la comunidad desde todos los establecimientos institucionales.

d) Utilización de herramientas educativas basadas en evidencia que apoyen las actividades que realizan personas adolescentes y adultos facilitadores y /o promotores voluntarios, que promuevan el desarrollo integral y el mejoramiento de la calidad de vida de los y las adolescentes.

Responsables: Presidencia Ejecutiva, Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Dirección de Red de Servicios de Salud,Directores de Establecimientos de Salud, Dirección Jurídica.

Enunciado 7

La Caja Costarricense de Seguro Social promoverá proyectos y estrategias en comunicación social que incentiven una visión positiva de la adolescencia y brinden información sobre temas relevantes para este grupo etario, dirigidos a toda la población, mejorando tanto la satisfacción de los usuarios como la imagen institucional.

7.1 Estrategias:

a) Desarrollo de estrategias y materiales de comunicación que promuevan paradigmas y una visión positiva de la adolescencia, incluyendo factores protectores de la salud así como la participación social, el autocuidado, la prevención de conductas de riesgo y otras condiciones.

b) Desarrollo de proyectos innovadores de comunicación social para la promoción y prevención de la salud en la población adolescente.

Responsables: Presidencia Ejecutiva Gerencias: Médica, Administrativa, Financiera, Infraestructura y Tecnologías, Dirección de Red de Servicios de Salud, Dirección de Comunicación Organizacional, Directores de Establecimientos de Salud,Dirección de Fortalecimiento de la Red Oncológica

EJE 3: GESTIÓN

Enunciado 8

La Caja Costarricense de Seguro Social promoverá dentro de las posibilidades económicas y la competencia institucional el desarrollo de proyectos innovadores e investigaciones relacionadas con la salud de la población adolescente.

8.1 Estrategias:

a) Acercamiento a la población por medio del uso de herramientas tecnológicas y educativas innovadoras que permitan la difusión de buenas prácticas y el posicionamiento institucional como ente generador de información científica, que fortalezcan la prevención de conductas de riesgo, promoción de la salud y estilos de vida saludable.

b) Promoción de investigaciones en temas relacionados con la adolescencia y la sistematización de las experiencias institucionales exitosas, definiéndose como prioridad nacional en Salud Pública por favorecer la protección y desarrollo integral de esta población

c) Fortalecimiento del sistema de información institucional de forma que continuamente se incorporen variables específicas sobre la población adolescente.

Responsables: Gerencias: Médica, Pensiones, CENDEISSS, Dirección de Red de Servicios de Salud, Directores de Establecimientos de Salud, Dirección de Fortalecimiento de la Red Oncológica, Área de Estadísticas de Salud, EDUS.

Enunciado 9

La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá las competencias del Recurso Humano mediante procesos de capacitación continua en todos los niveles e instancias de la Red Institucional de Atención, con el fin de brindar servicios amigables de acuerdo a las necesidades y particularidades de las personas adolescentes.

9.1 Estrategias:

a) Inclusión en los perfiles del recurso humano institucional de requisitos académicos relacionados con salud integral de las personas adolescentes.

b) Implementación de procesos de capacitación continua del recurso humano profesional, técnico, administrativo y de servicios de apoyo en materia de adolescencia, incorporando el uso de la tecnología disponible.

c) Fortalecimiento de las Clínicas de Adolescentes con experiencias exitosas como Centros de formación y capacitación del Recurso Humano institucional en temas relacionados con la Salud Integral de la Persona Adolescente en concordancia a la normativa del CENDEISSS.

Responsable: Gerencias: Médica, Administrativa, Dirección de Red de Servicios de Salud, CENDEISSS, Directores de Establecimientos de Salud,Dirección de Gestion y Administración de Personal.

X. ABREVIATURAS

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNA	Código de Niñez y Adolescencia
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIA	Programa de Atención Integral a la Adolescencia
PENSPA	Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de las personas adolescentes
PNNA	Política Nacional de Niñez y Adolescencia
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SS/SR	Salud sexual y salud reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

FICHA TÉCNICA DE LA POLITICA		Código	
Nombre	**Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia**		
Objetivo	Garantizar una atención diferenciada, amigable, oportuna con calidad y calidez, para la población adolescente (10 años a 19 años y 11 meses de edad) que permita responder a las necesidades actuales, requerimientos y retos futuros para asegurar poblaciones sanas.	**Vigencia**	Próxima actualización en el año 2022
Palabras clave	Adolescencia, Atención Integral a la Adolescencia, Servicios Diferenciados para Adolescentes, Programa de Atención Integral a la Adolescencia, Salud Integral	**Responsables**	Presidencia Ejecutiva Gerencia Médica Direccion de Desarrollo de Servicios de Salud. Area de Atención Integral a las Personas.

Control de cambios	**Fecha**	**Elemento a modificar**	**Justificación**	**Responsable**

Esta Politica tendrá revisiones periódicas (al menos una vez al año) para garantizar la vigencia de la misma.

XI. REFERENCIAS

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, *Decreto Legislativo Nº 9396, (2016).Aprobación del Contrato de Préstamo Nº8593-CR y sus Anexos entre la República de Costa Rica y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), para financiar el Programa por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica, Expediente Nº19.945*, San José, Costa Rica.

Berner, E. et al. (2009). *Adolescencia. Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud*. Argentina: FUSA.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Bases Programáticas del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento de Salud Integral de las Personas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). *Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento de Salud Integral de las Personas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2010). *Plan de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015a). *Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva.* San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2015b). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018.* San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). *Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salu*d, Dirección de Compras de Servicios de Salud. San José, Costa Rica: CCSS.

Católicas por el Derecho a Decidir & Red Nacional Católica de Jóvenes por el Derecho a Decidir. (2009). *Experiencias y percepciones de las/os adolescentes en los servicios de salud para adolescentes de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco, Veracruz*. México: Católicas por el Derecho a Decidir.

Corona, F. y Peralta, E. (2011). *Prevención de conductas de riesgo*. Revista Médica Clínica Condes, 22(1), 68-75.

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

Costa Rica. Ministerio de Salud (2011b). *Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010.* -San José, Costa Rica: El Ministerio.

Costa Rica. Ministerio de Salud (2016). *II Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2015*. -San José, Costa Rica: El Ministerio.

Costa Rica Ministerio de Salud. (2014a). *Norma nacional para la atención integral de las personas adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva.* San José: Dirección Garantía de Acceso a Servicios de Salud, Unidad Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas, Ministerio de Salud República de Costa Rica.

Costa Rica Ministerio de Salud. (2014b). *Analisis de Situación de Salud Costa Rica*. San José: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud, República de Costa Rica.

Garzón, M. (2012). *Carga de Enfermedad*. En: Revista CES Salud Pública. Volumen 3, Número 2, Julio-Diciembre 2012, pág. 289-295

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2013). Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria*: Costa Rica 2012. San José, CR. 131 p.

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

Korin, D. (1997) *El porqué de la interdisciplina en los equipos de salud*. Educación a Distancia en Salud del Adolescente. Buenos Aires: EDISA, 7: 79

Moreno, E. (1995). *Servicios de Salud para adolescentes y jóvenes*. Los Desafíos de acceso y calidad. Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Evaluacion de Calidad. Una guía para la evaluación de los Servicios de salud Amigables para adolescentes*. Argentina: OMS.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud(2011). *Modificado de Promoción de la Salud: una Antología. Washington DC, 1996. OPS/OMS. Principios de la Epidemiología para el Control de las Enfermedades. Washington DC,*

Acerca del Proyecto Curso de Vida Saludable
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=420%3A2008-curso-vida-saludable&catid=1340%3Ageneral-fgl&Itemid=39489&lang=es#.WXoZ5R0Vty4.email

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y los Jóvenes 2010-2018*, Enmarcada en los acuerdos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Rodríguez, J. (2001) *La Reforma del Sector Salud en Costa Rica y sus estrategias para garantizar la atención integral en salud a la población adolescente*. Conferencia presentada en Panamá. (Documento de circulación interna).

Vega, M. & Jiménez, G. (2013). *Modalidad de Atención Integral a la Adolescencia en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Informe de Consultoría. San José: Caja Costarricense de Seguro Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Publicaciones OPS:
http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/AbordajeIntegralConsulta/cap13B.html. Extraído el 25 de mayo de 2017.

XII. BIBLIOGRAFIA

Esta política tiene como antecedentes para su construcción, una diversidad de documentos elaborados por el Programa Atención Integral a la Adolescencia, que reseñamos a continuación:

Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). *Bases Programáticas del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento de Salud Integral de las Personas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). *Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José: Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento de Salud Integral de las Personas, Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2010). *Plan de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social*. San José, Costa Rica: CCSS.

Consejo Nacional de Política Pública de la Persona Joven. (2013). *2da Encuesta Nacional de Juventudes. Informe de Principales Resultados.* San José, Costa Rica.

Costa Rica, Ministerio de Salud (2012). *Manual Operativo del Proyecto de Salud Mesoamérica 2015*. Coordinado por el Ministerio de Salud. Primera Operación.

Vega, M. & Jiménez, G. (2013). *Modalidad de Atención Integral a la Adolescencia en los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Informe de Consultoría. San José: Caja Costarricense de Seguro Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Caja Costarricense de Seguro Social (2014). *Manual Operativo de Servicios Amigables para Adolescentes*. Documento de circulación interna.

Caja Costarricense de Seguro Social (2014). *Proyecto Familias Fuertes Prevención de las adicciones, conductas de riesgo y delictivas en adolescentes*. Documento de circulación interna.

Caja Costarricense de Seguro Social (2015).*"Proyecto de Habilidades para la Vida para la prevención del fumado, otras adicciones y conductas de riesgo en personas de 10 a 19 años: Capacitación desde una plataforma virtual con un enfoque de participación social comunitaria".* Documento de circulación interna.

Caja Costarricense de Seguro Social (2016). *"Proyecto autocuidado masculinidad y Femeneidad abordaje desde una perspectiva de participación social de la población adolescente para la prevención del embarazo"*. Documento de circulación interna.

Caja Costarricense de Seguro Social (2016). *Espacios Hospitalarios Diferenciados para Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social.* Documento de circulación interna.

Costa Rica, Ministerio de Salud (2017). *Iniciativa Salud Mesoamérica. Coordinado por el Ministerio de Salud. Segunda Operación*. Documento de circulación interna.