

PROMOCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

PROMOTION AND INTEGRAL DEVELOPMENT OF HEALTH IN ADOLESCENT POPULATION

Olga Prieto Cruz*

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad analizar los planteamientos que tiene la normativa vigente en Costa Rica, en relación con la salud integral de la población adolescente, con base en la promoción de la salud y el enfoque de derechos. Se hace una descripción de esta normativa, la cual debería traducirse en estrategias viables para lograr la promoción y el desarrollo integral de la salud en este grupo poblacional. En esta descripción se identificarán aquellos elementos que se refieren a la promoción de la salud, vinculada con lo que establece la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), firmada por Costa Rica en 1989; el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, vigente desde el año 1998), y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en 1986, también suscrita por Costa Rica. Se concluye con un análisis crítico sobre la contradicción que se da entre la normativa existente y la realidad con que esta población se enfrenta.

PALABRAS CLAVE: ADOLESCENCIA * SALUD * POLÍTICA DE SALUD * DERECHOS HUMANOS * CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

ABSTRACT

This study aims to analyze approaches to legislation in Costa Rica, in relation to the integral health of the adolescent population, based on the promotion of health and rights approach. It's described the normative, which should result in strategies, that are carried out with the aim of achieving the promotion and development of the health of this group. In this description will identify those elements which relate to the promotion of health, linked to the established in the Convention on the Rights of the Child (CRC), signed by Costa Rica in 1989; the Code on Children and Adolescents (CNA, existing since 1998), and Ottawa Charter for Health Promotion, proposed by the World Health Organization, in 1986. It

* Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica.
olga.prieto@ucr.ac.cr

concludes with a critical analysis on the contradiction between the existing regulations concerning the integral health of adolescents and the reality that this population faces.

KEYWORDS: ADOLESCENCE * HEALTH * HEALTH POLICY * HUMAN RIGHTS * SOCIOECONOMIC CONDITIONS

NORMATIVA QUE FUNDAMENTA EL DESARROLLO DE UNA POLÍTICA PÚBLICA Y UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

En relación con el tema que atañe al presente trabajo, es importante destacar algunos artículos de la normativa vigente en Costa Rica, con respecto a la salud integral de la población menor de edad del país, la cual debe constituirse en la base para la formulación de políticas de salud dirigidas, específicamente, a la población adolescente.

La Convención sobre los Derechos del Niño¹ dió origen a que los países suscriptores trazaran una serie de lineamientos en cuanto a la salud de las personas menores de edad. A continuación en los artículos 24, 25 y 26 de esta convención (con subrayados de la autora):

Artículo 24:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

- b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- c) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros de contaminación del medio ambiente;
- d) asegurar atención primaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- e) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

1 En el presente artículo, esta convención hace referencia a las personas menores de edad, de 0 a 18 años. Igualmente, cuando en otros apartados del documento hace referencia a la niñez.

- Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Artículo 25:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26:

- Los Estados partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.
- Las prestaciones deberán concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre (citado en PANI, s.f., pp.36-38).

Asimismo, la CDN es la base para que en Costa Rica se promulgara la Ley 7739, conocida como el Código de la Niñez y la Adolescencia, la cual empieza a regir en el año 1998. De acuerdo con lo que establece la CDN, en este Código se pone de manifiesto el paso del paradigma de situación irregular, en relación con la atención a las personas menores de edad, vigente desde 1919 hasta 1989 en todas las legislaciones de

América Latina, al paradigma de protección integral, el cual:

...obliga a repensar profundamente el sentido de las legislaciones para la infancia, convirtiéndolas en instrumentos eficaces de defensa y promoción de los Derechos Humanos específicos de todos los niños y adolescentes, no solamente los menores.

El punto central de la Convención y, por ende de la doctrina de la Protección Integral es el reconocimiento de todos los niños, niñas y adolescentes, sin discriminación alguna, como sujeto de plenos derechos, cuyo respeto se debe garantizar (INAM, 67-68).

En el Código es importante resaltar, en el título de disposiciones directivas, los artículos 1, 3, 4, 5 y 7, que se pueden relacionar con lo establecido en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en cuanto a la participación social, la no discriminación, el factor político (relacionado con las políticas estatales), el interés superior del o la adolescente y el desarrollo integral de los individuos. Estos artículos dicen (subrayados de la autora):

Artículo 1: Objetivo

Este código constituirá el marco jurídico mínimo para la protección integral de los derechos de las personas menores de edad. Establece los principios fundamentales tanto de la participación social o comunitaria como de los procesos administrativo y judicial que involucre los derechos y obligaciones de esta población.

Las normas de cualquier rango que les brinden mayor protección o beneficios prevalecerán sobre las disposiciones de este Código.

Artículo 3: Ámbito de aplicación

Las disposiciones de este Código se aplicarán a toda persona menor de edad, sin

distinción alguna, independientemente de la etnia, la cultura, el género, el idioma, la religión, la ideología, la nacionalidad o cualquier otra condición propia, de su padre, madre, representantes legales o personas encargadas. Los derechos y las garantías de este grupo son de interés público, irrenunciables e intransigibles.

Artículo 4: Políticas estatales

Será obligación general del Estado adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad.

En la formulación y ejecución de políticas, el acceso a los servicios públicos y su prestación se mantendrá siempre presente el interés superior de estas personas. Toda acción y omisión contraria a este principio constituye un acto discriminatorio que viola los derechos fundamentales de esta población.

De conformidad con el régimen de protección especial que la Constitución Política, la Convención sobre los Derechos del Niño, este Código y leyes conexas garantizan a las personas menores de edad, el Estado no podrá alegar limitaciones presupuestarias para desatender las obligaciones aquí establecidas.

Artículo 7: Desarrollo integral

La obligación de procurar el desarrollo integral de la persona menor de edad les corresponde, en forma primordial, a los padres o encargados. Las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, regulado en el título IV de este Código garantizarán el respeto por el interés superior de estas personas en toda decisión pública o privada.

La Defensoría de los Habitantes de la República velará por el cumplimiento efectivo de estas obligaciones.

El título IV del Código, en los artículos del 41 al 55, se relaciona con el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. De estos artículos se pueden resaltar los siguientes (subrayados de la autora):

Artículo 41: Derecho a la atención médica

Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado.

Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

Artículo 42: Derecho a la seguridad social

Las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutarán de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas.

Artículo 43: Vacunación

Las personas menores de edad deberán ser vacunadas contra las enfermedades que las autoridades de salud determinen. Suministrar y aplicar las vacunas serán obligaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Por razones médicas, las excepciones para aplicar las vacunas serán autorizadas solo por el personal de salud correspondiente.

El padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas serán responsables de que la vacunación obligatoria de las personas menores de edad a su cargo se lleve a cabo oportunamente.

Artículo 44: Competencias del Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad.

Para esta finalidad, el Ministerio de Salud tendrá las siguientes competencias:

- a) Asegurar la atención integral de este grupo, procurando la participación activa de la familia y la comunidad.
- b) Garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, especializados en niños y adolescentes.
- c) Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral dirigidos a las personas menores de edad incluyendo programas sobre salud sexual y reproductiva.
- d) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el abuso y la violencia que se suscitan en el seno familiar, comunitario, social, educativo y laboral.
- e) Fomentar la lactancia materna en los hospitales públicos y privados, así como divulgar ampliamente sus ventajas.
- f) Adoptar medidas que garanticen el desarrollo de las personas menores de edad en un medio ambiente sano.
- g) Garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico.

- h) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales.

Artículo 50: Servicios para embarazadas

Los centros públicos de salud darán a la niña o a la adolescente embarazada los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el nasciturus, la atención médica del parto y, en caso de que sea necesario, lo alimentos para completar su dieta y la del niño o niña durante el período de lactancia.

Las niñas o adolescentes embarazadas tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro para su salud o la del nasciturus tendrá derecho a atención de preferencia.

Artículo 53: Derecho al tratamiento contra el SIDA

Salvo criterio médico en contrario, la CCSS garantizará a la madre portadora del virus VIH (SIDA) el tratamiento médico existente, con el fin de evitar el contagio del niño nasciturus. Asimismo, toda persona menor de edad portadora del VIH o enferma del SIDA tendrá derecho a que la Caja le brinde asistencia médica, psicológica, y en general, el tratamiento que le permita aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones producidas por esta enfermedad.

Artículo 55: Obligaciones de autoridades educativas

Será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los

centros de enseñanza de educación general básica preescolar, maternal y otra organización, pública o privada, de atención a las personas menores de edad:

Velar porque el Ministerio de Salud cumpla la obligación contemplada en el artículo 43 de este Código.

Comunicar a los padres, madres o encargados que el menor requiere exámenes médicos, odontológicos o psicológicos.

Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva que formule el ministerio del ramo.

El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectivo (Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley nro.7739, 6 de febrero de 1998).

A pesar de lo estipulado en el Código de la Niñez y la Adolescencia, se puede observar una serie de contradicciones entre lo que se establece y lo que se hace en pro de la salud de la adolescencia en Costa Rica, pues, de acuerdo con manifestaciones hechas por funcionarios de la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños, la salud de esta población está en situación de abandono (Rodríguez, 11 agosto de 2016, p. 15A). A pesar de que se trata de superar las desigualdades sociales, no se establecen estrategias en los diferentes ámbitos que permitan generar cambios estructurales dentro del Estado social y democrático de justicia social, que conlleven a una real mejoría de la calidad de vida de toda la población y en particular, de los grupos más vulnerables, como es el caso de los niños, niñas y adolescentes.

DATOS GENERALES: SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN COSTA RICA

Con base en datos del Censo de Población, contenidos en el Décimo Octavo Informe del Estado de la Nación (18° EN) y en el IV Estado de los

Derechos de la Niñez y la Adolescencia (IV EDNA); en proyecciones poblacionales elaboradas por el Centro Centroamericano de Población (CCP) y datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se pueden extraer algunas cifras que denotan la situación de la población adolescente en nuestro país.

Se puede observar que existe una reproducción intergeneracional de la pobreza y la movilidad social ascendente es muy poca —si es que se da— lo cual limita que las personas menores de edad puedan disfrutar a plenitud de sus derechos. En Costa Rica, la brecha social tiende a ampliarse, dándose una alta concentración de la riqueza en algunos sectores y una inversión social que no da los resultados esperados, en tanto que la pobreza afecta en mayor medida a los menores de 15 años.

En el año 2015, de acuerdo con proyecciones del CCP, la población constituida por menores de edad en el país, alcanza el 28,05% (1 355 601 personas) de la población total. De este grupo, el 66% son niños y niñas, y el 34% son personas adolescentes entre los 12 y los 17 años. Es decir, se trata de un grupo numeroso de personas que por su condición etaria, presenta características y necesidades propias, diferentes a las del resto de la población, como bien se establece en la CDN y en el CNA. Características y necesidades que deben garantizarse dentro del grupo familiar, en primera instancia, y por el Estado, en segundo lugar.

En el campo de la educación, de acuerdo con datos que se citan en el IV EDNA, si bien hay una mejora en la matrícula, se da una situación particularmente inquietante en la educación secundaria, lo cual se confirma en datos que se aportan en el 18° EN, con base en el censo del año 2011, cuando se indica que si bien el 97,6% de la población está alfabetizada, el promedio de escolaridad es de 8,9 años, es decir, que muchos no alcanzan culminar la educación secundaria; además de que el aspecto de la educación presenta grandes brechas territoriales, siendo en la Gran Área Metropolitana —zona eminentemente urbana— donde se concentran las personas con mayores niveles educativos, con estudios secundarios completos y con educación superior.

Se complementa lo anterior con datos del INEC, del año 2011, que indican que la tasa de escolaridad es de casi el 100% en los dos primeros ciclos educativos, es decir, se cubre a menores de edad entre los 7 y los 12 años. Sin embargo, la cobertura en educación secundaria, baja a 76,5%. En el tercer ciclo, la cobertura es de 81,7%, la cual desciende sustancialmente a 46,5% en el ciclo diversificado. En otras palabras, cada 10 estudiantes que ingresan al sistema educativo, 4 personas terminan secundaria aproximadamente. De este modo, se observa que uno de los grandes problemas del sistema educativo costarricense es la incapacidad para evitar que los y las adolescentes se retiren del sistema (IV EDNA, 2004), a pesar de los esfuerzos realizados, por ejemplo, como el programa de becas Avancemos, creado en el 2006.

En el campo de la salud, existe la necesidad de brindar un servicio especializado para la población adolescente. En el año 1989, se creó dentro del sistema de seguridad social costarricense, el Programa de Atención Integral del Adolescente (PAIA), con el objetivo de ofrecer una atención diferenciada a la población adolescente, bajo los criterios de equidad de género y enfoque de riesgo, así como la salud física, mental y social de este grupo poblacional. Sin embargo, en la actualidad este programa está muy disminuido.

Aunque Costa Rica se caracteriza por ser un país que tiene buenos índices de salud, en términos generales, es posible percibir grandes brechas entre grupos sociales y a nivel regional, lo cual es indicador para realizar una mejor planificación en lo que respecta a la prestación de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades que se presentan en las diferentes regiones y en diferentes grupos poblacionales y sociales. Sin embargo, con la actual crisis institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se establece un factor de riesgo que contribuiría a incidir negativamente en estos índices a menos que se tomen las medidas correctivas adecuadas (18° EN, 2012).

De acuerdo con la Asociación Costarricense de Adolescencia y Juventud (ASCAJU), la inversión en la salud de los y las adolescentes, se ve obstaculizada porque se tiene la percepción

de que es una población sana, lo cual es cierto en cuanto a salud física; sin embargo:

...esta población experimenta una amplia gama de problemas de salud, tales como traumas, accidentes diversos y sus consecuencias, depresiones y suicidios, disturbios emocionales, conductas sexuales de riesgo, consumo de drogas lícitas e ilícitas, patrones de alimentación inadecuados, trastornos alimentarios, sedentarismo y, aunado a lo anterior, pueden mostrar conductas violentas al mismo tiempo que son víctimas de una cultura que les violenta (ASCAJU, 2013, p.12).

De ahí la necesidad de la búsqueda de conocimiento de los factores que determinan sus problemas de salud y llevar a cabo “estrategias de acción que incorporen la promoción de la salud a edades tempranas y desde un abordaje integral, garantizando la articulación de acciones entre diversas instituciones y sectores” (ASCAJU, 2013, p. 12).

Por otro lado, en Costa Rica la atención a la salud de los y las adolescentes es universal, está garantizada por ley y está a cargo de la CCSS; no obstante, en la práctica sigue prevaleciendo el enfoque biológico, además de que existe una muy baja cobertura en lo que refiere a la detección de factores y conductas de riesgo, así como de factores protectores y de promoción de la salud (ASCAJU, 2013).

Las actividades de promoción tienen una calidad cuestionable ya que se utilizan metodologías inapropiadas, no existe continuidad en el tiempo y el desarrollo de los temas es aislado, sin visión integradora. Esto en parte está determinado porque el recurso profesional responsable de realizar estas actividades no cuenta con una formación adecuada en promoción de la salud y en la atención integral de la adolescencia (ASCAJU, 2013, p. 12).

Es importante considerar el factor pobreza en los hogares, situación que atenta contra los derechos de la población menor de edad, en particular de los adolescentes, pues les limita

tener mejores oportunidades de vida y el acceso a los bienes y servicios básicos para su desarrollo, en especial, a la educación y la salud. El censo del año 2011 señala que el porcentaje de pobreza extrema en el país es de 6,4% y los hogares pobres constituyen el 21,6%, se incrementa a 26,5%, si se toma en cuenta el número de personas que conforman la población total del país. Considerando el indicador de necesidades básicas insatisfechas, se incluye dentro de la variable pobreza al 24,6% de los hogares y al 27,4% de la población. A la situación de estos hogares se suma la tendencia de tener la mayor cantidad de niños y niñas menores de 5 años, aunado a la baja escolaridad y mayor desempleo. Asimismo, tienen un mayor porcentaje de jefatura femenina (37% de los hogares encabezados por mujeres se encuentran en condición de pobreza).

Según el 18° EN, Costa Rica tiene un nivel de pobreza y de vulnerabilidad del 33,9%, lo que quiere decir que “ante cambios en la situación económica que afecten los ingresos de los hogares, muchos de ellos muy probablemente caerán en pobreza” (18° EN, 2012, p. 117).

Al analizar la pobreza por grupos etáreos, los datos del censo señalan que los porcentajes más altos de pobreza y de pobreza extrema afectan a la población menor de 18 años, de manera que uno de cada tres niños y adolescentes se encuentran en esta condición, es decir, que las personas menores de edad constituyen el 45% de las personas en pobreza del país.

Los menores de 12 años en esta situación representan el 32% de la población pobre total y el 36,6% de los pobres extremos. Estas cifras son más relevantes si se considera que solo el 19,1% de la población nacional es menor de 12 años. En otras palabras, existe una sobrerrepresentación de los infantes en la población pobre, fenómeno que se observa en todas las regiones del país. (...) Muchos de estos niños y niñas no pueden siquiera cubrir sus necesidades de alimentación, ni acceder a los servicios básicos de salud, vivienda digna, agua potable y electricidad. Si logran incorporarse en el sistema

de educación formal, principal mecanismo de movilidad social, sus posibilidades de mantenerse en él, o de tener un rendimiento exitoso, son escasas. La falta de escolarización temprana y los elevados niveles de reprobación y deserción siguen siendo grandes obstáculos para una integración exitosa de las nuevas generaciones en la sociedad del conocimiento (18° EN, 2012, pp. 17-18).

Lo anterior evidencia importantes problemas sociales en lo que concierne a la población más joven. Problemas de exclusión, marginalidad y vulnerabilidad de importantes sectores de la población que, en el caso de las personas menores de 18 años, se evidencia en un prolongado y sostenido proceso de infantilización de la pobreza (IV EDNA, p.50).

Los problemas que presenta la realidad social costarricense en el tiempo, no se han tratado de manera adecuada, sino más bien, de forma insuficiente e incompleta. De ahí la necesidad de que se dé un cambio de concepciones, políticas e instrumentos en su abordaje, para viabilizar la universalización de los derechos sociales como obligación, compromiso y propósitos de las políticas públicas dentro del ordenamiento político, social y económico basado en la equidad, para que la población en general y particularmente, las personas adolescentes tengan la potestad y la garantía de hacer exigibles sus derechos.

Con los datos anteriores se puede inferir que a pesar de la normativa existente, la situación de los y las adolescentes en Costa Rica, no es la más óptima. Se requiere de la formulación de estrategias sociales que orienten y hagan viable la política pública hacia la calidad de vida y la salud, como ejes que permitan comprender y actuar sobre la realidad social con el fin de transformarla. De esta manera, responder a las necesidades sociales con universalidad y calidad, en contraposición con lo que han sido las funciones y políticas sociales tradicionales, que tienden a la focalización, sin lograr las mejoras sociales y económicas.

Se requiere un esfuerzo articulado entre el gobierno y la sociedad para transformar los modos de atención y de gestión, incluida la participación activa y protagónica de sus miembros. Con base en la situación descrita, se pueden ubicar los posibles lineamientos estratégicos que se formulen para la promoción y el desarrollo de la salud integral de esta población, en los que se considera el conjunto interrelacionado de necesidades sociales y de salud, de acuerdo con lo que se establece en la Carta de Ottawa.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA

Es importante considerar las manifestaciones realizadas por el coordinador de la Clínica del Adolescente del Hospital Nacional de Niños, cuando dice que en Costa Rica:

... tenemos a la población adolescente abandonada. Entre 1980 y 1990, el país tenía 101 clínicas para este grupo y ahora hay menos de 15. Ellos no disponen de servicios de salud pensados para sus necesidades. Además hace falta trabajo de sectores como educación, familias, comunidades y la misma sociedad. (...) La cobertura para los adolescentes en servicios de salud es de menos del 30%... (La Nación, 18 de agosto, 2016, p. 15A).

Considerando lo expuesto en la normativa y en los datos mencionados, en Costa Rica no se cumple con lo que se establece en las leyes. Más bien, es necesario construir estrategias para la promoción de la salud de la población adolescente, en las que se contemplen los tres ejes fundamentales, establecidos en la Carta de Ottawa:

- 1) Impulsar los cambios en los ámbitos de salud y desarrollo social, que reorienten el modo de atención y gestión de las respuestas que se da a las necesidades de los y las adolescentes.
- 2) Favorecer el empoderamiento de esta población y sus familias en la corresponsabilidad con la protección de la salud individual y colectiva.

- 3) Trabajar por la construcción de ambientes sociales favorables y protectores de la salud y la vida de los y las adolescentes, es decir, crear ambientes saludables para la promoción de la salud, de manera que la salud implique mucho más que la enfermedad.

Para ello, se proponen como campos de acción la construcción de políticas públicas saludables, la creación de ambientes que favorezcan la salud, el desarrollo de habilidades personales, el reforzamiento de la acción comunitaria, así como la reorientación de los servicios de salud; aunado a estrategias como son la acción intersectorial e interinstitucional, la participación social y comunitaria, la coordinación de políticas saludables y la creación de ambientes saludables.

A su vez, estas estrategias deben tener algunos ejes transversales, como son la condición socioeconómica, el género y las etnias, según territorios sociales, asimismo exigen el trabajo de equipos interdisciplinarios e intersectoriales. En las estrategias se debe establecer un abordaje diferencial de las necesidades y de la naturaleza de las respuestas buscadas en este grupo y deben plantearse con un enfoque de redes sociales. Es necesario destacar el énfasis de su participación y protagonismo en las acciones que les conciernen, en su proceso de desarrollo y en la promoción de la calidad de vida y de salud.

Se trata de un modelo que promocio- ne la calidad de vida y el desarrollo de los adolescentes con la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades para la vida ciudadana, la educación para el ejercicio de una sexualidad placentera y una procreación responsable, con el fortalecimiento de redes sociales e intersectoriales, lo cual no está contemplado abiertamente en el Código de la Niñez y la Adolescencia en el país.

Lo anterior debe estar enmarcado en las políticas, normativas, acuerdos y convenios nacionales e internacionales suscritos por Costa Rica, en relación con los derechos de la niñez y la adolescencia, así como en relación con la promoción de la salud.

Dentro del nuevo paradigma sobre la adolescencia, esta se define como “un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas capacidades, se enfrentan situaciones nuevas y expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación”. Además es un “grupo que se caracteriza por la búsqueda de su identidad e independencia, por su alta vulnerabilidad desde el punto de vista biológico, psicológico, social y cultural” (MSDS, 2003).

Se trata de un período donde ocurre el crecimiento físico y se producen cambios biológicos, donde además se da una compleja interacción entre maduración y aprendizaje, de la expresión de potencialidades intelectuales, del proceso de culturización y su relación con la familia y sociedad, produciéndose con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y las desventajas del entorno, y es el momento en el cual se nota con mayor intensidad lo que el o la adolescente arrastra desde su infancia (MSDS, 2003). Es el período de la vida durante el cual cobra particular relevancia para el individuo la expresión de la sexualidad genital, la capacidad procreativa, los patrones psicológicos y emocionales que permiten el tránsito a la adultez, la autonomía y la independencia. Según lo establece el CNA en su artículo 2, este grupo poblacional lo asumen las personas que son mayores de 12 años y menores de 18.

Todo esto está en estrecha relación con el enfoque de derechos, con lo cual, Costa Rica se compromete a incrementar sus esfuerzos por cumplir y proteger los derechos de esta población, al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y el Código de la Niñez y la Adolescencia, documentos que constituyen la base jurídica para la garantía y cumplimiento de estos, asignando competencias y delimitando funciones en el marco institucional del país.

Esto conlleva a que las personas menores de edad, de manera explícita y consolidada tengan el estatus de ciudadanos, que disfruten del cumplimiento de una serie de derechos y deberes sociales, económicos, culturales, civiles y políticos, los cuales aseguren su bienestar y su

desarrollo integral óptimo, de acuerdo con su posición en el ciclo de vida.

El tema de la garantía de los derechos humanos ha sido uno de los ejes principales en los países democráticos; sin embargo, por factores políticos, económicos e ideológicos, los derechos de algunos grupos humanos no están efectivamente garantizados, lo que se traduce en condiciones de desigualdad social por edad, género, nivel de ingreso, etnia, lugar de residencia, entre otros, como es el caso de la población adolescente.

El enfoque de derechos se fundamenta en la doctrina de protección integral, la cual es una doctrina jurídica y social que se estructura con base en los principios de la CDN, que se opone a los planteamientos de la doctrina de situación irregular, que imperó en las legislaciones latinoamericanas hasta los años 90 del siglo XX, pero que sigue imperando en muchas de las acciones que se desarrollan a nivel institucional (Castro y Prieto, 2009).

Los principios que establece el enfoque de derechos, son los que deben guiar el accionar de las instituciones que garantizan los derechos de la niñez y la adolescencia. Estos principios se resumen de la siguiente manera:

1. **El niño como sujeto de derechos:** las necesidades de los y las menores de edad son derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Los niños, niñas y adolescentes se convierten en titulares de toda la gama de derechos inherentes a todo ser humano, además de los derechos propios de su condición de personas en proceso de desarrollo y de los llamados derechos especiales por situaciones que demanden una particular protección. A su vez, estos derechos, se pueden agrupar en cuatro categorías: derechos de supervivencia, derecho al desarrollo, derecho a la protección y derecho a la participación.
2. **El interés superior del niño:** básico en la interpretación y la aplicación de la normativa y para establecer líneas de acción de carácter obligatorio. Se busca garantizar la efectividad del cumplimiento

de los derechos. Este interés superior debe ser el objetivo prioritario para la fundamentación y establecimiento de las políticas públicas y estrategias en materia de niñez y adolescencia.

3. **Prioridad absoluta:** las personas menores de edad siempre están primero, por su valor intrínseco, como personas en condiciones particulares de desarrollo y su valor prospectivo, referido a la continuidad de la familia, de su pueblo y de la especie humana.
4. **Participación:** a través de la cual se busca garantizar la creación de mecanismos para la exigibilidad de los derechos. Los y las menores de edad, como personas y sujetos de derecho, pueden y deben expresar sus opiniones en los temas que los afecten. Sus opiniones deben ser escuchadas y tomadas en cuenta para la agenda política, económica o educativa de la sociedad. La capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población, debe ser entendida dentro de los límites de su condición especial de desarrollo.
5. **El rol fundamental de la familia:** a la que se considera como el medio natural y primario donde se garantiza el desarrollo y la protección. Entre sus miembros se deben establecer relaciones que conlleven al respeto de los derechos tanto de las personas adultas como de menores de edad. Dentro de la familia las y los adolescentes deben ser informados y escuchados en todos aquellos asuntos que les involucran. Al mismo tiempo, los adultos que los tienen a su cargo, deben ser mediadores en la exigibilidad de sus derechos, para que se les garantice un desarrollo integral adecuado, teniendo en consideración aspectos físicos, espirituales, psicológicos, morales y sociales; y desarrollando sus aptitudes y talentos. Se hace necesario que el Estado brinde apoyo a la familia para que cumpla con sus responsabilidades (Castro y Prieto, 2009, pp.20-24).

Adicionalmente, como se plantea en el segundo Estado de los Derechos de

la Niñez y la Adolescencia (UCR, UNICEF, 2002), el proceso de construcción de la ciudadanía de los y las adolescentes requiere de un análisis género sensitivo que permita identificar y enfrentar los obstáculos que unas y otros enfrentan en razón de su sexo (Castro y Prieto, 2009, p. 24).

ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS EN SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

La adolescencia presenta importantes cambios físicos e importantes aspectos de desarrollo psicológico y social, implícitos en la definición de la propia identidad en sus dimensiones sexual, vocacional, creencias, separación-individuación, elaboración de las bases del sentido y proyectos de vida, consolidación de la capacidad reflexiva y crítica, incrementos de la creatividad y afectividad, dominio y control de las funciones de su cuerpo, integración a grupos de iguales como espacio natural para elaborar sus múltiples duelos, continuidad de la educación formal y/o inserción laboral temprana.

Con base en esto, los lineamientos estratégicos que se establezcan deben vincularse con las respuestas que se da a los adolescentes en los contextos particulares de vida donde tienen origen y explicación los problemas que los afectan. De esta manera, se asume que el crecimiento y desarrollo humano es producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico, cultural, social y afectivo, en la secuencia de las etapas de la vida. Por esto, los servicios y acciones de salud y desarrollo social, deben realizarse con una visión integral y promocional que permita visualizar, no solo el daño inmediato de los problemas que se les presenta, sino el entorno que lo origina desde una perspectiva integral.

En Costa Rica, existe inequidad en las oportunidades para adolescentes, según su identidad de acuerdo al grupo social al que pertenecen, el género, la etnia y la zona de residencia. Esto hace necesario una política afirmativa de construcción de alternativas de educación, protección social, inserción laboral y participación

como dimensiones obligatorias, dentro de un marco de amplia y radical participación. Por esta razón el objetivo fundamental de los servicios y acciones que se ofrecen en salud y desarrollo de las personas adolescentes es desarrollo de respuestas suficientes, equitativas y permanentes, interviniendo causas y determinantes que originan la negación de sus derechos. Es decir, se debe desarrollar el concepto de salud de manera integral, abarcando los múltiples espacios de la cotidianidad de las personas.

Cuando se abordan las necesidades del grupo adolescente, es importante que las respuestas del Estado, la sociedad y la familia consideren las características propias que presentan y los involucre como agentes activos de su propio desarrollo, con un papel protagónico en la promoción de su calidad de vida y salud. De acuerdo al nuevo paradigma que se desarrolla a partir de la CDN, se les debe reconocer como personas con derechos y necesidades propias, capaces de lograr una participación protagónica. Esto exige la importancia de un enfoque integral y de equipo interdisciplinario capacitado.

Por otro lado, los programas y acciones de salud deben abarcar los diferentes subentornos, dentro de un entorno global, como son el hogar, la escuela, los centros de salud, el medio laboral, la calle, las organizaciones comunitarias, los medios de comunicación, los sistemas políticos y legislativos, promoviendo su participación protagónica, es decir, un abordaje con coordinación interinstitucional.

Las intervenciones principales crean entornos seguros y propicios, proporcionan información, desarrollan capacidades, facilitan orientación y mejoran los servicios sociales y de salud. Su éxito depende de la medida en que se logre capacitar y educar a la población adolescentes como protagonista, y fomentar las actitudes y comportamientos positivos; asimismo, los adultos deben abordar sus problemas en forma integral, aprovechar y vincular las intervenciones, y respetar la diversidad socio-cultural étnica.

La formulación de las estrategias requiere de un diagnóstico de la situación de las personas adolescentes en el país: situación

epidemiológica, indicadores sociodemográficos (pobreza, educación y empleo), indicadores de salud (salud sexual y reproductiva, morbilidad, mortalidad), adolescentes en situaciones difíciles como consumidores de drogas lícitas e ilícitas o en situación de calle (a los que se les debe dar las posibilidades de desarrollar sus capacidades y de participar activamente en las decisiones, acciones y ejecución de proyectos para generar los cambios que se persiguen, como parte de la estrategia); y adolescentes en conflicto con la ley. Sobre esta temática existen algunos estudios que ponen de manifiesto esta situación de manera general: informes del Estado de la Nación e informes del Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica.

Se señala una serie de ámbitos prioritarios para promover la salud y el desarrollo de la autonomía de la población adolescente, evidenciando los principales ejes en salud y desarrollo social, los cuales serán la base para organizar los proyectos dirigidos a enfrentar transectorialmente las categorías de problemas que atentan contra estos ámbitos. Obligatoriamente, el desarrollo de estos proyectos debe incorporar a este grupo, pues la afirmación de su identidad y pertenencia a un proyecto colectivo de sociedad, refuerzan las potencialidades de sostener sus propias perspectivas de autonomía.

De esta manera, en la garantía de sus derechos ciudadanos, las acciones deben tomar en cuenta sus características y necesidades específicas, asegurando su participación activa en el diagnóstico de estas, así como en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios dirigidos a adolescentes. Es necesario crear espacios y actividades que faciliten su protagonismo y liderazgo, así como que se reconozca su capacidad para promover su propio desarrollo. En el caso de adolescentes con discapacidad o crónicamente enfermos, estas acciones adquieren mayor relevancia para favorecer su integración social, es decir, además de sus derechos humanos, se deben considerar sus derechos por condiciones especiales.

Entre los ámbitos que deben priorizar estas estrategias están los siguientes:

- a) **Protección y apoyo a sus familias:** valorándolas en su contexto sociocultural e histórico, en sus territorios sociales, considerando sus especificidades. En la atención integral y efectiva, es imprescindible reconocer la influencia e impacto de la dinámica familiar como un recurso útil para el diagnóstico y atención de las necesidades de esta población. En este aspecto tiene una importancia vital el desarrollo de programas de vivienda —que permiten a las familias acceder a una casa— y el acceso al derecho a la salud de toda la población.
- b) **Seguridad alimentaria y nutrición:** indispensable para que la población adolescente pueda desarrollar al máximo su potencial biológico, psicológico y social. Sin embargo, es lamentable observar cómo en Costa Rica existen familias en condiciones de pobreza extrema, que no tienen los recursos mínimos para satisfacer sus necesidades básicas en lo que se refiere a alimentación, situación que se agudiza con los problemas de desintegración familiar que provoca la desviación de los pocos recursos con que la familia cuenta hacia otras cosas que no se relacionan con sus necesidades, como por ejemplo, vicios.
- c) **Educación y aprendizaje:** algunos de los problemas y dificultades que se presentan en adolescentes pueden estar relacionados con trastornos de escolaridad y aprendizaje no detectados anteriormente, y que pueden estar asociados al propio ambiente escolar o familiar. Es importante la permanencia en el ámbito escolar como factor protector que contribuye positivamente en el mantenimiento de la salud y en el desarrollo integral de los y las adolescentes. En este sentido, es necesario el trabajo conjunto de la escuela, el equipo de salud y la familia.
- d) **Prevención de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevalentes en adolescentes:** la mayoría de las causas de morbilidad y mortalidad en adolescentes son evitables. Las acciones deben estar orientadas a la educación para la salud, la prevención primordial y primaria, detectando oportunamente los factores protectores y conductas de riesgo, y estimando el grado de vulnerabilidad en cada contacto que tenga con algún miembro del equipo de salud. De este modo, acercar los servicios y programas de salud para adolescentes debe ser una estrategia fundamental a desplegar por los equipos de salud, dada la percepción de riesgo muy baja que presenta esta población y la visión generalizada de que durante esta etapa no se presentan enfermedades.
- e) **Salud mental:** indispensable para prevenir las conductas de riesgo y disminuir las probabilidades de aparición de problemas como por ejemplo, a nivel de autoestima, de relaciones interpersonales, de proyecto de vida, de definición de identidad, de creatividad, entre otros.
- f) **Recreación, cultura y deporte:** considerados factores importantes en la calidad de un tejido social fuerte, la solidaridad, el apoyo social, los proyectos entre pares, como elementos que protegen a las personas adolescentes y les previenen de problemas sociales y de salud, particularmente, la violencia, el suicidio y los problemas de salud mental.
- g) **Salud sexual y reproductiva:** de gran significación en la adolescencia y eje medular en el modelo de promoción de la salud. Su atención debe incluir información, comunicación y educación acerca del ejercicio responsable de la sexualidad y la reproducción, derechos sexuales y reproductivos, así como factores de riesgo y las medidas de protección de infecciones de transmisión sexual, violencia y abuso sexual, mediante acciones de educación convencional y no convencional. Se debe dar atención especial a las adolescentes embarazadas.

CONCLUSIONES

De la reflexión y análisis de lo que podría ser una estrategia de la política pública con respecto a la promoción y el desarrollo de la salud

integral de los y las adolescentes en Costa Rica, se hacen las siguientes conclusiones:

1. Se da una serie de contradicciones entre lo que se establece en el CNA y lo que se da en la práctica referente a la atención integral y a la aplicación del modelo de promoción de la salud en la adolescencia. Existe una normativa, pero no hay una estrategia que la haga viable.
2. Se observa, en la normativa vigente, la presencia del paradigma de derechos, con el cual se pretende sustituir al paradigma de situación irregular en la atención a la población adolescente. Sin embargo, en Costa Rica aún impera, en la mayoría de los casos, el paradigma de situación irregular en la atención a este grupo poblacional, en las instituciones que prestan servicios a esta población, como bien se desprende del artículo supracitado del periódico *La Nación*, de las observaciones hechas por la autora en visitas a instituciones de atención y de salud en las que atiende a adolescentes y de conversaciones con expertos en este tema. Se requiere de una voluntad política férrea que promueva que este tipo de estrategias se pueda llevar a cabo de manera generalizada en el país y no de manera focalizada, con resultados a medias. No se trata de corregir un problema inmediato, sino de analizar sus causas a nivel político, económico, social y cultural, para evitar que el mismo se siga dando. Es una necesidad la implementación del nuevo paradigma en todos los niveles que tienen que ver con el desarrollo de la adolescencia y, en este caso específico, la salud integral.
3. Los actores, instituciones y grupos sociales que se involucren en esta estrategia —que puede ser política— son múltiples, debido a que debe llevarse a cabo de manera transectorial, transdisciplinaria e interinstitucional, incorporando a su vez a adolescentes, familias, comunidades organizadas, redes de servicios de salud, educativas y sociales, y ONG's, como lo establece el modelo de promoción de la salud. No obstante, en Costa Rica debe trabajarse en lograr ese aspecto, mientras imperen los intereses políticos y económicos de ciertos sectores sociales.
4. En los diferentes documentos que se elaboran en relación con la atención integral de la salud en la población adolescente y con las estrategias del modelo de promoción, se señala constantemente la participación de esta a nivel de formulación e implementación de aspectos contemplados en la elaboración de políticas, sin embargo, en el país hay poca participación de este sector.
5. Es importante motivar y propiciar la participación en diversos programas para la sociedad, como por ejemplo: programas de educación física con sectores de niños, adultos y adultos mayores, programas de alfabetización, programas con otros adolescentes, con población indígena, entre otros. Esto también puede funcionar como una medida para evitar el comportamiento violento que se evidencia en la población adolescente, y contribuir a canalizar la violencia.
6. Entre las fortalezas de los documentos que constituyen la base jurídica para la atención de población adolescente, se encuentra considerar el nuevo paradigma de derechos que se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño; sin embargo, en la práctica se tiene la debilidad de no tomarse en cuenta para el establecimiento de políticas para su atención integral, como se aprecia en el caso del Programa de Atención Integral de la Adolescencia de la CCSS, el cual, se ha debilitado mucho institucionalmente y además, adolece de involucrar a dicha población en una participación activa en la formulación y desarrollo de una estrategia de gran impacto en la mejora de la salud y desarrollo integral. Asimismo, en el debilitamiento de este programa se alegan otros aspectos como las limitaciones presupuestarias, lo que contraviene al art. 4 del CNA.

7. La puesta en práctica de lo que establece la normativa implica un proceso paulatino; no obstante, requiere de tiempo para superar la persistencia de los modelos de atención tradicionales. Han pasado casi 30 años desde que se estableció la normativa, sin que se observen grandes cambios en la atención a la salud integral de la población adolescente.
8. Un aspecto fundamental para llevar a cabo la política basada en las estrategias de atención integral, es el cumplimiento de un aspecto que es primordial para el desarrollo del modelo de promoción de la salud: la voluntad política de quienes gobiernan y la asignación de recursos para estos programas.
9. En la atención integral de la salud de la población adolescente se deben desarrollar estrategias que prioricen diversos ámbitos, con lo cual:
- ✧ Los programas de protección y apoyo a las familias que se llevan a cabo en Costa Rica para quienes se encuentran en condiciones de mayor riesgo social.
 - ✧ Las medidas que se toman en relación con la nutrición de la población adolescente, con el fin de prevenir problemas de anorexia, bulimia y obesidad, así como, las medidas que aseguren su alimentación.
 - ✧ El impacto de las medidas que se llevan a cabo para elevar los años de escolaridad de la población costarricense, evitando el abandono de las aulas, particularmente, en el tercer ciclo y en el ciclo de enseñanza diversificada, en los cuales la población adolescente se ve más afectada. Asimismo, es importante referirse a que, en el sistema educativo costarricense y en todas aquellas instituciones, tanto públicas como privadas, relacionadas con la atención a niños, niñas y adolescentes, no los educan ni los capacitan con respecto a sus derechos y deberes, y a la exigibilidad que pueden hacer de los mismos, sino por el contrario, estos derechos y deberes tienden a invisibilizarse.
 - ✧ Las acciones orientadas a la educación, la prevención y la promoción de la salud, así como la detección de factores o conductas de riesgo que afecten la salud de adolescentes: además las acciones que se realizan para acercar los servicios y programas de salud a esta población, especialmente, si se considera que los servicios de atención para este grupo han disminuido.
 - ✧ Los programas de salud mental que se llevan a cabo dentro de los servicios de salud que se brindan a la población adolescente y su impacto en la prevención de conductas de riesgo y de problemas propios de la adolescencia.
 - ✧ Los programas recreativos, culturales y deportivos dirigidos a adolescentes y su impacto en la prevención de los diversos problemas sociales y de salud, con el fin de evitar problemas de violencia y problemas de salud mental.
 - ✧ En lo que respecta al tema de la salud sexual y reproductiva, es importante señalar que el CNA no contempla un artículo específico en relación con este tema para el desarrollo integral de la adolescencia. Solo se hace una breve mención a este en el art. 44, cuando se hace referencia a las competencias del Ministerio de Salud de cada país. Esto contrasta con el discurso existente, en el sentido de que todas las personas menores de edad tienen derecho a ser informadas y educadas, de acuerdo con su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para incentivar una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin

riesgos. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a esta población. Estos servicios y programas deben ser accesibles económicamente, confidenciales —resguardar el derecho a la vida privada de niños, niñas y adolescentes— y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. En Costa Rica más bien, hay una fuerte intervención por parte de la Iglesia Católica que impide que se imparta una adecuada educación sexual a los y las adolescentes que se encuentran dentro del sistema educativo y obstaculiza el desarrollo de programas adecuados, lo que tiene como consecuencia embarazos en adolescentes y el acecho del peligro del VIH-SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual.

10. El art. 44 del CNA hace referencia a la adopción de medidas que garanticen el desarrollo de las personas menores de edad en un medio ambiente sano, sin embargo, no se puede obviar las condiciones ambientales desfavorables en las que vive la población en condición de pobreza, como por ejemplo, en las zonas urbano-marginales, donde muchos factores ambientales ponen en riesgo la salud, siendo niños, niñas y adolescentes los más vulnerables.
11. Se generan dudas cuando al final del art. 55 del CNA se establece que: “El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectivo”. ¿Qué medidas se aplican en Costa Rica para llevar a cabo esto?
12. Finalmente, a manera de recomendación, es de vital importancia que dentro de los programas oficiales del sistema educativo costarricense, se introduzca el tema de educación para la salud, en todos y cada uno de los niveles de primera y segunda enseñanza.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Prieto F., L. (1980). *Psicología y canalización del instinto de lucha..* Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores.
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social.* España Barcelona: MASSON, S.A.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable.* Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.

PUBLICACIÓN PERIÓDICA

- Prieto, C. (2015). Familia y adolescencia en Costa Rica. El caso de las familias expulsoras. *Revista de Ciencias Sociales*, 147, pp. 59-72.
- Rodríguez, I. (11 de agosto de 2016). Salud de la población joven del país está en situación de abandono. *Diario La Nación*, pp.15A.

TESIS

- Castro, A.C. y Prieto, O. (2009). *Salud sexual y reproductiva de la población adolescente en condición de calle: un estudio de casos.* Trabajo final de investigación aplicada para optar al grado de Magister en Salud Pública con énfasis en Adolescencia y Juventud. Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- Álvarez-Dardet, C. (2015). *Promoción de la salud.* Recuperado de http://www.aniorte-nic.net/apunt_polit_plan_5.htm

OTROS

- Asociación Costarricense de Adolescencia y Juventud-ACAJ. (2013). *Adolescencia en Costa Rica. Análisis, reflexiones y recomendaciones para la acción.* Recuperado en octubre de 2016 de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescencia%20en%20Costa%20Rica%20%20ASCAJU_0.pdf

- Castro, A. C. y Prieto, O. (2005). *Análisis del proyecto: Extensión Proyecto COS/00/00/24-98/P04: Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. (Trabajo presentado en el curso Formulación y Elaboración de Proyectos, Maestría en Salud Pública con énfasis en Adolescencia y Juventud, Universidad de Costa Rica, Costa Rica).
- Mangrulkar, L.; Whitman, C. V. & Posner, M. (Setiembre de 2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Unidad Técnica de Adolescencia.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera conferencia internacional para la promoción de la salud*, Ottawa 1986. Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
- Prieto, O. (junio de 2004). *La calle, la droga y la delincuencia: ¿cómo viven los jóvenes en la calle?* (Trabajo presentado en el curso Enfoques contemporáneos de adolescencia y la juventud I, Maestría en Salud Pública con énfasis en Adolescencia y Juventud, Universidad de Costa Rica, Costa Rica).
- Patronato Nacional de la Infancia-PANI (1996). Ley No. 7648. Principales disposiciones legales sobre niñez y adolescencia: Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia. Publicado en *La Gaceta* No. 245, 20 de diciembre de 1996.
- Patronato Nacional de la Infancia-PANI (1990). Ratificada en Ley No.7184. Convención sobre los Derechos del Niño. Publicado en *La Gaceta* No. 49, 9 de agosto de 1990.
- Patronato Nacional de la Infancia-PANI (1998). Ley No. 7739. Código de la Niñez y la Adolescencia. Publicado en *La Gaceta* No. 26, 6 de febrero de 1998.
- Patronato Nacional de la Infancia-PANI (2001). Ley No. 8101. Ley de Paternidad Responsable. Publicado en *La Gaceta* No. 81, 27 de abril de 2001.
- Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2012). *Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Décimo Octavo Informe*. San José, Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación.
- Proyecto Sistema de Información Estadística en Derechos de la Niñez y la Adolescencia [SIEDNA]. (Marzo de 2013). *Personas menores de edad a la luz del censo 2011*. San José, Costa Rica: INEC-UCR
- República Bolivariana de Venezuela. (Julio de 2003). *Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de los y las adolescentes de Venezuela*. Tomo 1. Venezuela: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Rodríguez, J.; Garita, C; Díaz, M.; Sequeria, M. & Valverde, O. (2002). *Bases Programáticas. Programa de Atención Integral a la adolescencia*. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- UNICEF, UCR, PRIDENA. (2002). *II Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica*. 1ª edición. San José, Costa Rica: UNICEF.
- UNICEF, UCR, PRIDENA. (2004). *IV Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica*. 1ª edición. San José, Costa Rica: UNICEF.

Fecha de ingreso: 02/11/2016
Fecha de aprobación: 18/01/2017

