

# Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes

**2021-2030**



# **Ministerio de Salud**

## **Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes**

2021-2030

613.043.3

P699p Costa Rica. Ministerio deSalud.

Plan estratégico nacional de salud de las  
personas adolescentes 2021-2030.– 2ª. ed.  
—SanJosé, Costa Rica:El Ministerio,2020.

84 p.; 27x21 cm.

ISBN 978-9977-62-097-8

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

Se autoriza la reproducción total o parcial, así como su difusión, siempre y cuando sea sin fines de lucro y se cite adecuadamente la fuente.

Este documento puede ser consultado en: [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr)

Costa Rica, Julio de 2021

## Créditos

Daniel Salas Peraza  
Ministro de Salud

Alejandra Acuña Navarro  
Viceministra de Salud

Andrea Garita Castro  
Directora, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

Rosibel Méndez Briceño  
Jefa Unidad de Planificación Sectorial; Ministerio de Salud

Dr. Wilmer Marquiño  
Asesor Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades  
Organización Panamericana de la Salud

### *Equipo Conductor del Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes*

Olga Hernández Chaves.  
Coordinadora Técnica; Ministerio de Salud

Yadira Fernández Muñoz  
Equipo Técnico, Ministerio de Salud

Guisselle Rojas Sánchez  
Equipo Técnico, Ministerio de Salud

Nancy Vargas Guevara  
Equipo Técnico, Ministerio de Salud

### **MIDEPLAN**

Roberto Morales Sáenz  
Dunia Quirós Carmona

### *Equipo Consultor*

Oscar Valverde Cerros  
Consultor Coordinador

Erika Céspedes Oviedo  
Esteban Durán Delgado  
Equipo Consultor

Ileana Aguilar Morales.  
Voluntaria Colaboradora

## Presentación

Los procesos de promoción, prevención o atención en pro de la salud de las personas adolescentes requieren acciones estratégicas, significativas y articuladas, en las que participen diversos actores y sectores. En esta línea se elabora el presente documento como una herramienta que orienta la acción de los diferentes actores sociales comprometidos y vinculados con la atención integral de las personas adolescentes en concordancia con el enfoque de derechos humanos y curso de vida.

Reconociendo que existen inequidades en el acceso y calidad a los diferentes servicios que requieren las personas adolescentes, el PENSPA permitirá avanzar hacia la reducción de las brechas que inciden en las condiciones de vida, explorar e intervenir en los determinantes sociales de la salud y atender las inequidades que aumentan la vulnerabilidad a ciertas poblaciones.

Además, con el PENSPA se pretende poner a disposición de las personas e instituciones, un marco de acción estratégico que permitirá orientar las distintas acciones institucionales e interinstitucionales consensuadas, que contribuyan a la reducción de los factores de riesgo a los que está expuesto este grupo poblacional y fortalecer los factores que protegen su salud.

Inicialmente, el Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, en el año 2010 oficializó el Plan Estratégico Nacional de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018 y el Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA, 2012), como órgano adscrito al Ministerio. Además, en el año 2015, se oficializó con el Decreto Ejecutivo N° 39088-SD, la Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente De Salud Sexual y Salud Reproductiva, con el propósito de mejorar la calidad de vida de esta población.

Con el objeto de actualizar dichos marcos de acción pública, a partir de los avances, logros y aprendizajes de la ejecución de ambos planes, se consideró necesario realizar una evaluación del cumplimiento del PENSPA y del Plan de Acción del CIAMA. Además de hacer un análisis del estado de situación de la salud de esta población y de los servicios que les brindan atención para su respectivo ajuste.

Paralelo a esta actualización, en el año 2018 se realizó un FODA en el CIAMA, como órgano interinstitucional coordinador y articulador de la atención del embarazo en la adolescencia (Anexo 1), con el objeto de potenciar los resultados que el país ha

venido alcanzando en materia de prevención del embarazo en la adolescencia y de procura del desarrollo integral de las adolescentes madres y sus hijas e hijos.

Asimismo, se revisaron otros marcos y compromisos internacionales y nacionales con el fin de analizar la pertinencia de las áreas estratégicas del PENSPA y del Plan de Acción del CIAMA (Anexo 2).

A partir de los anteriores procesos metodológicos se desarrolló un taller participativo y reuniones con el equipo técnico conductor del Ministerio de Salud, con el fin de proponer los ajustes en las líneas de acción, metas, indicadores y responsables.

Con el objeto de integrar dentro del PENSPA, un plan que permita un abordaje integral de las personas adolescentes que enfrentan el cáncer, y que incluya la detección y atención temprana, oportuna e integral, se realizó, en el mes de junio del 2019, un Taller de Consulta con informantes claves de instituciones públicas y servicios que estarían involucrados en los distintos niveles de respuesta institucional.

Finalmente, se desarrolló un proceso de validación del presente plan, con el objeto de alinearlo con las políticas públicas y los compromisos institucionales que faciliten su implementación y cumplimiento. En este sentido, no solo se realizó un Taller presencial, sino que se brindó la posibilidad a las distintas instituciones de hacer observaciones al documento y enviarlo por correo electrónico para que fueran consideradas y analizadas sus observaciones desde su pertinencia, según la cual fueron incorporadas.

De este modo, el presente documento parte del estado de situación de las personas adolescentes en los últimos años, sus características demográficas generales, su situación en materia de salud mental, violencia, malnutrición, cáncer, educación sexual y embarazo en adolescentes, segregado por cantón y por la posición en el Índice de Desarrollo Humano Cantonal en algunos casos, para finalmente proponer las líneas de acción, metas, indicadores y responsables de las acciones orientadas a la salud integral de las personas adolescentes.

Con el fin de facilitar el seguimiento de las metas, se incorpora un apartado para el monitoreo y evaluación de las metas comprometidas por los diferentes entes responsables.

De igual forma, con el objeto de visibilizar las particularidades del abordaje integral del embarazo y la maternidad en la adolescencia, así como el cáncer en la adolescencia, se extraen en anexos separados el Plan de Acción del CIAMA del periodo 2021-2030 y el Plan para la Atención al Adolescente con Cáncer.

Dr. Daniel Salas Peraza

Ministro de Salud

## Tabla de Contenidos

Presentación.....	4
I. INTRODUCCIÓN .....	12
II. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL PAÍS .....	15
2.1 Evolución demográfica .....	15
2.2 Educación y empleo.....	19
2.3 Estado civil.....	23
III. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES.....	25
3.1 Salud nutricional.....	25
3.2 Cáncer.....	27
3.3 Salud sexual y salud reproductiva .....	34
3.3.1 Primeras relaciones sexuales.....	34
3.3.2 Diferencia de edad en primeras relaciones.....	36
3.3.3 Educación sexual .....	37
3.3.4 Situación de Embarazo en Adolescentes.....	40
3.3.5 Adolescentes madres menores de 15 años.....	42
3.3.6 Adolescentes madres de 15 a 19 años .....	43
3.3.7 Cantidad de hijos en mujeres adolescentes .....	45
3.4 Salud mental.....	46
3.4.1 Consumo de sustancia psicoactivas.....	46
3.4.2 Suicidio .....	50
3.5 Violencia .....	54
3.6 Respuesta de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social a las necesidades de salud de la población adolescente .....	62

3.6.1 Servicios de salud integral para adolescentes .....	62
3.6.2 Respuesta de los servicios de salud a las personas adolescentes con cáncer .....	67
IV.    MARCO DE REFERENCIA .....	70
4.1 Determinantes de la Salud en la Adolescencia.....	72
4.2 Abordaje efectivo de la salud en la adolescencia.....	76
4.3 Atención a la persona adolescente con cáncer .....	79
V.    INICIATIVAS INSTITUCIONALES Y SECTORIALES A SER ARTICULADAS CON EL PLAN .....	83
VI.    MARCO JURÍDICO .....	94
6.1 Doctrina de Protección Integral .....	95
6.2 Sistema Nacional de Protección .....	96
6.3 Normativa internacional.....	97
6.4 Normas Nacionales de injerencia directa.....	100
6.5 Normas Nacionales vinculantes .....	102
6.6 Reformas .....	105
6.7 Reglamentos y Decretos.....	106
6.8 Compromisos internacionales.....	107
6.8.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible .....	107
6.8.2 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.....	108
VII.    ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN.....	109
7.1 Principios .....	109
7.2 Enfoques.....	111
VIII.    PLAN DE ACCIÓN 2021- 2030 .....	114
8.1 Objetivo estratégico 1: Incrementar la satisfacción de las necesidades en salud integral de las personas adolescentes a partir del fortalecimiento de la gestión intersectorial e interinstitucional y el desarrollo de entornos seguros y saludables. ....	117
8.2 Objetivo estratégico 2: Fortalecer la información, el empoderamiento de las personas adolescentes y las condiciones sociales para que participen activamente en los procesos vinculados a la promoción y cuidado de su salud integral, la potenciación de su desarrollo integral y el ejercicio de su ciudadanía. ....	122
8.3 Promover la actividad física y los hábitos de alimentación saludable entre personas adolescentes.....	126
8.4 Fortalecer las acciones interinstitucionales para un abordaje integral del cáncer de las personas adolescentes con cáncer .....	128
8.5 Reducir el embarazo en las personas adolescentes .....	132
8.6 Reducir el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte de personas adolescentes. ....	132

8.7 Reducir los comportamientos autolesivos y el comportamiento suicida en personas adolescentes.....	137
8.8 Reducir las muertes violentas en personas adolescentes a causa de accidentes de tránsito, homicidios, violencia de género, entre otras.....	139
IX. MODELO DE GESTIÓN, SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PENSPA 2020-2022 .....	142
9.1 Modelo de gestión y seguimiento .....	142
9.2 Monitoreo y evaluación del PENSPA .....	143
9.2.1 Evaluaciones Intermedias.....	145
9.2.2 Evaluación Final .....	146
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148
XI. ANEXOS	156

## Índice de Tablas

Tabla 1. Población total de Costa Rica, por año y según regiones de planificación, años 2010-2016.....	16
Tabla 2. Cantidad de Nacimientos en Costa Rica por año, 2015-2018 .....	18
Tabla 3. Cantidad de madres adolescentes en Costa Rica por rango de edad y según nivel educativo, años 2011 y 2016 .....	21
Tabla 4. Cantidad de mujeres madres en Costa Rica por estado civil y año, según rango de edad, años 2011–2016.....	24
Tabla 5. Casos nuevos de cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2011-2015.....	29
Tabla 6. Casos nuevos de cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2011-2015.....	
Tabla 7. Cantidad de defunciones por cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2014-2018.....	32
Tabla 8. Cantidad de defunciones por cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2014-2018.....	33
Tabla 9. Mujeres de 15 a 49 años en Costa Rica que manifestaron haber iniciado su vida sexual. Información por año y según la edad de inicio de sus relaciones sexuales, años 2010 y 2015. ....	34
Tabla 10. Hombres de 15 a 49 años en Costa Rica que manifestaron haber iniciado su vida sexual. Información por año y según la edad de inicio de sus relaciones sexuales, años 2010 y 2015.....	35
Tabla 11. Personas de 15 a 34 años en Costa Rica que tuvieron su primera relación sexual con penetración anal o vaginal. Información por diferencia de edad de la pareja y según sexo y rango de edad de la persona que brinda la información.....	36
Tabla 12. Mujeres de 15 a 34 años en Costa Rica que tienen conocimiento sobre temas sexuales. Información por rango de edad y año según fuente de información consultada, años 2010 y 2015. ....	37
Tabla 13. Hombres de 15 a 34 años en Costa Rica que tienen conocimiento sobre temas sexuales. Información por rango de edad y año según fuente de información consultada, años 2010 y 2015. ....	38
Tabla 14. Principales métodos para la prevención de ETS e ITS señalados por adolescentes de 15 a 19 años. Información por métodos de prevención según sexo y año, 2010 y 2015 .....	39
Tabla 15. Número de casos de adolescentes madres o padres en Costa Rica por sexo y según año, 2010 y 2018.....	40
Tabla 16. Cantidad de nacimientos de madres menores de 19 años en Costa Rica por año y según provincia, 2010 y 2018.....	41
Tabla 17. Número de nacimientos de adolescentes madres en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con menor tasa de nacimientos .....	41
Tabla 18. Número de nacimientos de adolescentes madres menores de 15 años en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con mayor tasa de nacimientos .....	43
Tabla 19. Número de nacimientos de adolescentes madres de 15 a 19 años en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con mayor tasa de nacimientos .....	45

Tabla 20. Número de hijas o hijos de adolescentes madres por rango de edad y cantidad, según año, 2011 y 2016 .....	46
Tabla 21. Costa Rica: Mujeres y hombres adolescentes que consumieron sustancias psicoactivas en secundaria durante el año 2015. Información por sexo y según tipo de sustancia psicoactiva. ....	48
Tabla 22. Edad promedio del inicio de consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica. Información por tipo de sustancia psicoactiva y según sexo .....	49
Tabla 23. Cantidad de suicidios en Costa Rica por año y según rango de edad, 2007-2017 .....	52
Tabla 24. Costa Rica: mortalidad por agresión con arma y objeto, por sexo, según grupo de edad, 2014-2017 <sup>1</sup> (Tasa por 100.000 habitantes) .....	
Tabla 25. Incidencia de violencia intrafamiliar en adolescentes en Costa Rica por año y sexo según rango de edad, años 2014-2018 .....	58
Tabla 26. Incidencia de víctimas de accidentes de tránsito en Costa Rica por año y sexo según rango de edad, años 2014-2018 .....	61
Tabla 27. Cantidad de personas de 0 a 29 años fallecidas en el sitio por accidentes de tránsito en Costa Rica por año y según rango de edad, 2017 y 2018 .....	61
Tabla 28. Enunciados de la CCSS, según Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia (2018) .....	65
Tabla 29. Factores, conductas y riesgos en la salud en la adolescencia .....	73
Tabla 30. Factores protectores de la salud en la adolescencia .....	74
Tabla 31. Políticas y Planes para la salud de las personas adolescentes .....	83
Tabla 32. Instancias de articulación intersectorial e interinstitucional .....	89
Tabla 33. Objetivos estratégicos del Plan de Acción y sus efectos .....	114
Tabla 34. Objetivo Estratégico 1 .....	117
Tabla 35. Objetivo Estratégico 2 .....	122
Tabla 36. Objetivo Estratégico 3 .....	126
Tabla 37. Objetivo Estratégico 4 .....	128
Tabla 38. Objetivo Estratégico 5 .....	132
Tabla 39. Objetivo Estratégico 6 .....	135
Tabla 40. Objetivo Estratégico 7 .....	137
Tabla 41. Objetivo Estratégico 8 .....	139

## Índice de Figuras

Figura 1. Proyección de la población total de Costa Rica por año y según rangos de edad, 2010-2016.....	17
Figura 2. Tasas específicas de fecundidad en Costa Rica por edad y según año, 1997 y 2017. ....	18
Figura 3. Porcentaje de asistencia a la educación en la población de 13 a 17 años en Costa Rica por año, según quintil de ingreso del hogar, 1996-2015.....	20
Figura 4. Porcentaje de personas adolescentes en Costa Rica que se encontraban laborando y/o estudiando en el año 2018 .....	22
Figura 5. Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años en Costa Rica que no estudian. Información por año y según condición laboral, 1996-2015.....	23
Figura 6. Estado nutricional de acuerdo con el Índice de Masa Corporal en población escolar de 6-12 años en Costa Rica según zona, 2016.....	26
Figura 7. Tendencia de la incidencia de cáncer en Costa Rica por año y según sexo, 1990-2015 .....	27
Figura 8. Incidencia de cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, 2011-2015 .....	29
Figura 9. Incidencia de cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, 2011-2015 .....	30
Figura 10. Mortalidad por cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, años 2014-2018 .....	31
Figura 11. Mortalidad por cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, años 2014-2018 .....	32
Figura 12. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína en un mes en personas adolescentes de secundaria en Costa Rica según sexo, año 2015 .....	47
Figura 13. Porcentaje de adolescentes de secundaria en Costa Rica que ha tenido relaciones sexuales tras consumir alguna droga. Información según proporción de quienes se han protegido con preservativo, 2015 .....	49
Figura 14. Incidencia de intento de suicidio en Costa Rica por año según sexo, 2014-2018 .....	51
Figura 15. Tasas de incidencia de intentos de suicidio en Costa Rica por grupo de edad y según año, 2014-2018.....	53
Figura 16. Tasas de homicidios dolosos en Costa Rica por año y según rango de edad de la víctima, años 2010-2016 .....	55
Figura 17. Distribución porcentual de los homicidios dolosos en Costa Rica por año según móvil, 2010-2016 .....	56
Figura 18. Casos de violencia intrafamiliar reportados en Costa Rica por provincia y según año, 2015-2017 .....	57
Figura 19. Incidencia de casos de violencia intrafamiliar notificados en Costa Rica por grupos de edad según año, 2015-2017 .....	58
Figura 20. Casos por violencia intrafamiliar en personas menores de 18 años en Costa Rica según tipo de violencia, año 2014 .....	59
Figura 21. Cantidad de feminicidios en Costa Rica por año, 2007-2017 .....	60

# I. INTRODUCCIÓN

El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA) surgió, en el marco de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2009-2021, del Plan Nacional de Salud 2010- 2021 y como respuesta nacional a la Estrategia y Plan de Acción Regional sobre la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes aprobadas por los Ministros de Salud de las Américas en las 48ª y 49ª sesiones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2010).

Mediante el PENSPA, se dio a conocer la situación de las personas adolescentes en el país, y con base en esta situación, se diseñaron medidas para disminuir los principales factores de riesgo que atentaban contra dicha población, contra su salud y su desarrollo integral, para reducir las brechas de acceso y calidad a los diferentes servicios que requieren las personas adolescentes y para fortalecer las acciones de desarrollo integral, así como de promoción, prevención y atención de su salud.

De este modo, Costa Rica, fiel a su trayectoria y posición en torno al desarrollo de condiciones y servicios orientados al aseguramiento de los mejores estándares de salud para este grupo poblacional, procuró con el PENSPA, articular la oferta pública para responder a las características y necesidades particulares de la población adolescente, la cual según lo define la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y se ratifica en la Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva (Decreto Ejecutivo N° 39088-S), corresponde al periodo de vida de una persona comprendido entre los 10 y los 19 años; en la dirección de garantizar “servicios de salud integral inclusivos, oportunos, eficaces y eficientes para la población menor de edad, con un adecuado balance entre promoción, prevención y atención” (PANI, 2009; p. 55) y de alcanzar la meta establecida en la Política Nacional de Niñez y Adolescencia que proponía que:

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

Desde una comprensión de la salud como el resultado de la interacción de múltiples factores entre los que se deben considerar de manera estratégica los determinantes sociales de la salud, el PENSPA 2010-2018 posiciona en la política y la acción pública, a las personas adolescentes como un grupo poblacional estratégico. Es en este momento de la vida que se empiezan a gestar y establecer muchas de las conductas, saludables o inseguras, y de los estilos de vida que incidirán en los procesos de salud-enfermedad en las subsiguientes fases del curso de la vida, por lo que realizar

un abordaje integral de este grupo poblacional resulta una inversión inteligente que tendrá un impacto en el futuro estado de salud de la población, al igual que en el perfil de morbi-mortalidad del país.

Las intervenciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al igual que una adecuada atención integral en esta fase de la vida, tienen un importante peso para el desarrollo de capital humano de gran valor para la sociedad. Así, el desarrollo social y la salud se consideran dimensiones inseparables, interactuantes e inter-determinantes, ya que una buena salud es requisito fundamental para el desarrollo social, a la vez que el desarrollo social facilita mejores niveles de salud y de desarrollo humano en la población. La salud es esencial para el bienestar de las personas y de ella depende la posibilidad de actuar como agentes sociales. Incidir en las causas que incrementan la morbimortalidad y por tanto la carga de enfermedad, permite alcanzar los objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, al igual que crear y sostener sociedades económicamente viables y sostenibles. Todo ello a su vez, implica mejorar el ejercicio de la justicia social, la democracia, así como el respeto y la defensa de los derechos humanos.

En esta línea, es claro que la salud de las personas adolescentes no se gesta única y exclusivamente desde los servicios de salud. Incidir efectivamente en los indicadores de salud de este grupo poblacional requiere de la articulación de diversos sectores y actores sociales que converjan sinérgicamente en el abordaje de este grupo poblacional, mediante acciones complementarias y conjuntas.

El Ministerio de Salud, como parte del Sistema de Producción Social de la Salud y desde su función rectora del Sector Salud, tiene un compromiso fundamental con el impulso y establecimiento de la acción y el trabajo conjunto con y entre instituciones públicas y privadas, así como con la sociedad civil. Esto con la aspiración máxima de impactar de manera significativa los determinantes sociales de la salud de la población adolescente.

Así, mediante la conducción del proceso de formulación y evaluación de cumplimiento del PENSPA 2010-2018; la formulación, el impulso y la evaluación del “Plan de Acción del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente” (CIAMA, 2012), como órgano adscrito al Ministerio; la formulación del PENSPA 2021-2030, fundamentado en la valoración de los procesos previos; y el impulso de los procesos necesarios para ponerlo en marcha, el Ministerio de Salud asume el liderazgo de promover esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales integrados en estrategias de actuación concertadas.

Tal como se ha dicho, a partir de procesos evaluativos para identificar el cumplimiento y alcances del PENSPA 2010-2018 y el Plan de Acción del CIAMA (2012); la revisión de marcos y compromisos nacionales e internacionales para analizar la pertinencia de las distintas áreas estratégicas (Anexo 1); el análisis de las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del CIAMA como órgano articulador del tema relacionado con la atención del embarazo adolescente (Anexo 2); y la consideración del vacío existente en el país en relación con el abordaje del cáncer en

adolescentes, surge la necesidad de crear una nueva y mejorada versión del Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) para el período 2021-2030, que no solamente integre los ajustes necesarios para su éxito sino que además se adapte a las necesidades actuales de la población adolescente.

El presente documento constituye, por tanto, una nueva herramienta que busca orientar la acción conjunta y articulada de las instituciones públicas y los diferentes actores sociales vinculados al abordaje integral de la salud y el desarrollo integral de la población adolescente.

Esta parte del estado de situación de las personas adolescentes en los últimos años, sus características demográficas generales, su situación en materia de educación, empleo, salud nutricional, cáncer, salud sexual y reproductiva, educación sexual, embarazo en adolescentes, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, comportamiento suicida y violencia (segregada por cantón y por la posición en el Índice de Desarrollo Humano Cantonal en aquellos casos en los que hay data disponible); así como del estado de situación de la respuesta de los servicios de salud a las necesidades de la población adolescente.

Además, se ofrece el Marco de Referencia desde donde se conceptualizan las acciones que se proponen para el abordaje integral y efectivo de la salud en la adolescencia y en particular para las personas adolescentes con cáncer.

Igualmente, se ofrece una visión de las iniciativas institucionales y sectoriales existentes con las que deben establecerse vínculos, así como el marco jurídico, nacional e internacional, que sustenta la acción articulada propuesta.

Finalmente se presentan los principios y enfoques que transversalizan las acciones propuestas por el PENSPA 2021-2030, para luego ofrecer su visión, misión y las líneas de acción que se proponen distribuidas en las 6 áreas estratégicas que le configuran.

A diferencia del PENSPA anterior, la actualización de este Plan integra además líneas de acción en materia de prevención y atención integral del cáncer en personas adolescentes y con el fin de facilitar el seguimiento de las metas, se incorpora un apartado para el monitoreo y evaluación de las metas comprometidas por los diferentes entes responsables. Así mismo, se desarrolla un apartado del Plan de Acción del CIAMA del periodo 2021-2030.

## **II. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL PAÍS**

Por la importancia que reviste abordar la problemática en la población adolescente con una visión integral, se hace necesario conocer los diferentes determinantes que inciden en su salud y su bienestar.

A continuación, se presenta información de relevancia que nos ayuda a tener un panorama sobre su situación social y de salud. Vale la pena aclarar, que, si bien el PENSPA cubre a toda la población adolescente que se encuentra entre los 10 y los 19 años, lamentablemente no existen datos homogéneos y actualizados disponibles para este grupo de edad y para todos los aspectos de la situación de las personas adolescentes que se presentan a continuación. Por esta razón, procurando utilizar los datos disponibles más actualizados y que resulten más pertinentes, en algunos casos se presentan cuadros, tablas y datos que no necesariamente cubren a todo el grupo poblacional de adolescentes.

### ***2.1 Evolución demográfica***

De acuerdo con las estadísticas del Censo Regional del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), para el año 2016, la población de Costa Rica estaba representada por 4.889.762 habitantes, de los cuales 2.373.531 eran hombres y 2.516.231 mujeres.

Según las regiones de planificación del MIDEPLAN, es la región central del país la que presenta una mayor concentración de habitantes con un 62%, el cual se ha mantenido estable en el tiempo desde el año 2010. Este porcentaje está representado por cuatro provincias: San José, Alajuela, Heredia y Cartago (MIDEPLAN, 2017).

Con respecto al resto del país, la concentración de habitantes es menor, siendo la Región Huetar Norte la que ocupa el porcentaje más bajo con un 5.7% de la población total del país hasta el año 2012. No obstante, se muestra un leve aumento en los años 2014 y 2015 presentando un 5.8% y un 8% para el 2016 (ver Tabla N°1).

**Tabla 1.**

**Población total de Costa Rica, por año y según regiones de planificación, años 2010-2016**  
(Porcentajes)

<b>Región de Planificación</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Costa Rica	<b>4 538 307</b>	<b>4 592 346</b>	<b>4 651 166</b>	<b>4 711 986</b>	<b>4 772 098</b>	<b>4 883 752</b>	<b>4 889 762</b>
Central	62,7	62,6	62,5	62,4	62,4	62,3	62,2
Chorotega	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,4	7,6
Pacífico Central	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	5,8
Brunca	8,9	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	7,4
Huetar Atlántico	7,7	7,7	7,8	7,8	7,9	8,0	9,0
Huetar Norte	5,7	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	8,0

**Fuente: MIDEPLAN (2017). Estadísticas Regionales 2010-2016.**

Datos del Informe Anual de la Situación de Costa Rica (UNICEF, 2018) señalan que para el año 2018 se encontraban al menos 328 848 hogares en condición de pobreza, cifra que aumentó en un 3% en comparación con los datos del año 2017 en hogares con jefaturas femeninas. Esta situación es alarmante y afecta directamente la calidad de vida de la población infantil y adolescente, quienes representan un 28% del total de habitantes.

De acuerdo con datos de este mismo informe, de la totalidad de menores de edad que viven en Costa Rica, un 34% viven en condición de pobreza y es que dentro de este rango poblacional (0-18 años), un 31,4% son personas afrodescendientes, un 14% representan personas migrantes, un 3,6% son personas con discapacidad y un 24,2% son personas indígenas (el 70.1% de los hogares en territorios indígenas tienen al menos una necesidad básica insatisfecha en comparación con el 26,4% a nivel nacional), (Datos del Informe Anual de la Situación de Costa Rica UNICEF, 2018).

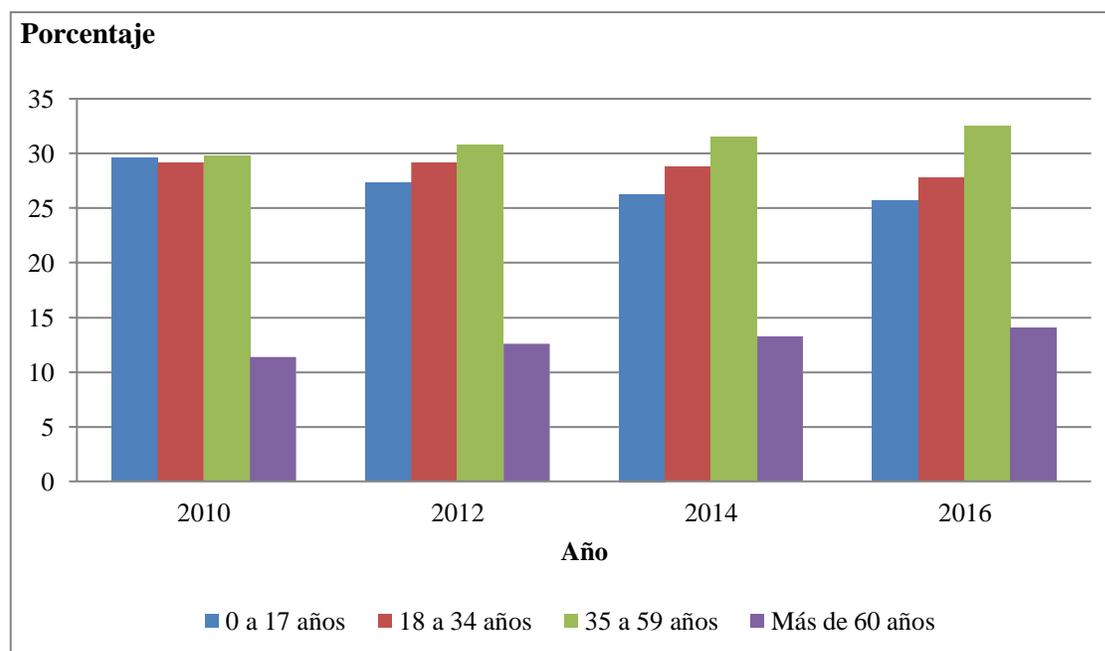
A pesar de lo anterior, es importante señalar que Costa Rica continúa en una etapa avanzada de transición demográfica lo que ha generado cambios importantes en los últimos años en la población según el rango de edad: de una base amplia conformada por personas menores de edad se tiende a transitar hacia un proceso de envejecimiento poblacional.

De acuerdo con las Proyecciones del INEC para el 2018, la población adolescente de 10 a 19 años es de 764 395, de las cuales, 370 067 corresponden a personas de 10 a 14 años y 394 328 de 15 a 19 años, sin embargo, ya para el 2016 se

observaba una disminución significativa en todos los grupos de edad de las personas que habitan en el país incluida la población adolescente menor de edad (ver Figura N°1).

**Figura 1.**

**Proyección de la población total de Costa Rica por año y según rangos de edad, 2010-2016.**



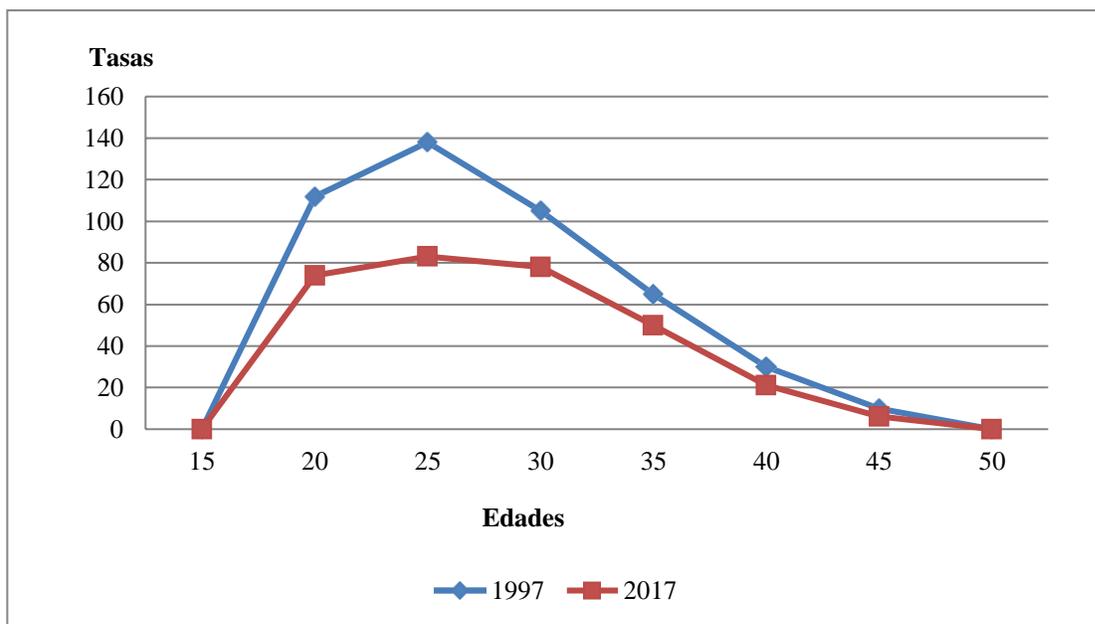
**Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Hogares, INEC (2010-2016).**

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el informe Panorama del año 2017, señala que para el 2016 los grupos de 4 años a 24 años eran considerablemente más pequeños que el resto de los grupos, mientras que los grupos en edades reproductivas representaban la mayoría de la población.

Esta tendencia poblacional es efecto de la reducción en la tasa de fecundidad (número de nacimientos que ocurren durante un determinado año o periodo de referencia por cada mil mujeres en edad reproductiva clasificada en grupos de edad simple o quinquenales) desde el año 1997 (ver Figura No 2), y a los cambios que ha venido experimentando la estructura poblacional de Costa Rica, con el aumento de la expectativa de vida, pero también con un aumento de la mortalidad por causas vinculadas a la violencia la cual afecta principalmente al grupo de adolescentes y adultos jóvenes. (INEC, 2017).

**Figura 2.**

**Tasas específicas de fecundidad en Costa Rica por edad y según año, 1997 y 2017.**



**Fuente:** Elaboración propia con datos de la Unidad de Estadísticas Demográficas, INEC.

De acuerdo con datos de la Unidad de Estadísticas Demográficas del INEC, para el año 2018 la cantidad de nacimientos en Costa Rica se redujeron en 3340 casos en comparación con el año 2015 y se prevé que esta disminución continuará en los próximos años. (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.**

**Cantidad de Nacimientos en Costa Rica por año, 2015-2018.**

<b>Nacimientos Registrados</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Total</b>	71 819	70 004	68 811	68 479

**Fuente:** Unidad de Estadísticas Demográficas del INEC, Costa Rica (2018).

De igual manera, en coincidencia con esta tendencia, pero probablemente como resultado de diversas medidas que el país ha venido tomando y ejecutando de manera interinstitucional para la prevención del embarazo en la adolescencia, los casos de embarazo en esta población han presentado también una disminución considerable, de tal modo que mientras para el 2010 se registraron 13256 casos de maternidad

adolescente y 1610 de paternidad adolescente en el país, para el 2018 se disminuyeron 3725 y 645 casos respectivamente en comparación con las cifras del 2010.

El embarazo en personas menores de 15 años también disminuyó en el año 2018 cuando ocurrieron 170 nacimientos menos en comparación al 2010 donde se registraron 428 casos de embarazos.

## **2.2 Educación y empleo**

Según los resultados de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2019), de 379 736 adolescentes entre los 10 y los 14 años, un 48% viven tanto con la madre como con el padre, un 41.1% viven solo con la madre y un 4,2% viven únicamente con el padre. Así también un 4.3% manifestó no vivir con ninguno de sus progenitores. Por su parte, de 237 060 adolescentes entre 15 y 17 años, un 45,4% viven con ambos progenitores, un 38,4% viven solo con la madre, un 4,7% viven solo con el padre y un 8,5% señaló vivir sin ambas figuras.

En cuanto a la educación formal de la primera infancia, los datos de este estudio indican que, aunque la mayoría de los infantes y adolescentes menores de 12 años se encuentra insertos dentro del sistema educativo, un 0,4% de 77 526 adolescentes con edad de 10 años y un 2,0% de 65 458 adolescentes de 11 años que debían estar asistiendo a la escuela a inicios del curso lectivo 2018, no lo estaban haciendo (Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia, (2019).

Por su parte, el VI Informe de Estado de la Educación de Costa Rica (2017), del año 1996 al año 2016 hubo un gran aumento en la tasa de matrículas para secundaria, pasando de 210.588 estudiantes en 1996, a 462.885 en 2016. Esto representó un efecto importante en las coberturas brutas del sistema educativo tradicional, que aumentaron de 79,8% en 2006 a 95,9% en 2016, lo que equivale a 16,1 puntos porcentuales adicionales. Por su parte, el efecto sobre las tasas netas fue más modesto: de 64,8% a 73,3% en el mismo período.

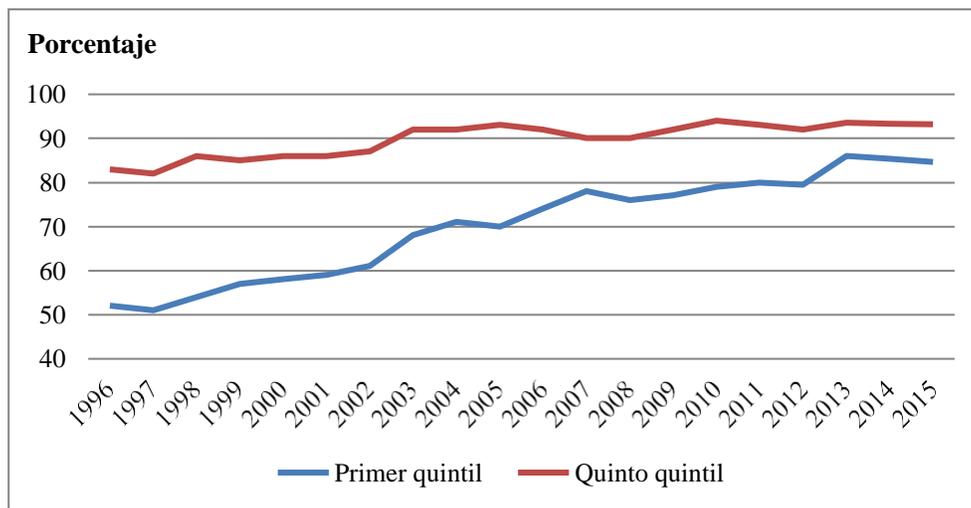
A pesar de lo anterior, los datos señalan que hay más dificultades para que las personas adolescentes que matricularon concluyan sus estudios (especialmente los hombres). De acuerdo con los registros de información, los estudiantes matriculados en el nivel de undécimo para el año de 2016 solo representaron el 45,4% de la cohorte de población que inició en séptimo en el año 2012 (menos de la mitad de los jóvenes que están en edad de asistir al último nivel de secundaria lo está haciendo), a la vez que solo el 50,4% de los jóvenes de entre 18 y 22 años, había finalizado la secundaria para el año 2016.

Datos del Informe Anual de la Situación de Costa Rica UNICEF (2018), indican que la probabilidad de recibir educación primaria y secundaria disminuye en un 8% en poblaciones indígenas y en un 12% en poblaciones en condición migratoria, en comparación con las poblaciones que no pertenecen a estos dos sectores en Costa Rica.

Aunque las condiciones socioeconómicas desfavorables siempre representan un obstáculo para que las personas adolescentes inicien y se mantengan en el sistema educativo formal, los datos de la Encuesta Nacional de Hogares del INEC (2016), revelaron una mejoría en tanto que en el período 2010-2016 la brecha de asistencia entre jóvenes provenientes de hogares con climas educativos bajos y altos se redujo de 24,7 a 15,8 puntos porcentuales. En otras palabras, el 81% de jóvenes de 13 a 17 años que pertenecen a hogares con clima educativo bajo asisten a la educación regular.

**Figura 3.**

**Porcentaje de asistencia a la educación en la población de 13 a 17 años en Costa Rica por año, según quintil de ingreso del hogar, 1996-2015.**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Programa Estado de la Nación (2017). *VI Informe del Estado de la Educación en Costa Rica.*

Según los resultados de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2019)), un 31,3% de 371 469 estudiantes entre los 10 y los 14 años y un 30,9% de 292 478 personas entre los 15 y los 19 años, reciben algún tipo de apoyo para la matrícula u otro trámite escolar o colegial. Cabe señalar que este apoyo no siempre viene del gobierno, sino que puede provenir de ayudas familiares, conocidos u organizaciones no gubernamentales.

En lo que respecta al nivel educativo de las adolescentes madres con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años, se puede ver un descenso en quienes completan la educación primaria, pasando de 151 mujeres en el 2011 a solamente 98 en el 2016. Lo anterior revela que muchas mujeres entre estos rangos de edad son expulsadas del sistema educativo con el embarazo o posterior a este.

También, las estadísticas revelan que de las adolescentes madres con edades entre 15 y 17 años, solo 946 de ellas (21% con respecto al total) lograron completar la educación primaria en el 2016, en comparación con el año 2011 que fueron 1.608 (28% con respecto al total).

Asimismo, es posible apreciar una disminución entre las adolescentes madres estudiantes de secundaria que lograron finalizar sus estudios, siendo solamente 85 en el año 2016 en comparación con el 2011 que fueron 142.

Entre el grupo de mujeres madres que ya han cumplido sus 18 años (perono son mayores a los 19), hay un porcentaje muy pequeño entre quienes completaron la secundaria que corresponde a un 11,8% en el 2011 en relación con el 2016 que fue un 11,3%, reflejando una muy pequeña disminución de un año a otro.

Con respecto a los datos de educación superior, si bien no corresponden ya a personas comprendidas en la fase adolescente, si resulta conveniente destacar que son pocas las madres jóvenes que logran concluir la universidad, con lo cual se demuestra el impacto que posee el embarazo en la adolescencia para el desarrollo integral de las personas, más aún si no se tiene acceso a redes, estructuras y programas de apoyo para estas mujeres. Los datos anteriores se ven mejormente reflejados en la Tabla No 3.

**Tabla 3.**

**Cantidad de madres adolescentes en Costa Rica por rango de edad y según nivel educativo, años 2011 y 2016.**

Nivel Educativo de la Madre	De 10 a 14		De 15 a 17		De 18 a 19	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>344</b>	<b>5734</b>	<b>4425</b>	<b>7391</b>	<b>5984</b>
Ninguno	2	5	6	37	18	52
Primaria incompleta	144	70	711	448	669	401
Primaria completa	151	98	1 608	946	1 796	1 163
Secundaria incompleta	164	171	3 262	2 902	3 708	3 430
Secundaria completa	0	0	142	85	873	682
Universitaria incompleta	0	0	5	6	325	252
Universitaria completa	0	0	ND	1	2	4

**Fuente: Elaboración propia con datos del INEC (2011 y 2016).**

En cuanto a la situación de empleo, según las cifras del INEC (2018), 13356 menores entre 12 y 17 años se encontraban trabajando en el año 2018. De esta cantidad,

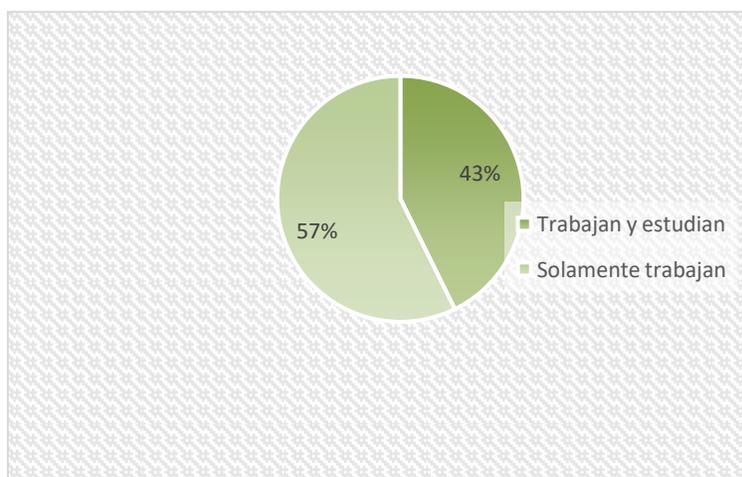
11183 eran hombres y 2173 mujeres. De la totalidad de la población adolescente activa para dicho año, 7811 trabajaba de forma asalariada, 2833 no obtenía una remuneración por su trabajo, 1449 era asalariada de hogar privado y 1263 trabajaba de forma independiente.

Es en las zonas rurales de Costa Rica donde se presenta una mayor cantidad de menores de edad en condición laboral (7216 casos en comparación con la zona urbana con 6140). Lo anterior explica cómo las principales actividades destacadas en el trabajo adolescente identificadas corresponden a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca. También se identificaron actividades vinculadas al comercio, hoteles y restaurantes e Industria manufacturera y construcción.

De acuerdo con las estadísticas, del total de la población adolescente que se encuentra activa laboralmente, 5 703 se encuentran asistiendo a la educación formal (principalmente las mujeres), mientras que 7 653 solo se dedican a sus funciones laborales (Ver. Figura N°4). En promedio, los trabajos desempeñados no superan las 28, 9 horas mensuales y el ingreso usual que recibe una persona adolescente es de 103.935 colones, disminuyendo en zonas rurales y en mujeres adolescentes. Cabe señalar que 5810 menores entre 12 y 17 años no registraron tener o desempeñar un trabajo.

#### **Figura 4.**

#### **Porcentaje de personas adolescentes en Costa Rica que se encontraban laborando y/o estudiando en el año 2018.**



**Fuente: Elaboración propia con base a información del INEC (2018).**

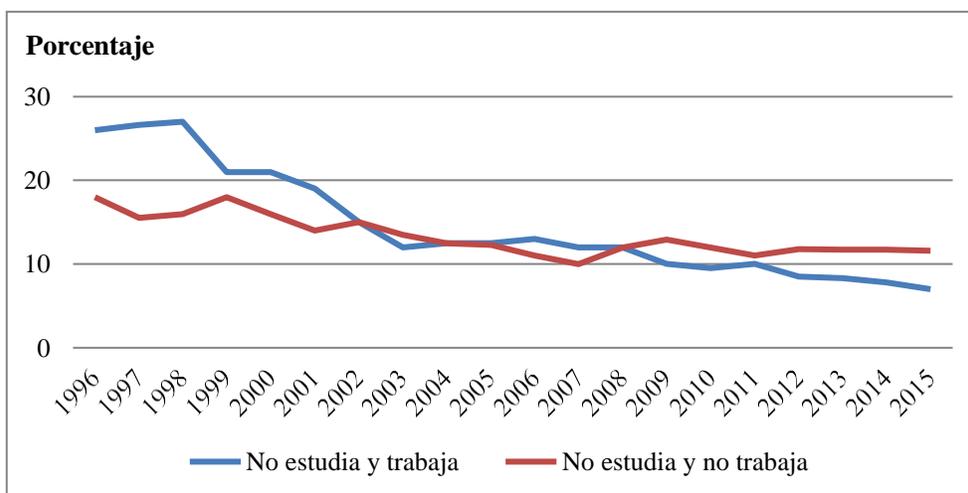
Por otro lado, datos del Informe Anual de la Situación de Costa Rica (UNICEF, 2018) indican que para el año 2018 el desempleo juvenil afectaba al 17,5% de los hombres y al 31,8% de las mujeres entre 15 y 24 años (se visualiza una brecha del 14,3% entre ambos sexos). Esta situación también afecta a poblaciones adultas y

puede ir en aumento con el tiempo debido a los cambios en la economía que ha estado enfrentando el país en los últimos años.

Finalmente, según el VI Informe de Estado de la Educación en Costa Rica (2017), la población que no estudia ni trabajan, ha ido en disminución con los años desde 1996 (Ver Figura N°5). Sin embargo, para el 2018 aún se encontraban 175 328 personas entre los 15 y 24 años en esta condición (principalmente mujeres), lo que las expone a otras problemáticas sociales como la explotación sexual, la trata de personas o el narcotráfico (UNICEF, 2018).

**Figura 5.**

**Porcentaje de adolescentes de 15 a 17 años en Costa Rica que no estudian. Información por año y según condición laboral, 1996-2015.**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del Programa Estado de la Nación (2017). VI Informe del Estado de la Educación en Costa Rica.

### 2.3 Estado civil

Durante el 2018, un total de 1051 adolescentes entre 15 y 19 años (181 hombres y 870 mujeres) estaban legalmente casados, sin embargo, y de acuerdo con los datos estadísticos del INEC, ha habido una disminución importante de matrimonios en los últimos años en el que definitivamente contribuyó la entrada en vigor de la Ley No. 9406 (conocida como Ley de “Relaciones impropias”).

La Ley de Relaciones impropias entró a regir el 13 de enero del año 2017 y cumple con el compromiso adquirido por Costa Rica en la Convención de los Derechos del Niño, de ofrecer protección especial a las personas menores de edad hasta los 18 años, mediante la prohibición de los matrimonios entre y con menores y la pena de prisión para quien tenga contacto sexual con esta población siendo mucho mayor en edad.

Para el 2017 se registraron 2220 denuncias de relaciones impropias en el país, lo que equivale a más de la mitad de las denuncias realizadas durante el 2016. Lo anterior influyó para que en el 2018 se identificaran 419 matrimonios menos en personas adolescentes, con respecto a las cifras del 2016 previas a la implementación de la Ley 9406, pasando de 1289 casos en el 2016 a 870 en el 2018.

A pesar del esfuerzo que se ha hecho para disminuir los casos de matrimonio adolescente y relaciones impropias, en la III Encuesta Nacional de Juventudes realizada a finales del 2017 y principios del 2018, un 63% de mujeres entre 15 y 17 años, manifestaron tener una relación con una persona mayor de edad. De ese 63%, un 52% tiene parejas entre los 18 y 24 años, un 3,8% sale con hombres de entre 25 y 29 y un 6% tiene parejas de entre 30 y más de 35 años.

En cuanto a las adolescentes madres, los datos demuestran que la mayoría de ellas son solteras o viven en unión libre. Así para el año 2011 se reportaron 253 matrimonios de mujeres con edades entre los 15 a 17 años, sin embargo, esta cantidad disminuyó para el 2016 en donde solo se reportaron 125 casamientos de mujeres con este rango de edad.

Después del 2017 no existe la posibilidad de matrimonio y por tanto no deberían existir registros de uniones en menores de edad.

Para el grupo de mujeres madres en edades entre los 18 a 19 años, se encontró que el estado civil predominante corresponde a la unión libre (ver Tabla N°4).

**Tabla 4.**

**Cantidad de mujeres madres en Costa Rica por estado civil y año, según rango de edad, años 2011–2016.**

Rango de edad	Soltera		Casada		Viuda		Divorciada		Separada Judicialmente		Unión libre	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016	2011	2016
De 10 a 14	331	278	1	2	ND	ND	ND	ND	ND	ND	142	69
De 15 a 17	2 762	2 475	253	125	ND	ND	1	1	ND	1	2 800	1 895
De 18 a 19	3 019	2 557	713	438	2		10	2	1		3 791	3 071
De 20 a 24	6 429	6 469	4 790	3.386	7	3	144	56	15	31	9 931	9 039
De 25 a 34	5 477	6 762	13 795	12.920	40	21	732	508	43	263	10 914	11 450
De 35 a 44	885	1 303	3 579	3.857	17	23	309	277	15	136	1 977	2 267
De 45 a 54	12	14	39	45	ND	ND	5	2	ND	4	28	25

Fuente: Elaboración propia con información del INEC (2011 y 2016).

### **III. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES**

Si bien el riesgo de enfermar y morir en esta fase de la vida es bajo, por cuanto en la adolescencia se reducen los factores de orden biológico que producen morbi-mortalidad, si se presentan riesgos asociados a comportamientos individuales y otras condiciones sociales que estaban ausentes en la infancia.

Dentro de estas condiciones y comportamientos se hace necesario revisar cinco aspectos de la salud que cobran especial importancia en la adolescencia: la salud nutricional, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y los problemas de salud asociados a la violencia. Así también, se incluye en esta actualización del PENSPA, el tema del cáncer cómo una de las amenazas de la salud de la persona adolescente.

#### **3.1 Salud nutricional**

La nutrición, como factor de salud y desarrollo, tiene su influencia directa en el crecimiento y desarrollo físico de las personas, así como en su desarrollo y bienestar mental. Así, por ejemplo, un estado de malnutrición afecta la capacidad para desempeñar cualquier acción e influye en la prevalencia de otras enfermedades.

Durante el año 2016, se realizó el I Censo Escolar de Peso y Talla en Costa Rica, en donde se censó un total de 347.379 estudiantes de 6 a 12 años, de los cuales 178.417 correspondieron a hombres y 168.962 a mujeres, esto representó una cobertura del 90.9% de la población estudiantil (que en el 2019 representa parte de la población adolescente del país), sin embargo, el porcentaje de respuesta fue del 77.9%.

Dentro de los principales resultados obtenidos en dicho censo se encontró que el 14% de los estudiantes presentó obesidad (afectando principalmente a los hombres) y el 20% una condición de sobrepeso (siendo las mujeres las más afectadas), estos porcentajes comparados con los de encuestas de años anteriores, evidencian que el sobrepeso y la obesidad en el país han ido en aumento de una forma alarmante y representan una amenaza para la población adolescente actual.

La edad en la que inicia esta problemática es aproximadamente a los 8 años, mostrándose las prevalencias más altas entre los 9 y 11 años y según el Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS), los detonantes de este problema son el exceso de comida, las meriendas llenas de alimentos preenvasados, altos en grasa, azúcares, sodio y bajos en nutrientes, alto consumo de bebidas azucaradas y bajo o nulo consumo de agua, fruta y vegetales.

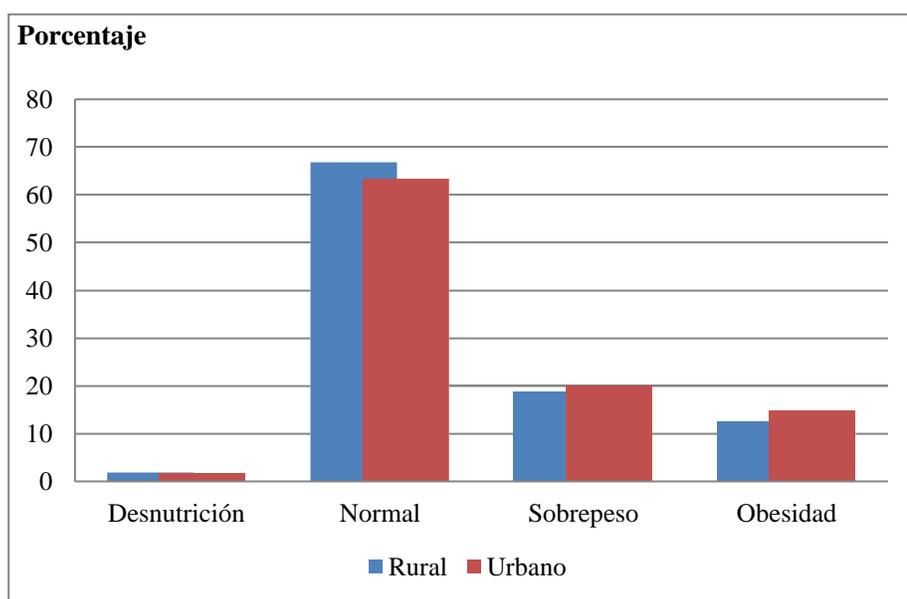
De acuerdo con el análisis de la prevalencia de sobrepeso y obesidad elaborado por zona del país, los resultados del I Censo Escolar de Peso y Talla mostraron una mayor prevalencia en la zona urbana (34.9%) que en la zona rural (31.4%), siendo las personas que viven en Heredia, San José y Cartago las más afectadas respectivamente. Lo cual coincide con los resultados del ELANS (2019) que incorporó 798 costarricenses de 15 a 65 años revelando que el 63% de la población urbana presenta exceso de peso.

Cartago fue la provincia que presentó el mayor porcentaje de personas con exceso de peso (74,6%). De los 32 distritos estudiados, el Roble de Puntarenas es el que presenta un mayor porcentaje (90,9%) y San Pedro de Montes de Oca es el que presenta el menor porcentaje (47,6%).

Por su parte, la desnutrición en población escolar de 6-12 años en Costa Rica no superan niveles mayores al 2,5% y los resultados obtenidos en cuanto a la desnutrición según zona rural o urbana no señalan diferencias significativas (Ver Figura N°6), sin embargo, las provincias más afectadas son Guanacaste, Puntarenas y Limón respectivamente.

**Figura 6.**

**Estado nutricional de acuerdo con el Índice de Masa Corporal en población escolar de 6-12 años en Costa Rica según zona, 2016**



**Fuente:** *Censo Escolar Peso y Talla (2016), Costa Rica.*

En cuanto a la población de 13 a 19 años, la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN 2008-2009), determinó que un 21% de la población tenía sobrepeso y obesidad, según el Índice de Masa Corporal (IMC). Estos índices se elevaron de 14,9% a 21,5% entre la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996 y la del 2008 y continúan en aumento, siendo Costa Rica el segundo país Latinoamericano con mayor prevalencia según el ELANS (2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición (2008-2009) realizada por el Ministerio de Salud en la que se exploraron las conductas de riesgo relacionadas con trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia, así como el uso de medicación para bajar de peso, se identificó que un 23,9% de personas entre 10 y 44 años

entrevistadas presentaban conductas de riesgo, y de ese porcentaje el 26% correspondía a población con edades entre 10 y 19 años. Según dicho estudio, un alto porcentaje de las personas que se encontraba en riesgo de padecer alguno de estos trastornos, también presentaban problemas de sobrepeso y, en su mayoría, correspondían a mujeres. Otra conducta que se ha asociado a la obesidad es la escasa actividad física, cuyos más altos porcentajes (de inactividad) se presentan en los grupos de 15 a 19 años y de 50 a 65 años. (ELANS, 2019). La Encuesta Colegial de Vigilancia nutricional y actividad física (2018) mostró que el 21.1% de los adolescentes tienen sobrepeso y el 9,8% obesidad, evidenciando que más de un 30% están sobre el índice de masa corporal adecuado.

### 3.2 Cáncer

En Costa Rica, según datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el cáncer ocupa el segundo lugar en la mortalidad por causas definidas, con más de 4800 muertes por año, sólo superado por las enfermedades del sistema circulatorio (que incluye isquemia cardiaca y eventos cerebro vasculares) y suma cerca de 11000 diagnósticos nuevos por año.

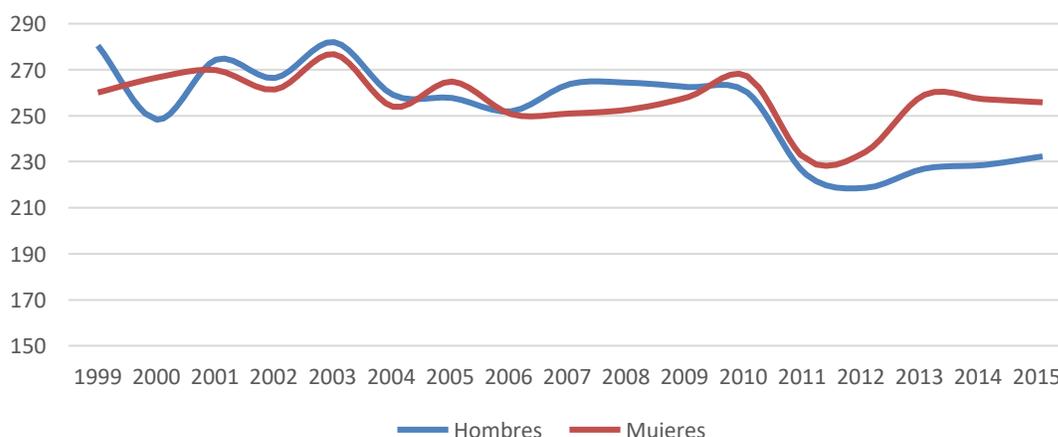
Desde 1999 la incidencia ha mostrado un aumento tanto en hombres como mujeres que pasó de 172 por cada 100.000 hombres y 199 por cada 100.000 mujeres a un valor de 210/100000 hombres y 259/100000 mujeres para 2015.

Sin embargo, al realizar el ajuste de las tasas por edad se observa una tendencia a la disminución de la incidencia por cáncer tanto en hombres como mujeres. (Ver figura No 7).

**Figura 7.**

#### **Incidencia de cáncer en Costa Rica por año y según sexo, 1990-2015.**

(Tasas ajustadas por 100 mil)



**Fuente:** Registro Nacional de Tumores (2019). *Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de*

## *Salud*

Se ha definido como cáncer prioritario a 7 sitios tumorales, dada su alta incidencia y mortalidad en los últimos años. Estos son: cáncer de piel, gástrico, mama, próstata, cérvix, pulmón y colon.

En el año 2015 se registró un total de 11633 casos nuevos de cáncer, de los cuales la mujer presenta el mayor porcentaje con un 55%, y el cáncer de piel (melanoma y no melanoma) es el que registra el mayor porcentaje de casos nuevos (25%) del total de casos para ambos sexos.

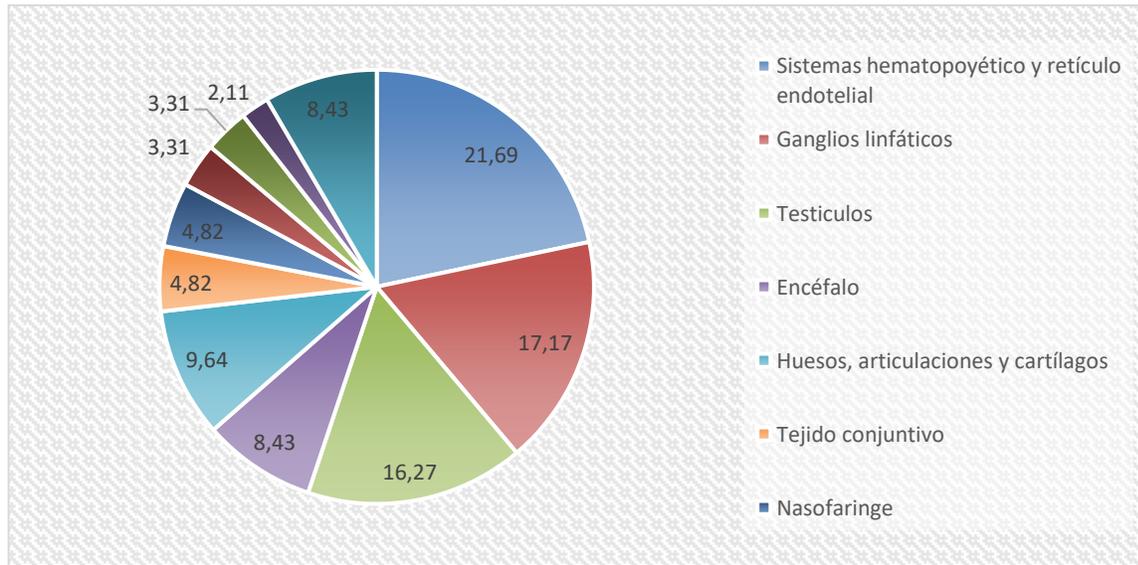
En cuanto a la edad en que se presentan más casos de cáncer, se observa un comportamiento distinto según el sexo, dado que se presenta en edades más tempranas en las mujeres. Lo anterior, probablemente asociado con algunos tipos específicos de cáncer que afectan a poblaciones más jóvenes, como tiroides y cérvix en tanto que en hombres un alto porcentaje de casos nuevos es en próstata y está relacionado directamente con la edad. En el año 2015, un 33% de los casos nuevos diagnosticados en mujeres, fue en menores de 50 años mientras que en hombres sólo un 16% presentaba menos de 50 años. Cabe señalar que, para ambos sexos, la incidencia aumenta conformela edad; 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres diagnosticados en el 2015 tenían70 o más años.

Con respecto a la población de 10 a 19 años, se presenta un promedio de 130 casos por año (68 en hombres y 62 en mujeres), lo que equivale a 1,6% del total de casos de cáncer diagnosticados en el país, según reportes de la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, basados en los datos del Registro Nacional de Tumores, en el periodo 2011-2015. En términos de incidencia se puede decir que se diagnostica un cáncer en 16 de cada 100 mil adolescentes.

En los hombres que se encuentran en este rango de edad, el cáncer más frecuente es el que se produce en el Sistema Hematopoyético y Reticuloendotelial (3,6/100 mil), con un 21% de todos los diagnósticos, seguido por cáncer testicular (2,6/100 mil) con un 16% y de ganglios linfáticos (2,6/100 mil), también con un 16% del total de diagnósticos por año, como se denota en la Figura N°8.

**Figura 8.**

**Incidencia de cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, 2011-2015**



Fuente: Registro Nacional de Tumores (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

**Tabla 5.**

**Costa Rica: Incidencia de tumores malignos más frecuentes en hombres, edad 10-19 años, 2011-2015**

**Tasa promedio por 100.000 habitantes**

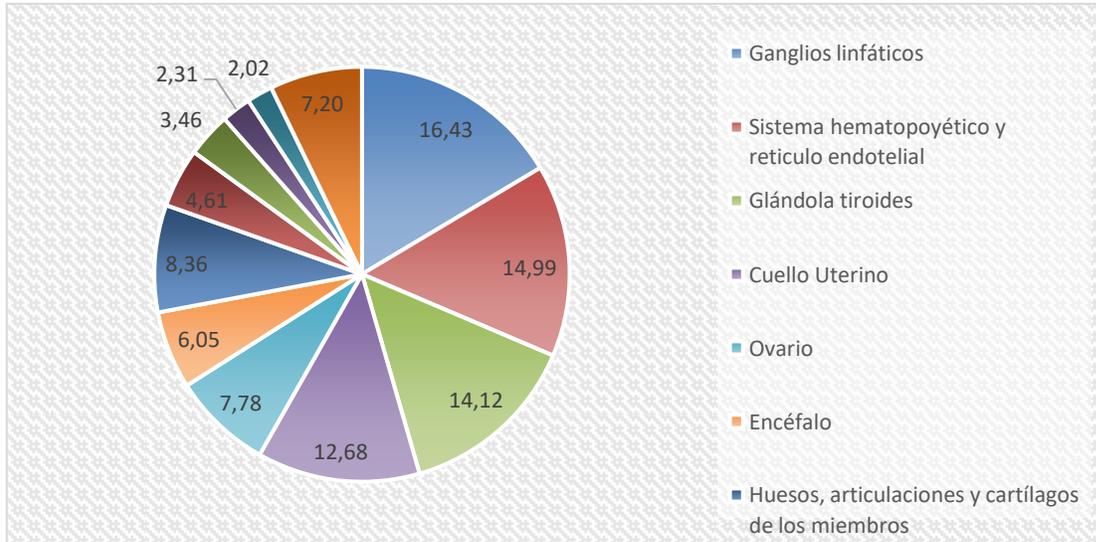
Tipo de tumor	N° Casos	Tasa
Sistemas hematopoyéticos y retículo endotelial	72	3,46
Ganglios linfáticos	57	2,74
Testículos	54	2,60
Huesos, articulaciones	32	1,51
Encéfalo	28	1,35

Fuente: Registro Nacional de Tumores (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Por su parte, en las mujeres de este grupo etario, el tumor más frecuente es en los ganglios linfáticos (3/100 mil), siendo el 16% de los casos diagnosticados, seguido por Sistema /hematopoyético y reticuloendotelial (2,6/100 mil) un 14% y tiroides (2,5/100 mil) con un 14% también, como se puede observar en la Figura. No 9.

**Figura 9.**

**Incidencia de cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, 2011-2015**



Fuente: Registro Nacional de Tumores (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

**Tabla 6.**

**Costa Rica: Incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres, edad 10-19 años, 2011-2015**

**Tasa promedio por 100.000 habitantes**

Tipo de tumor	N° Casos	Tasa
Ganglios linfáticos	57	2,91
Sistemas hematopoyéticos y retículo endotelial	52	2,66
Glándula tiroides	49	2,50
Cuello uterino	44	2,25
Ovario	27	1,38

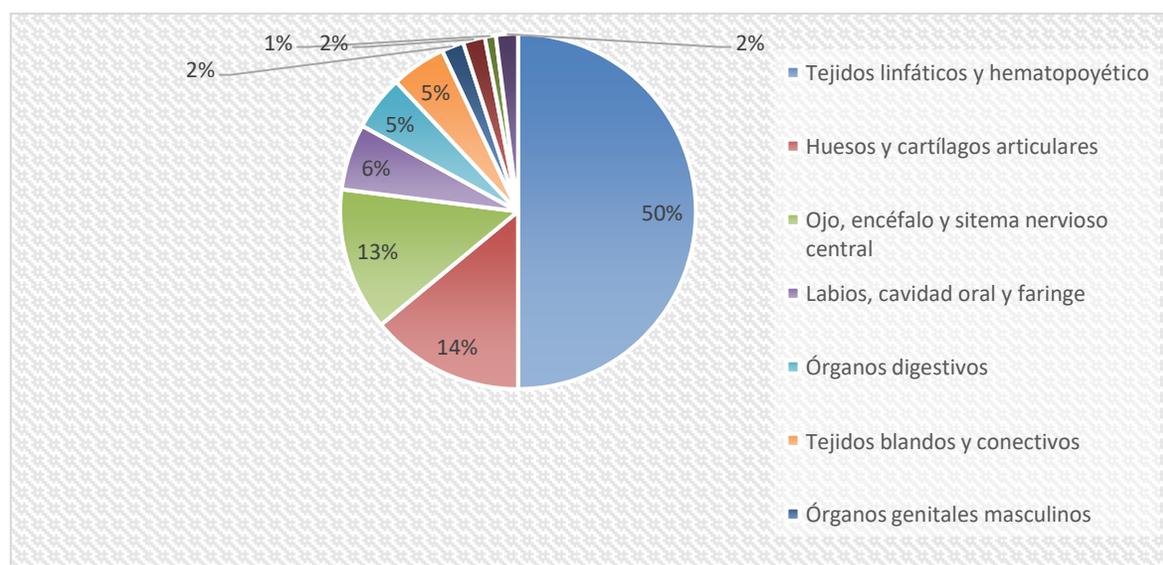
Fuente: Registro Nacional de Tumores (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

En lo que respecta al impacto en mortalidad en el año 2018 en el país fallecieron 23786 personas, de las cuales 321 eran adolescentes entre los 10 y 19 años, esto equivale a 1,4%. Dentro de las causas específicas de muerte en este grupo etario, se encuentran accidentes de tránsito (19%), homicidios (15%) y en tercer lugar las muertes por cáncer (13%). Si se excluyen las causas no médicas el cáncer es la primera causa de muerte, siendo en promedio 25 hombres y 15 mujeres por año las que fallecen consecuencia del cáncer. La tasa de mortalidad es de 6 por cada 100 mil hombres y 4 por cada 100 mil mujeres.

Para el quinquenio 2014-2018, el tipo de tumor que presenta mayor mortalidad en adolescentes, tanto en hombres como en mujeres, es el tejido linfático y hematopoyético, siendo el 54% de las muertes por cáncer en mujeres y 50% en hombres, seguido por tumores de hueso y cartílagos articulares (15% en mujeres y 14% en hombres). En cuanto a tasas específicas de mortalidad, fallecen 3,1/100 mil hombres y 2,2/100 mil mujeres por cáncer en tejido linfático y hematopoyético y de 1/100 mil hombres y 0,6/100 mil mujeres los tumores de huesos y cartílagos articulares.

**Figura 10.**

**Mortalidad por cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, años 2014-2018.**



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red.*

**Tabla 7.**

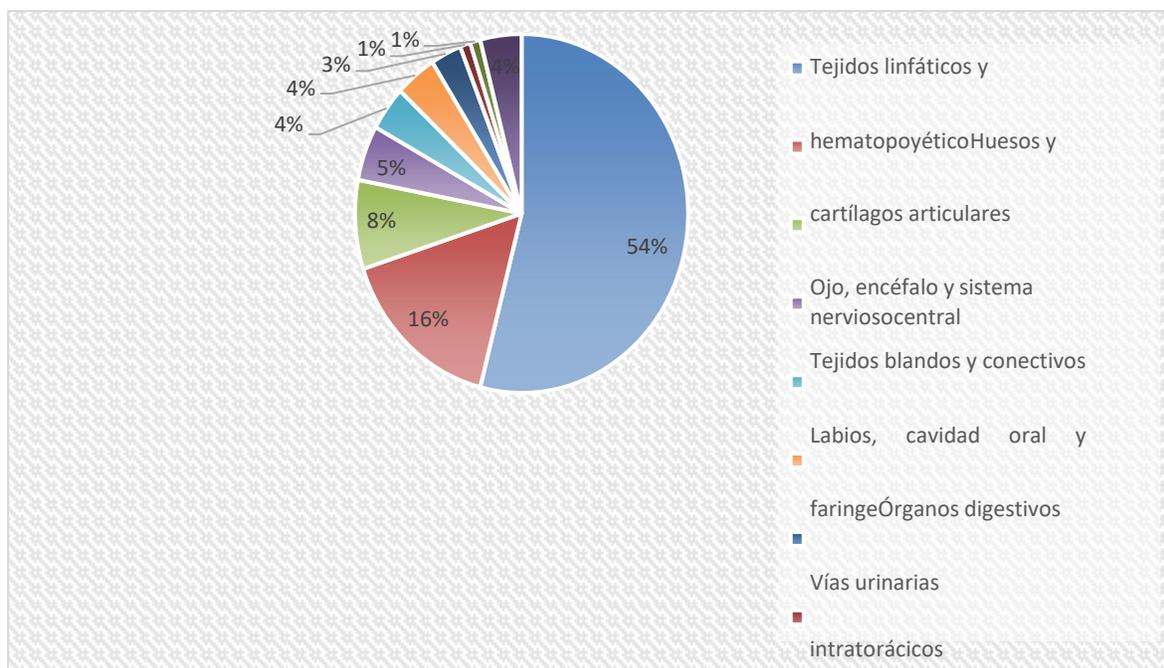
**Cantidad de defunciones por cáncer en hombres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2014-2018.**

Sitio Tumoral	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Tejido linfático y hematopoyético	17	13	17	4	11
Huesos y cartílagos articulares	6	4	1	5	2
Encéfalo, ojos y otros anexos del SNC	1	3	5	1	6
Labio, cavidad oral y faringe	0	4	0	3	1
Órganos digestive	0	4	1	1	0
Tejidos mesoteliales y tejidos blandos	1	1	2	2	0
Órganos genitales	1	1	0	1	0
No definidos	1	0	1	0	1
Vías urinarias	1	0	0	0	1
Órganos respiratorios e intratorácicos	0	0	0	0	1

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red.*

**Figura 11.**

**Mortalidad por cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica según tipo de cáncer, años 2014-2018.**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red.*

**Tabla 8.**

**Cantidad de defunciones por cáncer en mujeres adolescentes en Costa Rica por año y según sitio tumoral, años 2014-2018.**

Sitio Tumoral	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Tejido linfático y hematopoyético	8	10	4	9	11
Huesos y cartílagos articulares	3	2	3	3	1
Encéfalo, ojos y otros anexos del SNC	2	1	2	0	1
Tejidos mesoteliales y tejidos blandos	1	0	0	1	2
Labio, cavidad oral y faringe	1	1	0	0	1
Órganos digestivo	0	0	0	2	1
Mal definidos	1	1	1	0	0
Vías urinarias	0	1	1	0	0
Órganos respiratorios e intratorácicos	1	0	0	0	0
Órganos genitales	0	1	0	0	0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). *Proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la red.*

### 3.3 Salud sexual y salud reproductiva

#### 3.3.1 Primeras relaciones sexuales

Según el informe de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (2016), el número de mujeres adolescentes que han iniciado su vida sexual antes de los 15 años ha ido en aumento con el paso de los años. Como se muestra en la Tabla N° 9, los casos de mujeres que declararon tener relaciones sexuales coitales a temprana edad en el año 2015 aumentaron en un 2,5% con respecto al año 2010 en el que el porcentaje era de un 11,2%.

Para el caso de las mujeres con edad de 16 años, el porcentaje fue de 3,6% de aumento con respecto al año 2010. Este mismo panorama ocurre entre los grupos de mujeres de 17 a 19 años en donde el aumento de las relaciones sexuales fue de 1,8%.

**Tabla 9.**

**Mujeres de 15 a 49 años en Costa Rica que manifestaron haber iniciado su vida sexual. Información por año y según la edad de inicio de sus relaciones sexuales, años 2010 y 2015.**

(Porcentajes)

Edad (antes de cumplir años)	Año	
	2010	2015
15	11,2	13,7
16	23,2	26,8
17	36,9	39,3
18	51,4	53,2
19	66,7	68
20	76,3	77,3
21	83,6	83
22	87,9	86,4
23	90,8	89,8
24	93,4	92,9
25	94,4	94,7
26	96,2	96
27	97	96,6
28	97,6	97
29	98,4	97,6

**Fuente:** elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2010 y2016). *I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.*

Al igual que en las mujeres, los datos señalan que más hombres inician sus relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, con la diferencia que el porcentaje tiende ser más alto que el de ellas. Este comportamiento ha ido en aumento, considerando que para el año 2010 el porcentaje de hombres que habían declarado el inicio de sus relaciones sexuales para esta edad era de un 22%, mientras que para el año 2015 el porcentaje era de 23,7%.

**Tabla 10.**

**Hombres de 15 a 49 años en Costa Rica que manifestaron haber iniciado su vida sexual. Información por año y según la edad de inicio de sus relaciones sexuales, años 2010 y 2015.**

(Porcentajes)

Edad (antes de cumplir años)	Año	
	2010	2015
15	22	23,7
16	37,7	42,1
17	51,5	55
18	67,9	69,4
19	80	81,2
20	84,5	86,7
21	90,3	91,8
22	92,7	93,1
23	94,7	94,6
24	96,3	95,9
25	97,3	96,5
26	98,4	97,8
27	98,8	98,3
28	99,2	98,7
29	99,2	98,8

**Fuente:** elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2010 y2016). *I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.*

Conviene aclarar en este respecto, que estos datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva hacen alusión a las relaciones sexuales coitales (no tomando en cuenta prácticas como las orales y anales por cuanto fueron pocos reportes de este tipo de prácticas que por tanto dificultaban su análisis). Esta situación, junto al hecho de tratarse de un tema socialmente estigmatizado, podría haber generado en los datos de la Encuesta, un cierto grado de subregistro que no nos permite

tener el panorama completo y preciso en las vivencias, prácticas y riesgos a los que se exponen las personas adolescentes en su dimensión sexual y reproductiva.

### 3.3.2 Diferencia de edad en primeras relaciones

De acuerdo con el informe de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2016), de las mujeres que tienen su primera relación sexual coital antes de los 15 años, el 37.6% lo hacen con una pareja que tiene de 5 a 9 años más que ellas, mientras que el 41% lo hacen con parejas que tienen una diferencia de edad menor a los 5 años.

En el caso de los hombres, de aquellos que tienen su primera relación coital antes de los 15 años, el 67,4% lo hacen con personas cuya diferencia de edad es de 5 o menos años y el 22,3% con personas que tienen de 5 a 9 años más que ellos.

Esto quiere decir que, mientras que los hombres adolescentes tienen su primera relación con parejas con edades parecidas a la de ellos, las mujeres adolescentes por el contrario lo hacen con parejas de mayor edad.

Cabe rescatar que el inicio de estas prácticas sexuales coitales de los hombres, pero especialmente de las mujeres adolescentes pueden estarse dando en el marco de relaciones abusivas y desiguales que les esté impidiendo postergar esta edad de inicio o bien negociar el uso de métodos anticonceptivos y de protección (Ministerio de salud, 2015, p.17).

**Tabla 11.**

**Personas de 15 a 34 años en Costa Rica que tuvieron su primera relación sexual con penetración anal o vaginal. Información por diferencia de edad de la pareja y según sexo y rango de edad de la persona que brinda la información. (Porcentajes)**

<b>Sexo de la persona y edad a la primera relación sexual</b>	<b>Diferencia de edad menor a 5 años</b>	<b>Pareja era 5 a 10 años menor</b>	<b>Pareja era 5 a 9 años mayor</b>	<b>Pareja era 10 o más años mayor</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Hombre</b>	<b>79,2</b>	<b>1,0</b>	<b>14,1</b>	<b>5,8</b>	<b>100</b>
Menos de 15	67,4	0,0	22,3	9,7	100
15 a 19	84,3	0,5	11,4	4,0	100
20 y más	78,7	8,5	6,4	6,4	100
<b>Mujer</b>	<b>55,8</b>	<b>0,5</b>	<b>30,0</b>	<b>13,6</b>	<b>100</b>
Menos de 15	41,3	0,0	37,6	22,0	100
15 a 19	57,6	0,0	29,9	12,7	100
20 y más	68,0	4,0	20,0	8,0	100

Fuente: Ministerio de Salud (2016). *II Encuesta Nacional de Salud sexual y Salud Reproductiva.*

### 3.3.3 Educación sexual

Según datos estadísticos del año 2010, los principales medios que utilizaban las mujeres (en las edades de 15 a 19 años), para informarse sobre temas sexuales correspondían a las madres (33,9%), seguidas por los maestros (17,2%) y los amigos (13,7%). Por su parte, los resultados del año 2015 demostraron que los principales medios que utilizan las adolescentes para informarse sobre temas sexuales corresponden a sus madres (53,9%), profesores (24,1%) y padres (20,4%) (Ver Tabla N°12).

**Tabla 12.**

**Mujeres de 15 a 34 años en Costa Rica que tienen conocimiento sobre temas sexuales. Información por rango de edad y año según fuente de información consultada, años 2010 y 2015.**

(Porcentajes)

Medios	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Madre	33,9	53,9	23,4	39,2	15,1	29,3	14,1	24,8
Padre	10,2	20,4	7,4	11,8	5,3	11	3,1	10,3
Hermanos	4,1	2,1	3,2	7,4	2,5	3,8	5,7	3,8
Pareja	4,3	1,7	12,6	11	26,1	12,1	20,2	15,2
Familiares	3,2	8,1	3,3	8,3	3,3	7	4,2	6,2
Maestros/as	17,2	14	12,5	12,7	8,6	10,8	11,8	8,9
Profesores		24,1		18,6		15,4		10,3
Amigos	13,7	11,2	15,4	21,3	17	24,1	18,7	19,5
Personal de la CCSS	2,1	1,7	2,3	0,8	3,6	2,3	1,8	3,2
Personal de salud privado	0	0	0	0	0	0,6	0	0
Psicólogo	0	0	0	0	0	0,6	0	0
Sexólogo	0	0	0	0	0	0	0	0,5
Redes sociales	0	2,1	0	1,6	0	0	0	1,9
Otros (páginas de internet, libros, folletos, cursos, talleres, medios de comunicación, organizaciones de la Sociedad Civil)	7,3	5,4	12,3	7,8	7,3	5,6	11,5	4,3

**Fuente:** elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2010 y 2016). *I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.*

Acerca de los medios que utilizaban los hombres en edades de 15 a 19 años en el 2010 para informarse sobre temas sexuales, destacaban las categorías de: madres (24,4%), amigos (18,1%) y maestros (16,1%). Sin embargo, para el 2015 se presentaron como principales medios de información sexual las madres (43,7%), padres (34,9%) y profesores (23%) (Ver Tabla N°13).

**Tabla 13.**

**Hombres de 15 a 34 años en Costa Rica que tienen conocimiento sobre temas sexuales. Información por rango de edad y año según fuente de información consultada, años 2010 y 2015.**

(Porcentajes)

Medios	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Madre	24,4	43,7	16,4	29,9	12,7	21,1	11,5	16,8
Padre	16	34,9	13	25,1	11,3	19,1	11,7	14,9
Hermanos	4,4	4,1	6,5	2,5	7,5	3,5	7,7	1,9
Pareja	5,2	5,3	9,4	7,1	12,7	9,8	15,1	10,5
Familiares	3,4	4,7	1,3	5,1	2,7	6,9	2,0	1,7
Maestros/as	16,1	10,7	12,1	10,2	9,4	6,9	4,7	3,0
Profesores		23		16,6		11,0		9,0
Amigos	18,1	15,7	20,9	32,2	25,1	31,4	27,6	39,4
Personal de la CCSS	2	0,3	3,7	0,7	1,7	1,4	0	0,7
Personal de salud privado	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicólogo	0	0	0	0	0	0,4	0	0,6
Sexólogo	0	0	0	0,6	0	0	0	0
Redes sociales	0	1,3	0	3,9	0	1,2	0	0
Otros (páginas de internet, libros, folletos, cursos, talleres, medios de comunicación, organizaciones de la Sociedad Civil)	6,6	13,9	13,6	22,8	9,9	37,1	9,3	30,5

**Fuente:** elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2010 y2016). *I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.*

Lo anterior indica que, a través de los años, tanto adolescentes mujeres como hombres han aumentado la confianza en la madre y el padre para informarse sobre temas sexuales, siendo los amigos el siguiente medio de información más consultado conforme aumenta la edad.

Así también la categoría de maestros/maestras o profesores/profesoras se ha mantenido entre las principales fuentes de educación sexual para las personas adolescentes, aspecto que puede ir en aumento gracias las clases de Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral que el Ministerio de Educación Pública inició a impartir en las aulas en el Tercer Ciclo de Educación en el 2012 y que fortaleció, e incluso amplió al Ciclo de Educación Diversificada, en el 2018.

En cuanto al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos como medio para prevenir embarazos no deseados y enfermedades e infecciones de transmisión sexual, la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2016) reveló que, en comparación con los datos obtenidos del primer estudio en el 2010, las personas adolescentes entre 15 y 19 años tienen un mayor conocimiento acerca de los métodos que existen.

Así también, según dicho estudio, las personas adolescentes están de acuerdo en que el uso del condón o la abstinencia son las principales estrategias para evitar el contagio de infecciones o enfermedades de transmisión sexual. En el caso de los hombres, señalan como tercer método importante el evitar las relaciones sexuales con personas desconocidas mientras que las mujeres indican el tema de la fidelidad hacia la pareja (Ver Tabla N° 14).

**Tabla 14.**

**Principales métodos para la prevención de ETS e ITS señalados por adolescentes de 15 a 19 años. Información por métodos de prevención según sexo y año, 2010 y 2015.**

(Porcentajes)

	Uso de condón	Fidelidad	Abstinencia	Evitar relaciones sexuales con extraños
<b>Mujeres</b>				
2010	79,4%	13,7%	30,2%	17,2%
2015	72,6%	6,4%	10,8%	3,4%
<b>Hombres</b>				
2010	81,7%	12,3%	18,1%	12,6%
2015	77%	7,8%	15,4%	8,2%

**Fuente:** elaboración propia con datos del Ministerio de Salud (2010 y 2016). *I y II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.*

Datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2019) señalan que un 37,9% de 16.674 mujeres adolescentes entre los 15 y 19 años que viven con su pareja, no utilizan ningún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales coitales. Del

porcentaje que manifestó usar métodos anticonceptivos, la mayoría señaló las inyecciones como el de más uso, seguido por el condón masculino y el uso de pastillas.

Con respecto al conocimiento que tienen las personas adolescentes sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana, los resultados de dicha encuesta indican que de 174 970 mujeres entre 15-19 años entrevistadas, únicamente un 34%7 tienen un conocimiento integral sobre qué es el VIH, esto quiere decir que solo dicho porcentaje conoce realmente las formas de prevención del virus y diferencian los mitos que giran en torno a este. Así mismo, posiblemente como consecuencia al desconocimiento que muchas mujeres adolescentes manifestaron tener, se detectaron pensamientos discriminatorios hacia la población que vive con VIH.

### 3.3.4 Situación de Embarazo en Adolescentes

La cantidad de nacimientos en Costa Rica es una de las principales variables que presentan cambios a decrecer. Para el 2014, hubo 15 nacimientos por cada mil habitantes, lo que corresponde a cerca de 9 nacimientos menos por cada mil habitantes, con respecto a los datos estadísticos de hace 25 años (INEC, 2014).

Consecuente con lo anterior, el embarazo en la adolescencia también ha manifestado una disminución en los últimos años. Para el 2018 se presentaron 9531 casos de maternidad adolescente (258 casos de menores de 15 años), lo que equivale a 3725 casos menos de maternidad adolescente que en el 2010 donde estos sumaban los 13256. Así también, las cifras del 2018 señalaron solamente 965 casos de paternidad adolescente lo que representaba una disminución de 645 casos en comparación con el año 2010 donde se registraron 1610.

**Tabla 15.**

**Número de casos de adolescentes madres o padres en Costa Rica por sexo y según año, 2010 y 2018.**

	<b>Mujeres adolescentes madres</b>	<b>Hombres adolescentes padres</b>
<b>2010</b>	13 256	1 610
<b>2018</b>	9 531	965

**Fuente:** Elaboración propia con datos de la Unidad de Estadísticas Demográficas del INEC (2010 y 2018).

De acuerdo con la Tabla N°16, las provincias con mayor caso de embarazo en la adolescencia son las de la Región Central del país, donde se concentra la mayor cantidad de habitantes de Costa Rica.

**Tabla 16.**

**Cantidad de nacimientos de madres menores de 19 años en Costa Rica por año y según provincia, 2010 y 2018.**

Provincia	Total de Nacimientos	
	2010	2018
<b>Costa Rica</b>	<b>13 256</b>	<b>9 531</b>
San José	3 810	2 429
Alajuela	2 651	2 213
Cartago	1 194	810
Heredia	1 041	701
Guanacaste	1 152	864
Puntarenas	1 545	1 234
Limón	1 863	1 280

**Fuente:** Elaboración propia con datos de la Unidad de Estadísticas Demográficas del INEC (2010 y 2018).

En cuanto a los datos estadísticos por cantón del año 2016, es relevante mencionar que la mayoría de estos que experimentan menor número de nacimientos en el país, se ubican entre los cantones mejor posicionados por su IDHc en el 2014, tales son los casos de San Mateo, Turrubares, Flores y Belén (ver Tabla N°17).

**Tabla 17.**

**Número de nacimientos de adolescentes madres en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con menor tasa de nacimientos**

Puesto	2011			2016		
	Cantón	Posición IDHc 2011	Nacimientos 2011	Cantón	Posición IDHc 2016	Nacimientos 2016
1	204 SAN MATEO	10	7	204 SAN MATEO	10	8
2	511 HOJANCHA	22	12	116 TURRUBARES	20	11
3	116 TURRUBARES	66	18	117 DOTA	68	19
4	509 NANDAYURE	48	21	408 FLORES	23	20
5	117 DOTA	62	22	407 BELEN	3	21
6	211 ZARCERO	32	26	511 HOJANCHA	18	21
7	306 ALVARADO	47	33	509 NANDAYURE	61	24

8	120 LEON CORTES	50	34	604 MONTES DE ORO	47	26
9	406 SAN ISIDRO	4	34	409 SAN PABLO	12	29
10	407 BELEN	2	34	306 ALVARADO	30	33
11	604 MONTES DE ORO	34	35	406 SAN ISIDRO	4	33
12	205 ATENAS	18	37	508 TILARAN	26	33
13	212 VALVERDE VEGA	43	41	105 TARRAZU	69	35
14	409 SAN PABLO	17	42	304 JIMENEZ	65	35
15	508 TILARAN	19	46	205 ATENAS	6	36
16	408 FLORES	8	49	112 ACOSTA	55	37
17	304 JIMENEZ	56	52	211 ZARCERO	54	37
18	112 ACOSTA	51	59	120 LEON CORTES	71	39
19	107 MORA	20	60	107 MORA	13	40
20	507 ABANGARES	54	62	115 MONTES DE OCA	22	42

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Atlas Desarrollo Humano Cantonal (2016) e INEC (2011 y 2016).

### 3.3.5 Adolescentes madres menores de 15 años

Como se indicó anteriormente, en el año 2018 a nivel nacional, ocurrieron 170 nacimientos por parte de adolescentes menores de 15 años menos en comparación al 2010 donde se registraron 428 casos de embarazos.

En relación con los cantones que han presentado mayor número de nacimientos en los últimos años, las estadísticas del INEC (2016) encabezan a San José, San Carlos y Limón las cuales durante 5 años habían mantenido la misma posición. San José y San Carlos experimentaron una disminución leve de nacimientos entre un año y otro, mientras que Limón aumentó de 14 a 20 nacimientos por parte de madres menores de 15 años (ver Tabla N°18).

Con respecto a los demás cantones, Alajuela logró tener un descenso al puesto 4 para el 2016 mientras que Talamanca aumentó de 8 a 15 embarazos, pasando del puesto 20 en el 2011 al quinto en el 2016. Este mismo acontecimiento ocurrió con Coto Brus que aumentó de 9 a 13 embarazos. Otros cantones que lograron descender en la lista fueron Desamparados con 10 casos menos, Liberia con 9 menos y Puntarenas con menos 6.

La comparación del Índice de Desarrollo Humano Cantonal entre el 2011 y el 2014, permite observar la evolución que experimentó el cantón. Con base en ello, se hace una clasificación de los cantones en la que se visualiza como cuatro de ellos bajaron su nivel de desarrollo (San José, Alajuela, Liberia y Desamparados), mientras los demás mantuvieron la misma categoría y otros lograron aumentar su nivel de desarrollo en una o dos posiciones.

Es relevante notar que cantones calificados en una posición desfavorable en el Índice de Desarrollo Humano, tales como Talamanca, Coto Brus y Limón, aumentaron la cifra de nacimientos en niñas menores de los 15 años.

**Tabla 18.**

**Número de nacimientos de adolescentes madres menores de 15 años en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con mayor tasa de nacimientos**

Puesto	2011			2016		
	Cantón	Posición IDHc 2011	Nacimientos 2011	Cantón	Posición IDHc 2014	Nacimientos 2016
1	101 SAN JOSE	36	35	101 SAN JOSE	38	27
2	210 SAN CARLOS	52	30	210 SAN CARLOS	51	25
3	201 ALAJUELA	37	26	701 LIMON	63	20
4	103 DESAMPARADOS	40	21	201 ALAJUELA	34	19
5	501 LIBERIA	30	17	704 TALAMANCA	80	15
6	601 PUNTARENAS	46	17	608 COTO BRUS	76	13
7	213 UPALA	73	15	705 MATINA	79	13
8	702 POCOCI	64	15	103 DESAMPARADOS	49	11
9	701 LIMON	70	14	601 PUNTARENAS	59	11
10	703 SIQUIRRES	61	13	703 SIQUIRRES	50	11
11	610 CORREDORES	67	12	706 GUACIMO	75	11
12	705 MATINA	80	12	410 SARAPIQUI	72	10
13	603 BUENOS AIRES	75	10	501 LIBERIA	39	8
14	110 ALAJUELITA	71	9	607 GOLFITO	48	8
15	301 CARTAGO	14	9	305 TURRIALBA	44	7
16	305 TURRIALBA	45	9	214 LOS CHILES	81	7
17	401 HEREDIA	9	6	302 PARAISO	7	27
18	410 SARAPIQUI	9	72	702 POCOCI	6	64
19	608 COTO BRUS	9	76	502 NICOYA	6	28
20	704 TALAMANCA	8	81	401 HEREDIA	6	5

**Fuente: Elaboración propia con datos del Atlas Desarrollo Humano Cantonal (2016) e INEC (2011 y 2016).**

### 3.3.6 Adolescentes madres de 15 a 19 años

La cifra de mujeres adolescentes embarazadas entre los 15 y 19 años disminuyó en 3555 casos en el 2018 en comparación con el año 2010.

De acuerdo con datos del INEC (2016), los cantones con mayor número de adolescentes madres en este rango de edad para el 2016 correspondían a: San José, San

Carlos, Alajuela y Desamparados. Es importante señalar que la mayoría de la población adolescente se concentra en estos cuatro cantones.

En este sentido conviene destacar que la cantidad de embarazos en un cantón puede estar determinado por varios factores, entre los que se encuentra, la cantidad de personas adolescentes residentes en un cantón. De este modo, si un cantón es muy pequeño en términos poblacionales y por tanto la población adolescente es pequeña también, la cantidad de embarazos en adolescentes será menor a la de un cantón más grande donde la población adolescente sea mayor.

Sin embargo, conviene destacar que el número de nacimientos en San José (cantón) denota una gran disminución, pasando de 905 en el 2011 a 679 en el 2016, es decir, 226 nacimientos menos. Lo mismo ocurre en Alajuela, San Carlos y Desamparados. El único cantón que tuvo un aumento es el cantón de Talamanca pasando de 202 casos en el 2011 a 229 en el 2016 (Ver Tabla N°19).

Entre los cantones con menor número de embarazos durante el 2016 se encontraban: San Mateo (con un aumento de un embarazo con respecto al 2011), Hojancha, Turubares, Dota, entre otros. Todos estos han experimentado una disminución durante estos últimos 5 años.

Cabe señalar que según datos de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2019), un 58,9% de 10 925 mujeres entre 15 y 19 años, manifestaron haber sido víctimas de violencia obstétrica durante su último parto, denunciando que no se les consultó previo al aplicarle algún tratamiento, les dieron explicaciones confusas de comprender, les gritaron o regañaron o fueron criticadas o recibieron comentarios despectivos o con sobrenombres por parte del personal médico. La mayoría de estas mujeres fueron atendidas en el sector público de salud.

**Tabla 19.**

**Número de nacimientos de adolescentes madres de 15 a 19 años en Costa Rica por año y posición de IDHc 2014, según veinte cantones con mayor tasa de nacimientos**

Puesto	2011			2016		
	Cantón	Posición IDHc 2011	Nacimientos 2011	Cantón	Posición IDHc 2014	Nacimientos 2016
1	101 SAN JOSE	36	905	101 SAN JOSE	36	38
2	210 SAN CARLOS	52	664	210 SAN CARLOS	52	51
3	201 ALAJUELA	37	662	201 ALAJUELA	37	34
4	103 DESAMPARADOS	40	603	103 DESAMPARADOS	40	49
5	702 POCOCI	64	529	702 POCOCI	64	64
6	701 LIMON	70	468	701 LIMON	70	63
7	601 PUNTARENAS	46	463	601 PUNTARENAS	46	59
8	119 PEREZ ZELEDON	53	383	119 PEREZ ZELEDON	53	60
9	301 CARTAGO	14	315	501 LIBERIA	14	39
10	108 GOICOECHEA	41	286	301 CARTAGO	41	17
11	410 SARAPIQUI	72	281	704 TALAMANCA	72	80
12	401 HEREDIA	6	280	410 SARAPIQUI	6	72
13	703 SIQUIRRES	61	278	213 UPALA	61	78
14	501 LIBERIA	30	266	703 SIQUIRRES	30	50
15	203 GRECIA	33	250	401 HEREDIA	33	5
16	705 MATINA	80	236	108 GOICOECHEA	80	33
17	305 TURRIALBA	45	235	110 ALAJUELITA	45	73
18	303 LA UNION	11	216	203 GRECIA	11	46
19	603 BUENOS AIRES	75	215	305 TURRIALBA	75	44
20	704 TALAMANCA	81	202	603 BUENOS AIRES	81	70

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Atlas Desarrollo Humano Cantonal (2016) e INEC (2011 y 2016).

### 3.3.7 Cantidad de hijos en mujeres adolescentes

Con respecto al número de hijos de madres adolescentes, estos también han disminuido con los años (ver Tabla N°20). Para el 2011, 11 niñas menores de 15 años reportaron tener su segundo hijo y 2 más registraron un tercer o más hijos. Esta cifra cambió para el año 2016 donde solamente 7 niñas reportaron un segundo embarazo.

En el caso de adolescentes entre 15 y 17 años, para el 2011, 532 madres registraron un segundo hijo y 30 registraron tener 3 o más. Cinco años más tarde, la cantidad de casos disminuyó para 467 adolescentes con un segundo hijo y 23 con 3 o más.

Finalmente, en las 2011 1673 madres entre 18 y 19 años de edad registraron su segundo hijo y 212 registraron 3 o más hijos. Mientras que en el 2016 las cifras disminuyeron a 1439 y 200 casos respectivamente.

**Tabla 20.**

**Número de hijas o hijos de adolescentes madres por rango de edad y cantidad, según año, 2011 y 2016.**

Año	10-14 años			15-17 años			18-19 años			Total
	Número de hijas(os)			Número de hijas (os)			Número de hijas (os)			
	1	2	3 o más	1	2	3 o más	1	2	3 o más	
2011	461	11	2	5 248	532	30	5 630	1 673	212	<b>13 799</b>
2016	342	7	0	4 009	467	23	4 422	1 439	200	<b>10 909</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC (2011y 2016).

### **3.4 Salud mental**

La vida y la salud, incluida la salud mental, son derechos inalienables contemplados en el marco nacional e internacional de Derechos Humanos, desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Constitución Política de Costa Rica (art. 21 y 50).

#### **3.4.1 Consumo de sustancia psicoactivas**

De acuerdo con la VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria (2016):

Los adolescentes son uno de los grupos que se ven afectados por el uso y abuso de diferentes drogas, especialmente por el alcohol, tabaco y marihuana. Ante factores como la disponibilidad, las relaciones interpersonales, la baja percepción de riesgo al uso de sustancias, cambios emocionales e incluso

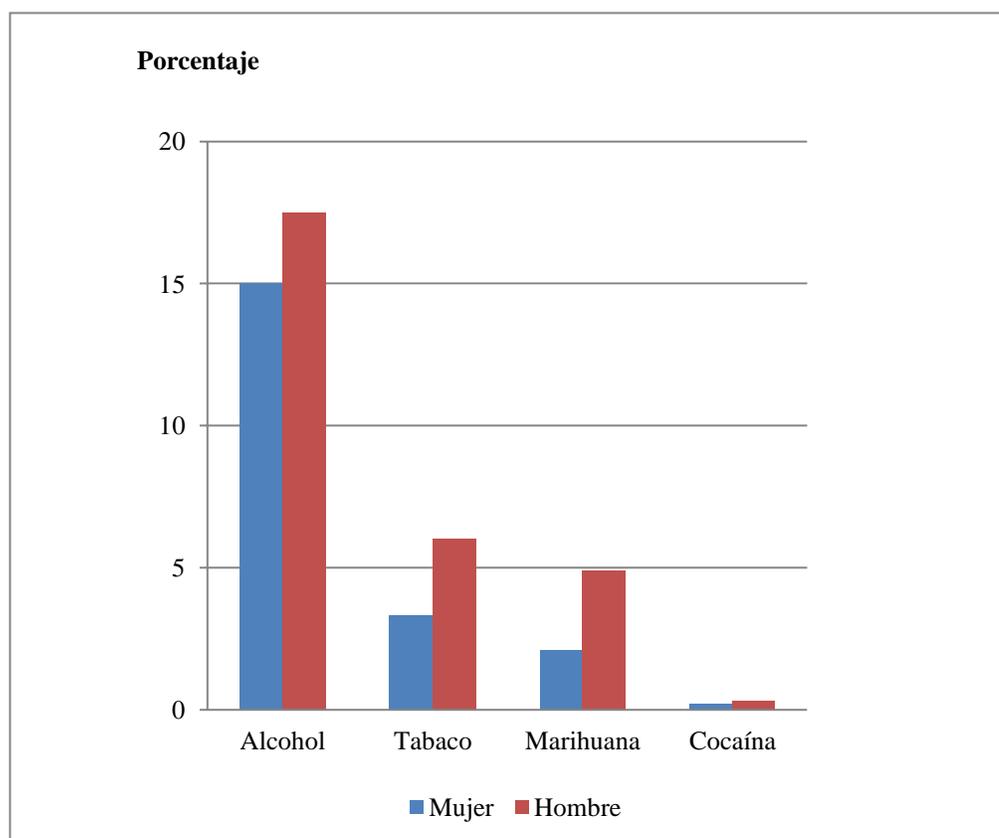
dinámicas familiares que viven, se produce una combinación de factores que potencializan el contacto con las sustancias. Comprender estas dinámicas sociales representa un paso importante para el abordaje y fortalecimiento de las intervenciones preventivas. (p.1).

En la mayor cantidad de casos de consumo en adolescentes de 12 a 19 años en Costa Rica, se presenta el alcohol como principal bebida, posteriormente el tabaco y marihuana en tercer lugar. Con respecto al consumo de la cocaína, se mantiene niveles de consumo bajos debido a los riesgos que esta sustancia presenta a la salud y altos costos para adquirirla, por lo que muchos se abstienen de consumirla.

Para todas estas sustancias psicoactivas, los datos indican que son los hombres los que consumen más que las mujeres (IAFA, 2016, p.49). (Ver Figura N°12)

**Figura 12.**

**Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína en un mes en personas adolescentes de secundaria en Costa Rica según sexo, año 2015.**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del IAFA (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria 2015.*

A continuación, se presentan datos de consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes de secundaria para el año 2015.

**Tabla 21.**

**Costa Rica: Mujeres y hombres adolescentes que consumieron sustancias psicoactivas en secundaria durante el año 2015. Información por sexo y según tipo de sustancia psicoactiva.**

(Porcentajes)

<b>Consumo de Sustancias Psicoactivas</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
<b>Consumo de Alcohol</b>		
Entre los estudiantes que alguna vez bebieron alcohol o que la primera bebida fue antes de los 14 años de edad	64,8	66,9
Estudiantes que bebieron al menos una bebida que contenga alcohol 1+ de los últimos 30 días	20,0	19,0
Exposición a beber alcohol entre los estudiantes de secundaria	50,9	47,7
Prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria (año pasado)	34,7	34,0
<b>Consumo de tabaco</b>		
Prevalencia del consumo actual de cualquier producto de tabaco	6,1	8,7
Prevalencia de fumadores de cigarrillos actuales	6,0	8,0
Prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de secundaria (año pasado)	4,9	7,0
<b>Consumo de drogas</b>		
Prevalencia del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)	0,7	1,4
Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)	13,6	16,7
Prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de secundaria (año pasado)	8,3	10,4
Prevalencia del uso de inhalantes entre los estudiantes de secundaria (durante su vida)	2,1	3,0

**Fuente:** Elaboración propia con datos del IAFA (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria 2015.*

Como se presenta en la Tabla N°22, la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas tanto en mujeres como en hombres ronda los 13 años. En el caso de la marihuana, el consumo de inicio es a los 14 años, con respecto a otras sustancias psicoactivas que inician a edades más tempranas.

**Tabla 22.**

**Edad promedio del inicio de consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica. Información por tipo de sustancia psicoactiva y según sexo.**

(Porcentajes)

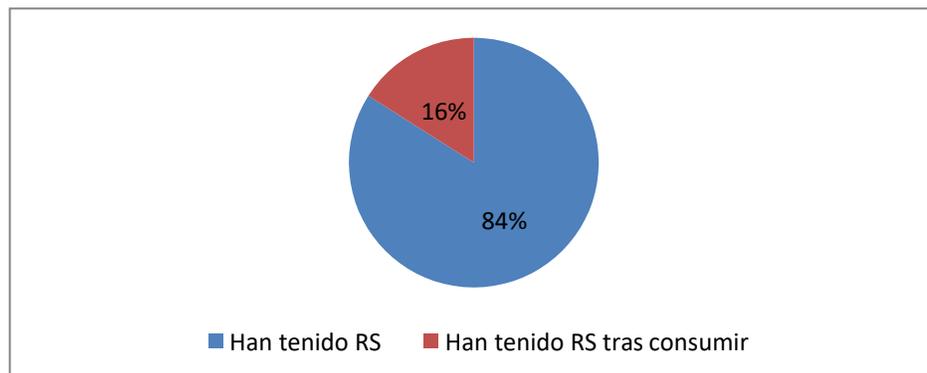
Sexo	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína
<b>Total</b>	<b>13,5</b>	<b>13,3</b>	<b>14,2</b>	<b>13</b>
Hombres	13,4	13,1	14,1	SD
Mujeres	13,6	13,7	14,4	SD

**Fuente:** elaboración propia con datos del IAFA (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria 2015.*

Por otro lado, los datos de esta encuesta señalan que hay una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los actos sexuales especialmente sin protección (ver Figura N°13). El 16% de los jóvenes entrevistados contestaron afirmativamente haber tenido relaciones sexuales después de haber consumido alguna droga. De ese 16%, el 64.5% señalaron que habían utilizado preservativo, mientras que el 35.5% tuvieron relaciones sexuales sin protección, aspecto que los expuso al contagio de enfermedades o infecciones de transmisión sexual o a embarazos no deseados. Esta conducta de riesgo aumentó en comparación a años anteriores.

**Figura 13.**

**Porcentaje de adolescentes de secundaria en Costa Rica que ha tenido relaciones sexuales tras consumir alguna droga. Información según proporción de quienes se han protegido con preservativo, 2015.**



**Fuente:** IAFA (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria 2015.*

De acuerdo el Informe Mundial Sobre las Drogas (2018), de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la conjugación decisiva de los factores de riesgo a los que se exponen las personas adolescentes y los factores de protección que están ausentes en su vida es lo que determina la susceptibilidad de esta población al consumo de drogas.

Según dicho informe, los problemas de salud mental y conductual a edades tempranas, la pobreza, la falta de oportunidades, la escasa implicación de los padres, madres y apoyo social, la influencia negativa de los pares y la falta de medios en las escuelas son más comunes entre los jóvenes que tienen problemas de consumo de sustancias que entre los que no.

Así también, la pobreza y la falta de oportunidades a nivel económico y social puede empujar a los jóvenes a involucrarse en la cadena de abastecimiento de drogas, en ocasiones estos también se ven implicados en el cultivo, la producción y el tráfico de drogas. Todo lo anterior puede exponer a las personas adolescentes al desempleo, los problemas de salud física, las relaciones sociales disfuncionales, la tendencia al suicidio, las enfermedades mentales e incluso la reducción de la esperanza de vida (Informe Mundial Sobre las Drogas, 2018)

### **3.4.2 Suicidio**

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), el suicidio es uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo. Se estima que, a nivel mundial, más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que equivale a una cada cuarenta segundos. Así también, por cada muerte por suicidio, hay aproximadamente 20 personas que intentan acabar con su vida pero que no lo consiguen.

Se entiende por intento suicida como “conducta potencial lesiva auto infligida y sin resultado fatal. Para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método” (Decreto Legislativo N.º 9519, 2018, p.34).

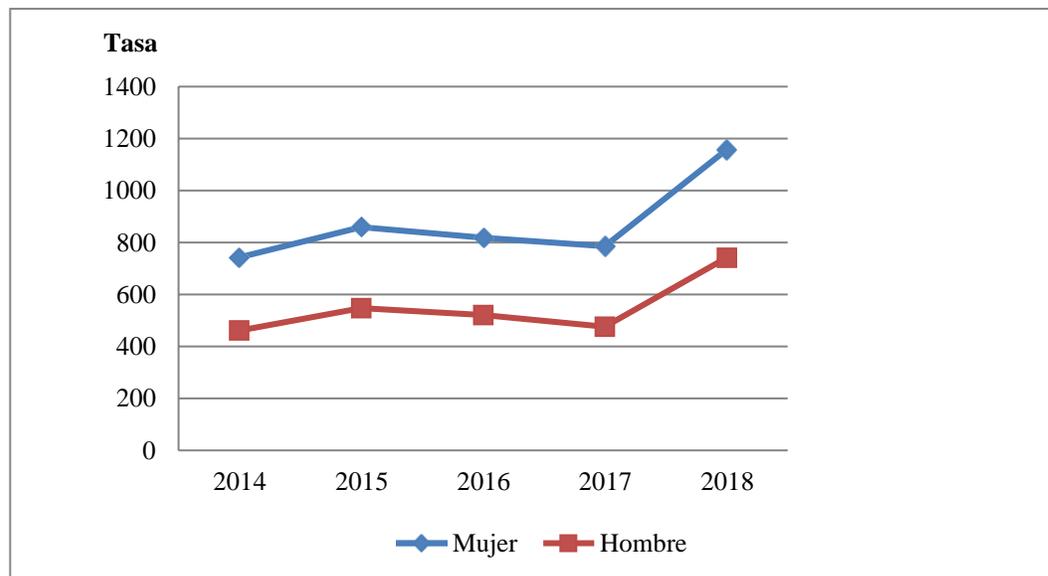
Para la población mundial entre 15 a 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte. También es la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años y la cuarta en adolescentes entre 10 a 19 años. Según los estudios, aunque las mujeres tienen más intentos de acabar con su vida, son los suicidios en hombres los que representan aproximadamente el 79% de todas las muertes (Ver Figura N° 14).

**Figura 14.**

**Incidencia de intento de suicidio en Costa Rica por año según sexo, 2014-2018.**

(Tasa mujeres (2018): 46.6 x 100.000 habitantes)

(Tasa hombres (2018): 29.4 x 100.000 habitantes)



**Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud ( 2018).**

Con respecto a los datos de la Región Centroamericana, Costa Rica presentó una de las tasas de mortalidad por suicidios más alta en el año 2016, ocupando el tercer lugar con una tasa de 7.9 por cada 100 mil habitantes, solo superado por Nicaragua y El Salvador (Contraloría General de la República, 2018). Según datos del Poder Judicial (2016), el suicidio en el contexto nacional constituye la cuarta forma de muerte violenta más común en Costa Rica y afecta principalmente en la capital que es donde se concentra la mayor cantidad de población. Asimismo, durante el 2018 en 31 de los 81 cantones del país se cometió más suicidios que homicidios y en otros 11 se cometió la misma cantidad (Ministerio de Salud, 2019).

De acuerdo con la Dirección de Vigilancia de la Salud, del Ministerio de Salud, desde el año 2007 hasta el año 2017, 3650 personas se suicidaron en Costa Rica. De dicha cantidad, 200 personas eran menores de edad, siendo el 2011 el año en el que se presentó la mayor cantidad de casos (24 por año), seguido por el 2015 y 2016 (con 23 casos por año). El menor registro de suicidios de esta población ocurrió en el 2010 con 8 casos.

Así también, durante dicho lapso, 137 jóvenes entre los 18 y 19 años acabaron con su vida, siendo el año 2007 el que presentó más registros (18 casos) y el año 2017 el que presentó menos (7 casos) (Ver Tabla N°23). De acuerdo con el Informe Anual de la Situación de Costa Rica (UNICEF, 2018), de la tasa nacional de suicidios entre

adolescentes entre 15 y 19 años por cada 100 mil habitantes, un 13,92% se llevan a cabo en comunidades indígenas.

**Tabla 23.**

**Cantidad de suicidios en Costa Rica por año y según rango de edad, 2007-2017.**

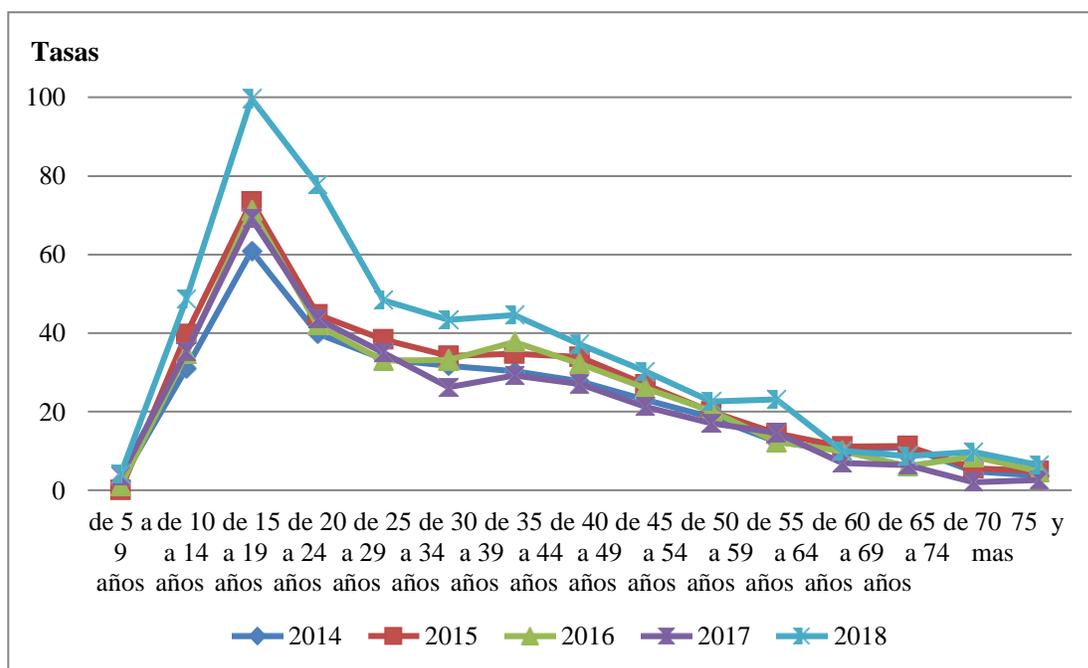
<b>Rango de edad</b>	<b>Total</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Total</b>	<b>3 650</b>	<b>315</b>	<b>304</b>	<b>362</b>	<b>333</b>	<b>341</b>	<b>322</b>	<b>362</b>	<b>302</b>	<b>328</b>	<b>349</b>	<b>332</b>
Hasta 17 años	<b>200</b>	18	17	13	8	24	22	21	14	23	23	17
De 18 a 19 años	<b>137</b>	18	14	13	11	11	13	9	16	14	11	7
De 20 a 29 años	<b>926</b>	84	77	108	91	92	78	86	79	74	74	83
De 30 a 39 años	<b>776</b>	65	65	72	77	79	68	80	49	58	86	77
De 40 a 49 años	<b>668</b>	66	57	67	69	52	60	64	51	56	68	58
De 50 a 59 años	<b>515</b>	37	45	49	42	41	39	55	61	57	42	47
De 60 a 69 años	<b>206</b>	20	16	24	23	28	16	14	15	20	13	17
70 y más años	<b>222</b>	7	13	16	12	14	26	33	17	26	32	26

**Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.**

Por su parte, los intentos suicidas se presentaron mayormente en adolescentes entre 15 y 19 años y cifras más recientes mostraron un aumento de estos casos en el año 2015, con una disminución en el año 2016 y 2017, sin embargo, para el 2018 los números aumentaron considerablemente. El mismo fenómeno se presentó para la población menor a 15 años. (Ver Figura N° 15).

**Figura 15.**

**Tasas de incidencia de intentos de suicidio en Costa Rica por grupo de edad y según año, 2014-2018.**



**Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud (2018).**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), se estima que entre el 10 y el 20% de las personas adolescentes alrededor del mundo experimentan problemas de salud mental que si no son bien abordadas pueden desencadenar conductas suicidas. La depresión es considerada la novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre todos los adolescentes y la ansiedad es la octava causa principal. Estos y otros trastornos emocionales pueden ser profundamente incapacitantes para el funcionamiento de un adolescente, afectando también el trabajo escolar y la asistencia.

Otros factores que interfieren en la estabilidad de las personas adolescentes son la calidad de su vida hogareña y sus relaciones con sus pares. La violencia en todas sus expresiones (especialmente la sexual) y los problemas socioeconómicos (malas condiciones de vida, estigmatización, discriminación, exclusión, o falta de acceso a servicios y apoyo de calidad) son riesgos reconocidos para la salud mental.

### 3.5 Violencia

Los homicidios intencionados por agresión con arma y objeto<sup>1</sup>, el suicidio (como ya se desarrolló anteriormente) y las lesiones por accidente de tránsito son las principales causas violentas de mortalidad en adolescentes entre personas adolescentes y jóvenes en Costa Rica.

De acuerdo con datos del INEC y del Ministerio de Salud (2019), las principales víctimas de estos sucesos son los hombres (ver Tabla N°24).

**Tabla 24.**

**Costa Rica: mortalidad por agresión con arma y objeto, por sexo, según grupo de edad, 2014-2017<sup>1</sup> (Tasa por 100.000 habitantes)**

GRUPOS DE EDAD	2014				2015				2016				2017			
	Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre	
	N°	TASA	N°	TASA												
De 10 a 14 años	1	0.5	1	0.5	0	0.0	4	2.1	2	1.1	3	1.6	1	0.6	0	0.0
De 15 a 19 años	6	3.0	36	16.9	5	2.5	28	13.3	3	1.5	49	23.5	2	1.0	32	15.5

<sup>1</sup>Cifras preliminares

**Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud**

Los resultados de la Encuesta de Mujeres Niñez y Adolescencia (2019), señalan que, de 174.970 mujeres entre los 15 y 19 años, 3,5% sufrieron violencia por robo o agresión durante el último año previo al estudio y un 1,2% manifestó que las agresiones se dieron varias veces durante dicho lapso.

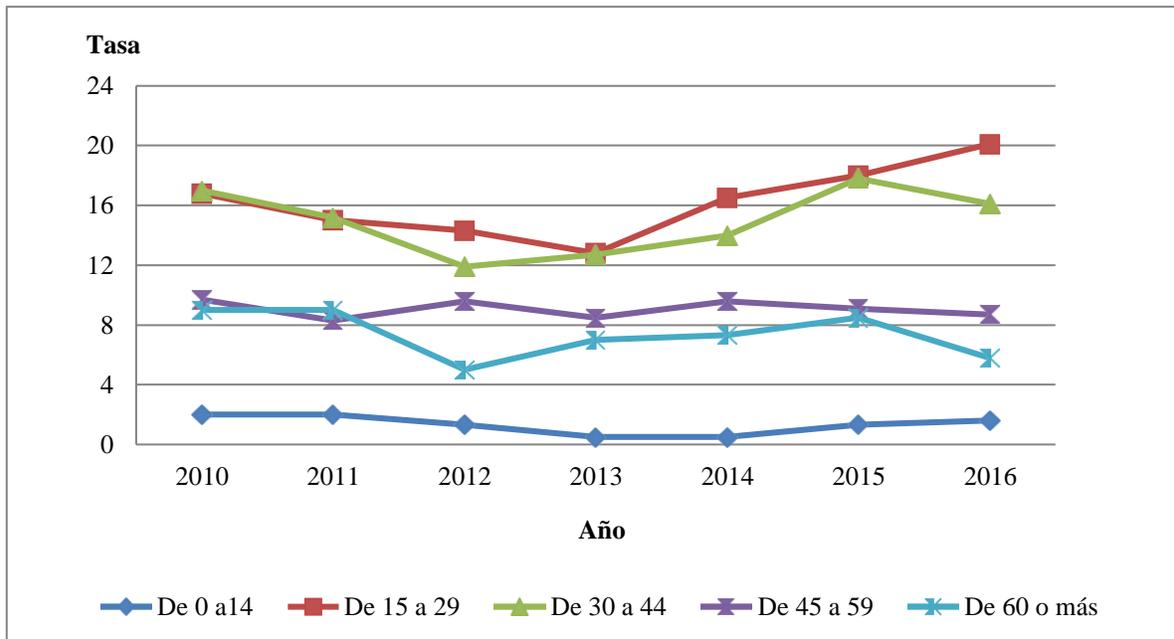
Por su parte, los datos Análisis de los Homicidios Dolosos Vinculados a la Delincuencia Organizada (2017), señalan que para el 2016 la tasa de homicidios dolosos por cada 100 mil personas entre 15 a 29 años aumentó considerablemente en comparación con los datos del año 2014. El mismo fenómeno ocurrió para la población entre menores de 15 años, donde la tasa para el 2016 incrementó a partir del año 2014 (ver Figura N°16).

<sup>1</sup> Incluye dos categorías más: Agresión con disparo de arma corta, Agresión con disparo de rifle, escopeta y arma larga, Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, Agresión con objeto cortante, Agresión con objeto romo o sin filo. Tomar a consideración el necesario. Es importante relevar que ninguna de estas categorías, corresponde directamente al diagnóstico de mortalidad por Asaltos, ya que de acuerdo con la CIE 10 no es posible determinar la causalidad del evento.

**Figura 16.**

**Tasas de homicidios dolosos en Costa Rica por año y según rango de edad de la víctima, años 2010-2016.**

(Tasa por cada 100.000 habitantes)

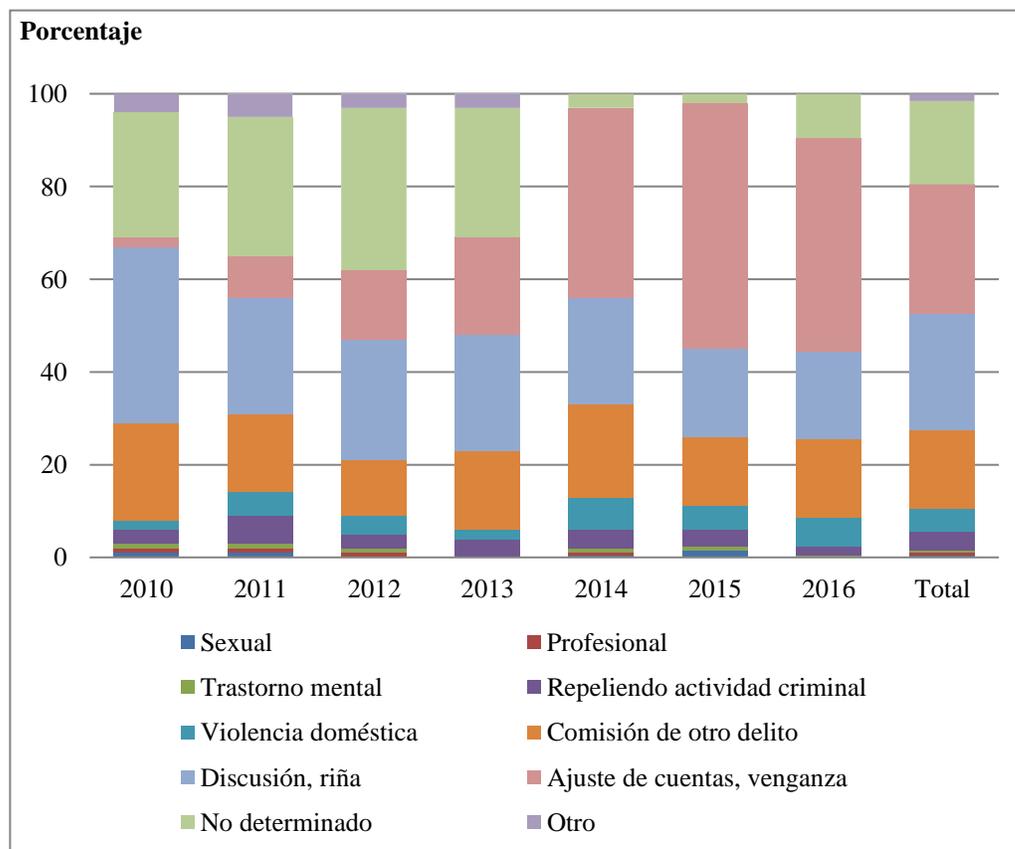


**Fuente:** Departamento de la Sección de Estadística del Poder Judicial y las estimaciones de población del INEC (2010-2016).

La mayoría de las muertes para el 2016 se presentaron en la provincia de Limón, seguidamente en la provincia de San José y estas están muy vinculadas a la delincuencia organizada y el narcotráfico (ajuste de cuentas, venganza, riñas, otros delitos), aspecto que está impactando de manera muy importante y directa en los indicadores de seguridad ciudadana del país con tasas de muertes cada año más altas (ver Figura N° 17).

**Figura 17.**

**Distribución porcentual de los homicidios dolosos en Costa Rica por año según móvil, 2010-2016.**



**Fuente: Organismo de Investigación Judicial, Oficina de Planes y Operaciones, Unidad de Análisis Criminal (2016).**

En cuanto a las cifras por violencia doméstica, en el 2016 se presentó un aumento significativo tanto hombres como mujeres a nivel nacional. La cifra más alta se presentó en mujeres pasando de 7.931 en el 2014 a 8.822 casos en el 2016. Esta misma situación ocurrió en los hombres, pero con menos casos de violencia (de 2.846 a 3.669). Sin embargo, para el año 2017 los números volvieron a disminuir.

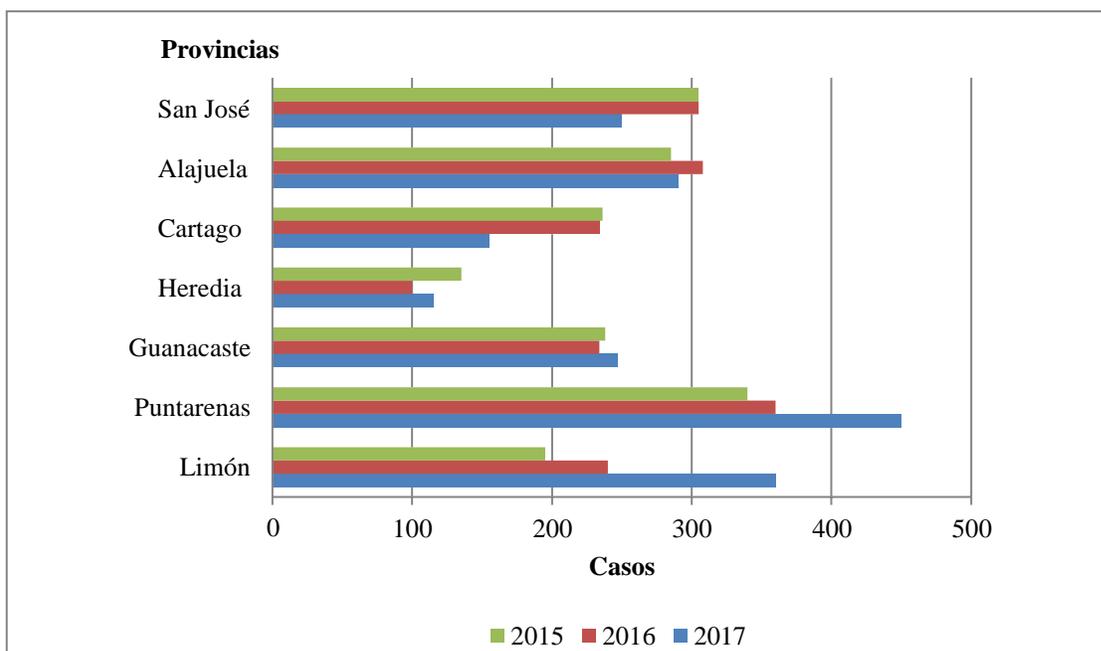
Resulta relevante señalar que la diferencia entre hombres y mujeres, en relación con la violencia intrafamiliar es amplia, la razón mujer: hombre es 2,6/1, es decir, por cada hombre que sufre VIF hay 2,6 mujeres que también la padece (Ministerio de Salud., 2019).

De acuerdo con el informe de Violencia Contra las Mujeres en Costa Rica (2018), las agresiones psicológicas entre el año 2015 al 2017 fueron las más frecuentes, seguidas por la violencia física, la agresión física y la violencia psicológica. Así también,

fue en la provincia de Puntarenas donde más casos de violencia intrafamiliar se reportaron durante dicho periodo (Ver Figura N°18).

**Figura 18.**

**Casos de violencia intrafamiliar reportados en Costa Rica por provincia y según año, 2015-2017.**



**Fuente: Ministerio de salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.**

Con respecto a la población adolescente, es necesario recalcar que, además de que la cantidad de casos de mujeres que han reportado incidencias por violencia intrafamiliar triplican los casos de hombres que han reportado incidencias de este tipo, en las mujeres el número de casos de violencia pasó de 1 850 en el 2014 a 2 698 en el 2018 (848 incidencias más en 4 años), mientras que en los hombres se presenta un aumento de 212 casos para ese mismo periodo, pasando de 578 en el 2014 a 790 en el 2018 (ver Tabla 25).

**Tabla 25.**

**Incidencia de violencia intrafamiliar en adolescentes en Costa Rica por año y sexo según rango de edad, años 2014 a 2018.**

Rango de edad	2014		2015		2016		2017		2018	
	Mujeres	Hombres								
<b>Total</b>	<b>1.850</b>	<b>578</b>	<b>2.197</b>	<b>813</b>	<b>2.349</b>	<b>866</b>	<b>2.716</b>	<b>802</b>	<b>2.698</b>	<b>790</b>
De 10 a 14 años	898	381	1.160	576	1.187	583	1.115	479	1.053	493
De 15 a 19 años	952	197	1.037	237	1.162	283	1.601	323	1.645	297

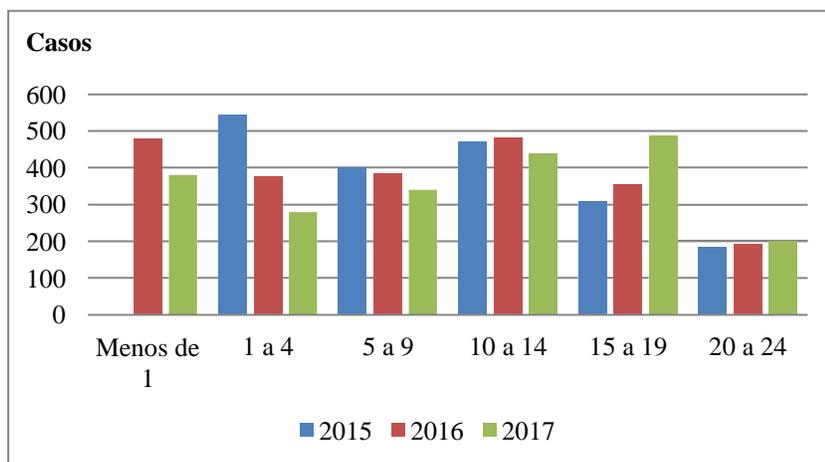
**Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.**

De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia (2019), de 362 569 adolescentes entre los 10 y los 14 años de edad, un 36,8% ha sido víctima de agresión psicológica en su hogar, un 19,6% ha recibido algún tipo de castigo físico y un 2,6% ha sido sometido a un castigo físico severo.

Así también, para el año 2017 se registró la cifra más alta de casos de violencia intrafamiliar contra jóvenes entre los 15 a los 19 años, esto demuestra que ha ido en aumento desde el año 2015 (ver Figura N°19).

**Figura 19.**

**Incidencia de casos de violencia intrafamiliar notificados en Costa Rica por grupos de edad según año, 2015-2017.**

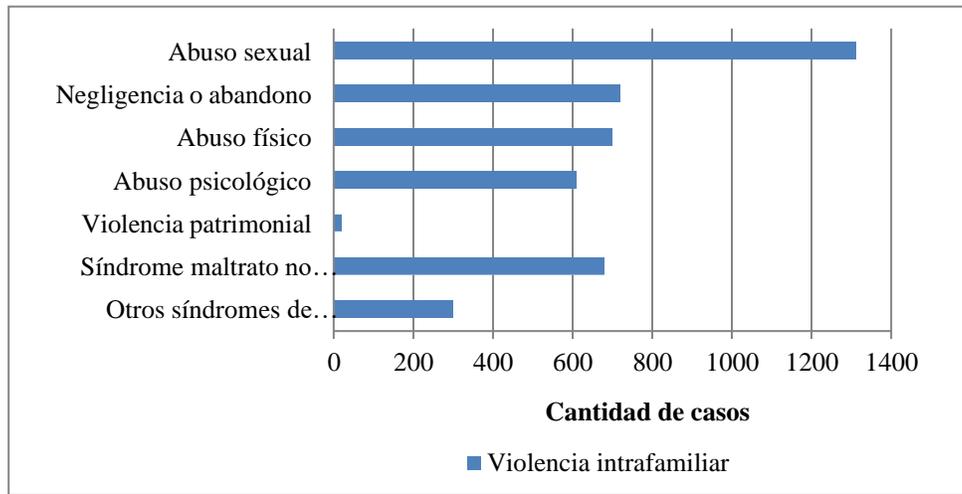


**Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.**

Según los tipos de abuso hacia menores de edad reportados por el Ministerio de Salud (2015), en el 2014, el abuso sexual es el más predominante, seguido por la negligencia o abandono, el maltrato no especificado, el abuso físico y el abuso psicológico.

**Figura 20.**

**Número de casos por tipo de violencia intrafamiliar en personas menores de 18 años en Costa Rica según tipo de violencia, año 2014**

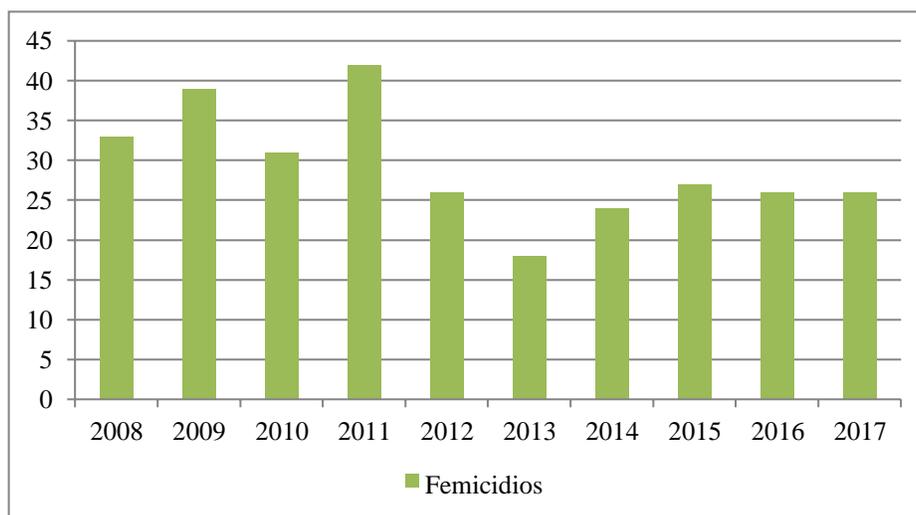


**Fuente:** Elaboración propia con datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Por su parte, los datos del 2017 con respecto a feminicidio indican que se ha mantenido estable en los últimos años con su pico más alto en 2011, cuando se registraron 42 fallecimientos de mujeres por esta causa (ver Figura N°21).

**Figura 21.**

**Cantidad de feminicidios en Costa Rica por año, 2007-2017.**



**Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia.**

Entre las mujeres víctimas de un feminicidio, durante el 2017 y el 2018, se encontraban 10 mujeres adolescentes, lo cual representa el 19.23% de las 52 mujeres asesinadas en ese periodo) y según datos del Poder Judicial, los principales agresores de este tipo de delitos corresponden a ex o actuales parejas sentimentales.

Finalmente, en cuanto a la incidencia de accidentes de tránsito a nivel nacional se caracteriza por un aumento de casos en los hombres, en la Tabla N°26 se observa una cifra de 2846 casos en el 2014 pasando a 15.692 en el 2015.

En adolescentes hombres el comportamiento fue similar, se presentó un aumento significativo de 1201 accidentes más en el 2015, lo que triplica la cantidad con respecto al 2014. Contrario a la situación de los hombres, la tasa de accidentes de tránsito en las mujeres tuvo un descenso de 899 incidentes menos con respecto al 2014.

En cuanto a la mortalidad inmediata por esta causa, para el año 2018, las cifras brindadas por el Consejo de Seguridad Vial (2019) indicaron que 4 menores de 15 años fallecieron en accidentes de tránsito (6 casos menos que en el 2017) y 28 adolescentes entre 15 y 19 años también perdieron la vida (2 casos más que en el 2017). En los demás rangos de edad entre personas jóvenes se evidencia una disminución en cuanto a la mortalidad (Ver Tabla N°27).

**Tabla 26.**

**Incidencia de víctimas de accidentes de tránsito en Costa Rica por año y sexo según rango de edad, años 2014 a 2018**

(Tasa por 100.000 habitantes)

Rango de edad	2014		2015		2016		2017		2018	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Total</b>	<b>1.850</b>	<b>578</b>	<b>951</b>	<b>1.779</b>	<b>973</b>	<b>2.005</b>	<b>979</b>	<b>2.267</b>	<b>1.009</b>	<b>2.227</b>
De 10 a 14 años	898	381	253	295	250	333	272	371	288	350
De 15 a 19 años	952	197	698	1.484	723	1.672	707	1.896	721	1.877

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

**Tabla 27.**

**Cantidad de personas de 0 a 29 años fallecidas en el sitio por accidentes de tránsito en Costa Rica por año y según rango de edad, 2017 y 2018.**

Rango de edad	Año	
	2017	2018
0-14	10	4
15-19	26	28
20-24	78	58
25-29	63	53

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del COSEVI (2019). Área de Investigación y Estadística.

## **3.6 Respuesta de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social a las necesidades de salud de la población adolescente**

### **3.6.1 Servicios de salud integral para adolescentes**

En el año 2018 se elaboró en Costa Rica la Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia, la cual pretende superar la perspectiva de la salud desde un enfoque de la supervivencia hacia uno que coloque a las personas adolescentes como ciudadanos sujetos de derechos. Dicho documento constituye una guía para atender las necesidades de salud de la población adolescente (personas entre los 10 y los 19 años), tomando en consideración sus condiciones psicosociales, culturales, biológicas y de accesibilidad a los servicios institucionales, para ofrecerle una atención diferenciada e integral, con calidez y calidad (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018)

La Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia tiene por 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 y favorecer el desarrollo de todos sus potenciales (p. 28)

Dicha Política junto con el Manual de Gestión de Servicios Hospitalarios Diferenciados y Amigables para Adolescentes (2018), insta a los servicios de salud públicos costarricenses se transformen en servicios amigable para población adolescente, esto quiere decir que cuente con información precisa, oportuna y necesaria para esta población, que la comunicación sea mediante un lenguaje técnico pero accesible, sin juicios valorativos o palabras descalificativas; que exista un trato amigable, cordial y atento en todo momento y que por supuesto haya disponibilidad de medios para cuidar su salud.

Otras particularidades que debe reunir el servicio en salud amigable son:

- Atención integral e interdisciplinaria.
- Visión compartida con jóvenes y adolescentes
- Servicio de atención asegurado con horarios accesibles

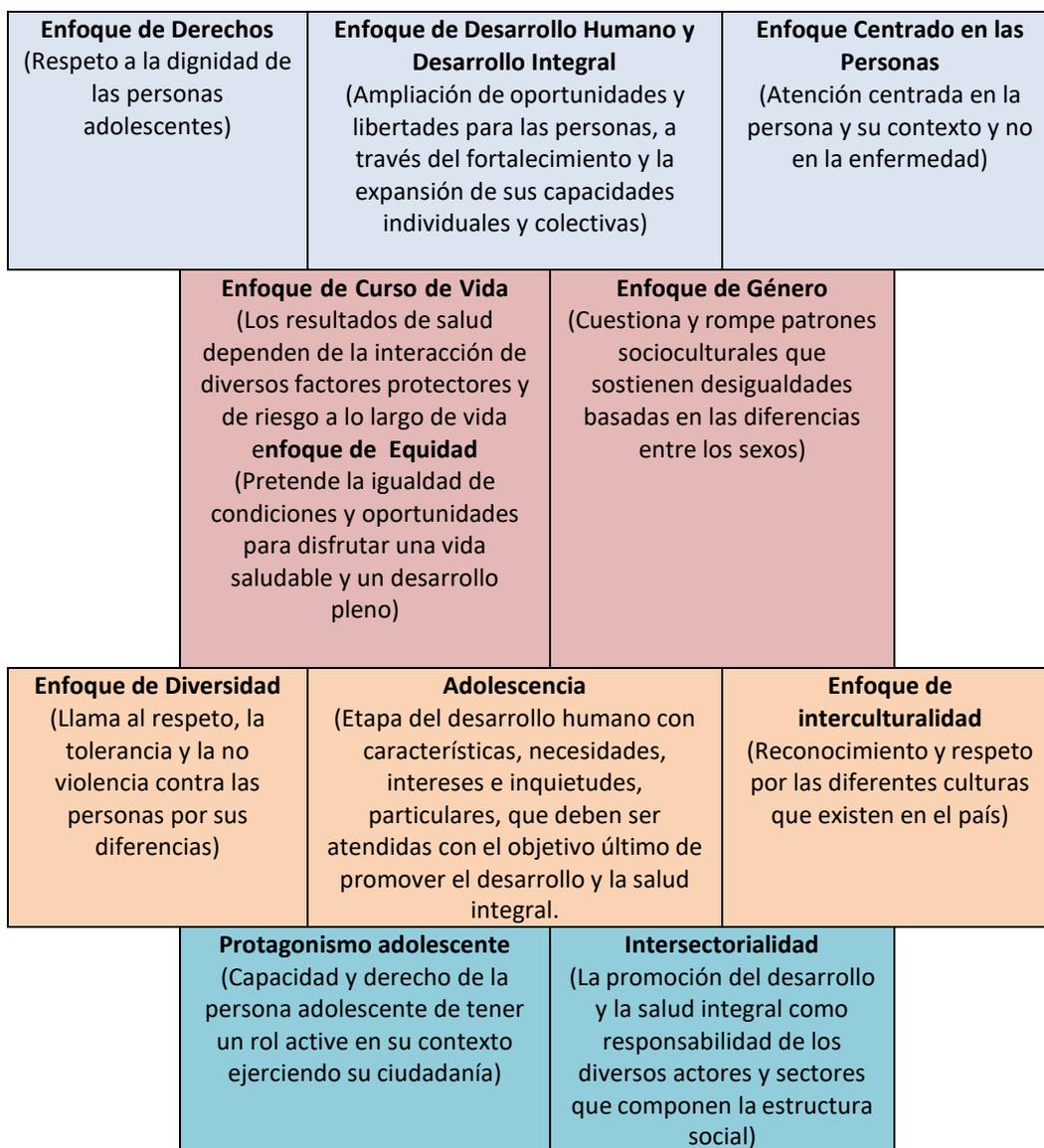
- Adaptado a la cultura juvenil, sin ningún tipo de discriminación
- Calidez y tiempo de escucha del profesional
- Certeza de confidencialidad
- Privacidad en la consulta
- Ámbito de atención exclusivo para adolescentes.

Así también, entre los aspectos que señala la Caja Costarricense de Seguro Social, (2018) para evaluar y mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud amigables para adolescentes se encuentran:

- Las barreras actitudinales en las instituciones públicas.
- Las oportunidades que tienen las personas adolescentes de obtener los servicios que requieren, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- La seguridad de contar con los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías comprobadas científicamente para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.
- La pertinencia en la utilización de recursos para los servicios que requieren las personas adolescentes.
- La continuidad, que es la facilidad con la cual adolescentes obtienen las intervenciones requeridas, mediante secuencia lógica y racional de actividades.

Además de lo anterior, se considera necesario realizar el abordaje de la persona adolescente en su contexto de vida, tomando en consideración su familia, pareja, escuela, trabajo, tiempo libre, inserción social, y comunitaria. También es importante promover acciones que identifiquen sus distintos factores protectores y de riesgo.

Todo lo anterior, tiene su base en diferentes enfoques y cabe señalar que es indispensable que haya una articulación dentro de los niveles de atención, lo que significa que hay que trabajar en la promoción y coordinación multisectorial e intersectorial.



**Fuente: Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia (2018)**

Mediante esta Política, la Caja Costarricense de Seguro Social (2018) señaló que, 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 (p.28)”

Así también señaló nueve Enunciados por cumplir los cuales se indican a continuación:

**Tabla 28. Enunciados de la CCSS, según Ejes de la Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia (2018)**

ATENCIÓN DIFERENCIADA Y OFERTA DE SERVICIOS	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	GESTION
<p>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 subetapas 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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>2. La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá el trabajo en Red de forma interdisciplinaria, Inter programática y entre niveles, para brindar una atención integral, integrada y continua de la persona adolescente en los servicios de salud.</p>	<p>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</p>	<p>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 con las necesidades y particularidades de las personas adolescentes</p>
<p>3. La Caja Costarricense de Seguro Social fortalecerá las acciones desarrolladas en el</p>	<p>7. La Caja Costarricense de Seguro Social promoverá proyectos y estrategias en</p>	

<p>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.</p>	<p>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.</p>	
<p>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.</p>		

**Fuente: CCSS (2018). Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia (pp. 29-34)**

En cuanto a la problemática del suicidio en Costa Rica, las respuestas en salud han aumentado. De acuerdo con el Ministerio de Salud (2014), desde el año 2013 Costa Rica participa en la creación del Observatorio Centroamericano de la Conducta Suicida. Esta plataforma permite a los países analizar las tendencias y comportamientos de los suicidios con el propósito de construir estrategias regionales en salud pública destinadas a la disminución de este evento.

Para dicho año, la Secretaría Técnica de Salud Mental propuso tres clases de estrategias para contrarrestar los factores de riesgo del suicidio que son: la prevención “universal” (diseñada para abarcar a toda la población aumentando y mejorando el acceso a la atención de salud y la promoción de la salud mental); la prevención “selectiva” que se dirigen a grupos vulnerables (como a quienes han padecido traumas o abuso, personas refugiadas y migrantes y familiares de suicidas), y las estrategias “indicadas”, las cuales se dirigen a personas vulnerables específicas a través de redes del apoyo a comunitario y de centros de salud.

Todas estas estrategias abarcan medidas de promoción y prevención como: la vigilancia, la promoción de factores protectores (como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas), la restricción de los medios que se utilizan para auto eliminarse; el trabajo desde la reducción del

estigma y la concientización del público; así como la capacitación de personal de salud y educadores en el tema, entre otros (Ministerio de Salud, 2014).

### **3.6.2 Respuesta de los servicios de salud a las personas adolescentes con cáncer**

#### *Avances*

En relación con la atención en salud para las personas adolescentes con cáncer, no existen estudios, o bien, información detallada que sistematice las cualidades de estos servicios en todos los hospitales nacionales. La información de la que se dispone para el presente Plan es que, a excepción del Hospital Nacional de Niños, que atiende a la población preadolescente y adolescente entre los 10 y los 12 años con 12 meses, las condiciones de tratamiento de las personas adolescentes con cáncer, es similar a la que reciben las personas adultas. Esto evidencia la falta de lineamientos técnicos de carácter nacional que regulen dicha atención, y plantea un importante desafío para el diseño y evaluación de servicios amigables y sensibilizados, que respondan a las condiciones de desarrollo de la población.

Ahora bien, en relación con los avances en la atención de las personas adolescentes con cáncer en Costa Rica, el Hospital Nacional de Niños es uno de los centros de salud a nivel nacional que cuenta con mayor recurso humano capacitado para atender a la población infantil y preadolescente enferma de cáncer (independientemente de la etapa en la que se encuentre).

De acuerdo con datos proporcionados por Gamboa (2019), mediante una comunicación personal, este recurso humano corresponde a:

- 3 hematólogos y el apoyo de médicos generales y pediatras para el servicio de hematología.
- 4 oncólogos, un oncólogo quirúrgico, dos cirujanos generales, 3 radioterapeutas uno de ellos especializado en pediatría, 3 neurocirujanos pediatras.
- 11 enfermeras y 14 auxiliares de enfermería para hospitalizados y 4 enfermeras y 3 auxiliares para consulta externa. De esta cantidad, 9 han recibido entrenamiento específico en oncología, 6 han realizado cursos en línea del St. Jude Children's Research Hospital (para mejorar la atención a personas con cáncer) y 1 ha recibido el curso de infecciones de este mismo centro.
- 2 trabajadoras sociales, 2 psicólogos y 1 nutricionista.
- 5 farmacéuticos que han sido entrenados en oncología a nivel internacional.
- El hospital cuenta también con 27 camas en el área de cuidados intensivos. Se asignan generalmente 20 a intensivos y 7 a intermedios. En la mañana hay 3 a 5 intensivistas, en la tarde 2 y en la noche uno o dos intensivistas. Hay 11 enfermeras y 3 o 4 auxiliares.
- Y finalmente se cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario en cuidados paliativos que atiende un promedio de 1430 pacientes de los cuales

286 son por cáncer. Este servicio está organizado en 4 equipos multidisciplinarios conformados por médico, enfermera y psicólogo para visitar todo el país. Además, se cuenta con una sede en Pérez Zeledón.

Cabe rescatar también que, desde El Hospital Nacional de Niños, se cuenta con el postgrado de Hematología y de Oncología Pediátricas que actualmente tienen residentes en formación. Y se está trabajando arduamente desde el área de investigación para poder contar con información científica más actualizada en el área de Hematología y Oncología.

### *Limitaciones*

Según el análisis de la Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas, las barreras de acceso que presenta el Sistema de Salud Costarricense para una atención oportuna de la población adolescente con cáncer son:

- Contar con información sistematizada sobre las cualidades de la atención en salud que reciben las personas adolescentes con cáncer mayores de 13 años, en los hospitales nacionales.
- Contar con un recurso humano insuficientemente capacitado en relación con el cáncer, su abordaje y el diagnóstico de los síntomas y signos de alarma del cáncer infantil y del adolescente en el nivel primario.
- Ausencia de un adecuado sistema referencia y contra referencia entre niveles de atención.
- Débiles mecanismos de coordinación entre las instituciones para que haya sinergia que permita un abordaje integral de la persona adolescente con cáncer.
- Diagnóstico tardío del cáncer en adolescentes en el nivel primario del sistema de salud.
- Incumplimiento de los protocolos de administración y falta de referencia oportuna.
- Escaso o limitado personal de salud con múltiples funciones que dificulta el seguimiento de los casos.

Por su parte, el Hospital Nacional de Niños señala sus propias necesidades, entre las que se encuentran:

- La presencia de colaboradores en el servicio para el manejo de datos. Idealmente se desearía un personal entrenado en el manejo de los datos como epidemiólogos o estadistas.
- Procesos dictados por ley para realizar los trámites a fin de poder contar con el permiso para realizar las investigaciones aunado al poco tiempo dentro de la jornada laboral que se puede destinar para dicho fin.

Aunado a lo anterior, Gamboa (2019), señala que es de vital importancia que el cáncer se establezca como una prioridad a nivel nacional, que nunca falten los recursos esenciales para la atención, así también que el recurso humano se encuentre siempre en proceso de actualización y capacitación y que se adapten los protocolos que usan los países desarrollados a nivel nacional.

## IV. MARCO DE REFERENCIA

La calidad de vida de un humano está directamente relacionada a las condiciones sociales a las que este ha estado expuesto a través de los años. Vivir bajo condiciones sociales favorables garantiza un buen estado de salud a nivel integral, sin embargo, no todas las personas gozan de las mismas oportunidades.

Gran parte de la población mundial enfrenta determinantes sociales adversos como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, lugares de trabajo inseguros, la falta de acceso a servicios de salud y la escasa calificación laboral. Estas personas que por lo general se ubican en la parte inferior de la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las desigualdades que existen entre quienes viven bajo condiciones favorables y quienes tienen alto grado de vulnerabilidad, son el producto de procesos sociales estructurales y dinámicos.

Tal y como se señaló en el Plan Estratégico Nacional para la Atención en Salud de Personas Adolescentes (2011):

Los determinantes estructurales de las desigualdades de la salud responden a la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Pero no sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social– determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los determinantes intermedios son la concreción de situaciones sociales específicas que configuran los resultados de salud. El grado de cohesión social atraviesa y afecta tanto los factores estructurales como los intermediarios. La magnitud del problema de desigualdad alcanza al conjunto del contexto socio- económico y político, con impacto en la mortalidad y morbilidad y, simultáneamente, afecta al crecimiento económico y social (p.36).

Las desigualdades e inequidades en materia de salud son producto de construcciones sociales y por ende son consideradas injustas y que atentan contra los Derechos Humanos de las personas. Gran parte de las condiciones adversas que enfrentan los grupos sociales pueden ser modificables mediante la ejecución continua de estrategias individuales, comunitarias y globales.

Por eso el adoptar el marco de los determinantes sociales de la salud tiene implicaciones a nivel ético y práctico, de lo que se desprenden los siguientes compromisos:

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

#### **4.1 Determinantes de la Salud en la Adolescencia**

Para efectos del presente Plan Estratégico Nacional, conviene identificar cómo es la situación de las personas adolescentes en estos procesos sociales estructurales y dinámicos y a partir de qué determinantes es necesario llevar a cabo acciones concretas en miras al mejoramiento de sus condiciones de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019): “La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios” (s.p).

Existen tres momentos o etapas de la adolescencia:

- Adolescencia temprana o inicial (10-13 años)
- Adolescencia media (14-16 años)
- Adolescencia tardía (17-19 años)

Durante estas etapas se desarrollan más fácil y rápidamente nuevas capacidades, habilidades y competencias para funcionar en el contexto social, también se definen actitudes y se internalizan valores que consolidan la identidad personal. Es en dicho rango de edad donde surgen nuevas capacidades sexuales y reproductivas, así como nuevas formas de vincularse y establecer relaciones con las personas y la sociedad. Lo anterior, conlleva a procesos de desarrollo social (esta etapa donde se forma el capital humano).

A pesar de lo anterior, las personas adolescentes también se ven expuestas a condiciones desfavorables y de vulnerabilidad social (tanto la iniciación sexual como el consumo de alcohol y drogas, aparecen en esta etapa de la vida), que en conjunto con malos hábitos nutricionales y de actividad física, atentan contra su vida de forma inmediata o a mediano y/o largo plazo.

De acuerdo con la Estrategia y Plan de Acción de los Adolescentes (2010-2018) de la Organización Panamericana de la Salud (2010), para el año 2003 las principales causas de mortalidad entre personas de 15 a 24 años de edad eran externas, incluidos los accidentes, los homicidios y los suicidios; sin embargo, las otras causas correspondían a enfermedades transmisibles –entre ellas, la infección por el VIH/sida–, las enfermedades no transmisibles y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (p. 12)

Por su parte, el reporte mundial de la OMS (2009) señala que muchas de las enfermedades cardiacas o vinculadas con el cáncer (como por ejemplo el cáncer de pulmón), son responsables de una gran parte de la totalidad de las muertes en el mundo, surgen producto de la calidad de vida que una persona tuvo durante la etapa de la adolescencia. El excesivo consumo de alcohol, tabaco, las prácticas de sexo inseguro, los problemas de presión arterial, altos índices de masa corporal, alto colesterol, alta

glucosa en sangre, bajo consumo de frutas y vegetales e inactividad física equivalen a factores de riesgo para la salud.

Sin embargo, aunque la identificación de factores de riesgo como los anteriores es importante para trabajar desde el abordaje de prevención de enfermedades, hay otro tipo de determinantes que trascienden lo meramente biológico y fisiológico y que corresponde a una dimensión estructural social que es urgente atender para disminuir las inequidades en temas de salud.

De acuerdo con la Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030), (2015), las tasas de mortalidad anual siguen siendo altas. Hay gran cantidad de mujeres, niños y adolescentes en el mundo que enferman o mueren producto del “acceso escaso o nulo a servicios sanitarios esenciales de buena calidad y a educación, agua y aire no contaminados, saneamiento adecuado y buena nutrición (p.10)”. Además de lo anterior, muchas de estas personas se enfrentan con situaciones violentas y discriminatorias a lo largo de su vida y no han tenido la oportunidad de participar plenamente en la sociedad en la defensa de sus derechos humanos.

El género, el grupo étnico al que se pertenece, la educación, los ingresos, la clase social, el empleo, la migración, la familia, el *adulto centrismo*, las redes sociales y el entorno, entre otros muchos determinantes, indudablemente influyen en la calidad de vida de una persona adolescente. En cada determinante es posible encontrar factores de riesgo (se entiende por factor de riesgo cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o del entorno, que tiene una elevada probabilidad de dañar la salud), pero si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es muy probable que su condición de salud sea desfavorable.

Los factores de riesgo pueden ser individuales, familiares, comunitarios o a nivel macrosocial y cada uno de ellos desembocan en comportamientos que ponen en peligro la calidad de vida o la vida en su totalidad de las personas adolescentes. Por lo anterior, las acciones de este Plan, así como de cualquier otra estrategia para el abordaje con personas adolescentes deben encaminarse a reducir estos factores de riesgo que e intervenir oportunamente en ellas.

**Tabla 29. Factores, conductas y riesgos en la salud en la adolescencia**

Factores de Riesgo	Conductas de Riesgo	Riesgos en la Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores Individuales (aislamiento, fracaso escolar, identidad de género, mal manejo de emociones)</li> <li>• Factores Familiares (violencia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas violentas y temerarias como expresiones de masculinidad</li> <li>• Comportamiento delictivo</li> <li>• Consumo de drogas o alcohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homicidios</li> <li>• Suicidios</li> <li>• Accidentes de tránsito</li> <li>• Embarazo precoz</li> <li>• ITS VIH/Sida</li> <li>• Farmacodependencia</li> <li>• Sobrepeso y obesidad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Bulimia</li> </ul>

Factores de Riesgo	Conductas de Riesgo	Riesgos en la Salud
<p>intrafamiliar, pocas habilidades de contención, apoyo y disciplina, pobreza)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Factores Comunitarios (pandillas, accesos a armas de fuego, accesos a drogas, falta de espacio de recreación, inseguridad)</li> <li>Factores Macro-sociales (exclusión social, falta de oportunidades)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de armas letales</li> <li>Mala alimentación</li> <li>No uso de métodos anticonceptivos</li> <li>Relaciones sexuales sin protección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anorexia</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia en base a la información del PENSPA, 2010.

Así como existen factores de riesgo, también existen factores protectores que deben mantenerse y fortalecerse. Los factores protectores son los aspectos del entorno o competencias de las personas que favorecen el desarrollo integral de individuos o grupos y pueden, en muchos casos, ayudar a transitar circunstancias desfavorables. Los factores protectores facilitan el desarrollo de conductas saludables y que derivan en una buena salud en la adolescencia (PENSPA, 2010).

**Tabla 30. Factores protectores de la salud en la adolescencia**

Individuales	Familiares
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de reconocer que aspectos favorecen su salud y rechazar aspectos desfavorables</li> <li>Habilidades vocacionales</li> <li>Éxito escolar</li> <li>Competencias cognitivas</li> <li>Expectativa de logro</li> <li>Habilidad para el manejo de emociones</li> <li>Confianza en si mismo/a y autoestima</li> <li>Capacidad de afrontar factores estresantes</li> <li>Sentido de autonomía personal y responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfacer las necesidades básicas del/a adolescente</li> <li>Buena comunicación, relaciones de calidad y confianza.</li> <li>Promover el autocontrol y entrega progresiva de responsabilidades a las personas adolescentes</li> <li>Acompañamiento y claridad en la puesta de reglas y disciplina</li> <li>Capacidad de resolver conflictos.</li> <li>Socialización de valores</li> <li>Respeto incondicional por la autoestima del/la joven</li> </ul>

Individuales	Familiares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad personal y social coherente y positiva</li> <li>• Capacidad de conectarse y sentir empatía</li> <li>• Locus de control interno</li> <li>• Aptitudes sociales y destrezas de resolución de conflictos</li> <li>• Actividad física y recreación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de asumir función protectora de sus miembros (integridad física, psicológica, espiritual y cultural)</li> <li>• Monitoreo de las actividades del/a adolescente</li> </ul>
Grupo de pares	Comunidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones constructivas y de confianza</li> <li>• Redes sociales protectoras y de contención</li> <li>• Participación en grupos positivos (iglesia, scouts, organizaciones voluntarias)</li> <li>• Mutualidad, sensación de valores compartidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones defensoras de los derechos</li> <li>• Adultos significativos positivos e interesados</li> <li>• Vecindarios seguros</li> <li>• Espacios para la recreación</li> <li>• Modelos sociales adecuados a imitar</li> <li>• Centros educativos que procuran activamente la permanencia de las personas adolescentes y su aprendizaje</li> <li>• Sistemas escolares de calidad</li> <li>• Oportunidades educacionales y laborales</li> <li>• Oportunidades de formación técnica</li> <li>• Acceso a recursos</li> <li>• Espacios públicos de calidad</li> <li>• Disponibilidad y accesibilidad de alimentos saludables y nutritivos</li> <li>• Control de venta de alcohol y tabaco a menores</li> <li>• Servicios de salud accesibles y amigables</li> <li>• Entretenimientos sanos para adolescentes</li> <li>• Comunidades con visiones, actitudes y acciones positivas e incluyentes hacia población adolescente.</li> </ul>
Macrosociales	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas sociales coherentes</li> <li>• con la inclusión y movilidad social Políticas y normativas educativas basadas en el enfoque de derechos Cohesión social</li> </ul>	

**Fuente: Elaboración propia en base a la información del PENSPA, 2010.**

De acuerdo con los factores de riesgo o los factores protectores a los que se expone una persona adolescente, así es posible identificar su condición de vulnerabilidad. Entre más adversidad presente un adolescente, más necesidad de apoyo requiere, sin embargo, estas acciones de apoyo deben trascender de solamente la atención individual en salud, sino que debe profundizar y abordar las principales inequidades sociales presentes en este grupo poblacional que son las causantes de deterioros en la salud a nivel integral.

Así también, es importante continuar trabajando en temas de promoción y prevención de la salud, pero considerando a la persona adolescente como activa en su propio proceso de desarrollo, por lo que se hace necesario invertir en mayores recursos sociales para encaminar a esta población a la adopción de comportamientos saludables y de autocuidado, la evitación de comportamientos riesgosos y la apropiación y defensa de sus derechos en materia de salud.

## **4.2 Abordaje efectivo de la salud en la adolescencia**

A través de los años desde el sector salud se han llevado a cabo muchos esfuerzos por mejorar las condiciones de vida de las personas adolescentes y de la población en general, sin embargo, mucho del trabajo ha estado enfocado en la atención y resolución de conflictos, olvidando fortalecer las capacidades individuales y colectivas de las personas para desarrollar sus propias estrategias de auto cuidado y tener el control sobre sus vidas.

Según la forma en como el gobierno, el sector privado y las instituciones en general se organizan y ofrecen los servicios a la comunidad, pueden facilitar o no la construcción de autonomía, autodeterminación y en última instancia el ejercicio de ciudadanía y respeto a los derechos humanos.

Mediante el PENSPA anterior y actualmente con el presente proyecto de actualización, se hace importante dejar en claro la necesidad de seguir integrando otros sectores y estrategias sociales de acción para el mejoramiento y desarrollo de la salud de las personas adolescentes.

De acuerdo con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), las principales áreas de acción para abordar y mejorar la salud de esta población se resumen en:

- El fortalecimiento de un liderazgo comprometido entre personas dirigentes a nivel político para la formulación de políticas y leyes en materia de salud y derechos humanos. En este sentido, es de vital importancia la colaboración que debe existir entre diferentes ramas del gobierno que trabajan en conjunto con las comunidades, la sociedad civil, los jóvenes y el sector privado para alcanzar las metas sanitarias.
- Destinar la mayor cantidad de recursos posible para promover la salud de poblaciones vulnerables y velar por el buen aprovechamiento de estos.
- Aumentar y sobre todo mejorar las capacidades institucionales y humanas para la atención de calidad y sin discriminación en los servicios de salud, así como procurar la cobertura universal de intervenciones sanitarias y productos básicos que salvan vidas.

- Defender los derechos humanos, garantizar el acceso a la información, los productos básicos y los servicios esenciales para ampliar las oportunidades de participación social, económica y política de las mujeres, los niños y los adolescentes para que estos puedan ser agentes de cambio y transmitir este capital sanitario y social a las generaciones futuras.
- Idear distintas estrategias para involucrar a las comunidades en procesos de determinación de las prioridades sanitarias y de configuración de los servicios de salud para las personas de todas las edades.
- Mantener un enfoque intersectorial, lo que significa más intervenciones y políticas en materia de educación, nutrición, agua, saneamiento e higiene, protección social y reducción de la pobreza, protección de los niños, trabajo, transporte, energía y todo lo que conlleva al empoderamiento social de las mujeres y las personas jóvenes.
- Evaluar los riesgos sanitarios y cartografiar la seguridad de las comunidades. Así también, abordar con más cautela y con un mayor compromiso hacia las poblaciones más vulnerables (mujeres, niños y adolescentes), los entornos humanitarios y frágiles, facilitando servicios de salud esenciales para reforzar la capacidad de resiliencia especialmente en momentos de crisis.
- Invertir en una amplia variedad de investigaciones priorizando las necesidades y capacidades locales a fin de identificar determinantes y obstáculos que siguen limitando el acceso de un gran número de mujeres, niños y adolescentes a los servicios de salud. Asimismo, estudiar y ensayar los enfoques más eficaces que existen para reducir esas inequidades en una variedad de contextos y ampliar las innovaciones tanto científicas y tecnológicas como sociales, empresariales y financieras, las cuales a menudo pueden combinarse para lograr efectos transformadores para las personas.
- Dar seguimiento a las acciones que se llevan a cabo en materia de salud integral y sus resultados, el uso de los recursos y la observancia de los derechos humanos, con la finalidad de evaluar y modificar aquello que es preciso mejorar o que requiere mayor atención.

Otros aspectos más específicos para tomar en consideración y que surgen de otras revisiones bibliográficas son los siguientes:

- Realizar intervenciones más enfocadas en el contexto social de las personas adolescentes y no solamente en su individualidad, mediante procesos de prevención de las problemáticas comunes de este grupo poblacional (embarazo temprano, abuso de drogas, delincuencia) en vez de brindar únicamente la atención cuando ya el diagnóstico está.
- Llevar a cabo intervenciones que no solo impacten a la persona adolescente, sino también a su familia, centros educativos y comunidad. Principalmente en las

familias es donde se establecen inicialmente los comportamientos de salud y donde la cultura, los valores y las normas sociales son moldeadas. También la familia, como unidad básica de la organización social, es la más accesible para la prevención, promoción e intervenciones terapéuticas.

- Abordar la construcción de la masculinidad y feminidad, los sistemas de valores y creencias relacionados con el cuerpo y sus cuidados ligados con las prácticas sociales y la vida cotidiana de las personas adolescentes.
- Tomar en consideración que los factores de riesgo, los problemas de comportamiento y sus consecuencias para la salud son comunes e interrelacionados.
- Enfocar el abordaje de las capacidades de las personas adolescentes y sus necesidades básicas de aprendizaje para el auto cuidado y cuidado mutuo de la salud a partir de sus redes sociales.

Como respuesta a lo anterior, en el año 2018, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó el Manual de Servicios Hospitalarios Diferenciados y Amigables para Personas Adolescentes, el cual como se mencionó en el tercer apartado de este documento, hace precisamente un llamado a todos los servicios hospitalarios de atención en salud adolescente a trabajar desde un enfoque más social, tomando en consideración las necesidades, inquietudes, visiones, contextos comunitarios y realidades de las personas adolescentes y de quienes les rodean.

De acuerdo con la Caja Costarricense de Seguro Social (2018), citando a Moreno et al, 2008), los servicios de salud amigables se entienden como: “aquellos servicios en los cuáles 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”.

Bajo esta perspectiva se busca que la persona adolescente asuma un rol más activo en sus procesos de salud, visitando los centros hospitalarios no solo para recibir atención médica, sino también para capacitarse y/o capacitar a otras personas, conversar, tomar decisiones, ejecutar proyectos de interés, hacer amigos, entre otros, encontrando siempre accesibilidad, información oportuna, buen trato y confidencialidad.

Para esto, el Manual insiste en la importancia de modificar no solo la infraestructura de los centros de salud (con espacios, equipo, horarios y señalización diferenciada para las personas adolescentes), sino también en incrementar la oferta de servicios y transformar el recurso humano para que sean profesionales más sensibilizados y con capacidad de dirigirse a las personas adolescentes y su familias con respeto, tolerancia y equidad.

### **4.3 Atención a la persona adolescente con cáncer**

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y se estima que en los próximos años la cantidad de muertes por esta causa aumentarán si no se toman acciones pronto. A pesar de ello, ha sido difícil lograr que los gobiernos establezcan la atención de este problema de salud pública como prioridad en los programas de acción sanitaria.

Tal y como se ha venido mencionando, son los grupos poblacionales más desfavorecidos y de bajos ingresos los que están más expuestos por lo general al riesgo de cáncer; estos grupos a su vez son los que tienen menos influencia política, menor acceso a los servicios de salud y a los servicios de educación, por lo que se les dificulta tomar decisiones para proteger y mejorar su propia salud.

Lejos de lo que muchas personas creen, el cáncer es en gran medida una enfermedad evitable. Muchos tipos de cáncer se pueden prevenir; otros pueden ser tratados y curados cuando se detectan en las primeras fases de su desarrollo e incluso en etapas avanzadas del cáncer, se puede enlentecer su progresión, el dolor se puede controlar o reducir y se puede ayudar a pacientes y familiares a sobrellevar la carga.

Aunque muchas personas adolescentes se enferman de cáncer cada año, la prevalencia es menor que en otros grupos poblacionales, sin embargo, es en esta etapa de la vida en la que es de vital importancia trabajar desde la prevención de la enfermedad, reduciendo al máximo la exposición de las personas adolescentes a factores de riesgo que desencadenan el cáncer.

El consumo de alcohol y/o tabaco, los desórdenes alimentarios, la escasa actividad física, la exposición a la radiación, la Hepatitis B, las infecciones y enfermedades de transmisión sexual como el Virus del Papiloma Humano y la exposición a carcinógenos ambientales o laborales como sustancias químicas o contaminantes en el aire o el agua son algunos de los principales factores que deben evitarse para disminuir el riesgo de la enfermar de cáncer. Las poblaciones que están expuestas a muchos factores de riesgo son consideradas las más vulnerables.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007, 2013, 2018) para desarrollar procesos eficaces para la prevención y el control de cáncer, como otras enfermedades no transmisibles, hay mucho trabajo que se puede hacer desde la prevención para abordar esta problemática tales como:

- Elaborar estrategias para reducir el consumo de tabaco y alcohol en la población abordando no solo al individuo, sino también al entorno que promueve y sustenta este consumo. Lo anterior implica también proteger a las personas que aún no han consumido tabaco o alcohol de la exposición a estos productos y regular su venta en el mercado, considerando la eliminación de la comercialización, publicidad y venta de productos alcohólicos a menores de edad.

- Promocionar una dieta saludable alta en consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos en escuelas, centros de trabajo e instituciones en general para evitar condiciones como el sobrepeso y la obesidad. Es muy importante que la población pueda acceder fácilmente a estos productos, con el objeto de que se reduzca el uso excesivo de sal, azúcares y grasas, en particular grasas saturadas y grasas trans, proporcionando la información necesaria sobre el contenido de esos nutrientes, según directrices internacionales sobre etiquetado nutricional. A la vez debe ponerse a disposición de las personas la información y el asesoramiento nutricional que necesitan.
- Adoptar un enfoque integrado que vaya más allá de solo el sector de la salud (abarcando áreas deportivas, de educación, transporte y urbanismo) para facilitar el aumento de la actividad física en la población. Para lo anterior es necesario que el gobierno y las instituciones en general aseguren la disponibilidad de instalaciones y servicios para la práctica de actividades físicas. Las políticas sobre transporte deben fomentar la práctica de caminar y el uso de la bicicleta y desaconsejar la utilización del auto.
- Procurar la inmunización universal de lactantes incorporando la vacuna de la hepatitis B (HepB3) a los programas nacionales de inmunización infantil utilizando uno de los cronogramas recomendados. La vacunación contra la hepatitis B es considerada la estrategia más costo-efectiva para evitar el cáncer primario de hígado.
- Incentivar el uso constante y correcto del preservativo en la población para reducir el riesgo de infecciones y enfermedades de transmisión sexual y prevenir lesiones precancerosas de cuello de útero y el de cáncer de cuello de útero. Así también, es de vital importancia procurar la aplicación de vacunas contra las infecciones del Virus del Papiloma Humano (VPH) principalmente en niñas y adolescentes.
- Eliminar o reducir el contacto que tiene la población a sustancias químicas carcinógenas en espacios ambientales o laborales, disminuyendo la concentración de impurezas carcinógenas en los productos y regulando la calidad del agua potable. También es importante crear conciencia en los organismos del gobierno responsables de las sustancias químicas e industrias, las organizaciones industriales, laborales, los sindicatos y las organizaciones de consumidores para que se sensibilicen con el tema.
- Reducir la exposición de la población a la radiación en centros médicos e incentivar en esta una baja exposición a los rayos ultravioleta que provienen sol (especialmente los del mediodía). Es muy necesario crear estrategias que incentiven a las personas el uso de prendas con filtros solares y a la utilización adecuada de cremas o bloqueadores protectores.

- Contribuir a mejorar el acceso y la asequibilidad de medicamentos y tecnologías seguras, eficaces y de calidad en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer.

Otras acciones que se enfocan en la disminución de la mortalidad por cáncer son las relacionadas a la detección temprana de la enfermedad. Cada año se podría evitar el sufrimiento y la muerte prematura de millones de pacientes de cáncer si tuvieran acceso puntual a detección temprana y tratamiento.

La detección temprana consiste en detectar el cáncer cuando está localizado en el órgano de origen y antes de que invada tejidos cercanos y órganos distantes, o en algunas localizaciones tumorales, detectar una lesión precancerosa. Entre más rápido se detecte el cáncer en su historia natural, más probabilidades hay de que el tratamiento sea eficaz (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Para mejorar la detección temprana del cáncer, es necesario identificar cuáles son las áreas en salud que están trabajando actualmente en esta línea y cuáles son las brechas que deben reducirse para mejorar el servicio y trabajar en ellas. Para esto es importante la destinación de recursos por parte del gobierno que permita fortalecer el equipo médico y humano necesario para la detección de la enfermedad, la capacitación constante en temas relacionados a profesionales del área de la salud y a la población en general, y el seguimiento y evaluación constante de los procesos que se realizan siempre con miras a mejorarlos.

Así también, una vez detectada la enfermedad, es importante mejorar y agilizar el acceso de las personas con cáncer a los tratamientos necesarios y en su debido tiempo (máximo 4 semanas posterior a la detección), especialmente si la enfermedad que enfrentan es curable. Tomando en consideración que los tratamientos oncológicos son muy costosos, es necesario crear estrategias para abarcar a personas que tienen una condición socioeconómica desfavorable y que por esta razón les es difícil acceder a ellos.

La formación constante de oncólogos médicos, oncólogos infantiles, hematólogos, enfermeras oncólogas, farmacéuticos y profesionales en psicología, más la promoción del trabajo interdisciplinario, es de vital importancia para que los servicios de tratamientos y de rehabilitación sean eficaces. Cabe rescatar la vitalidad de contar con recurso humano sensible y que pueda brindar soporte psicosocial y emocional a pacientes y familiares adaptada a las necesidades y prioridades de la persona adolescente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2007), los pacientes que reciben atención emocional o psicosocial apropiada durante el periodo de diagnóstico y tratamiento tienden a experimentar menos ansiedad y depresión y tienen más probabilidades de volver a tener una vida productiva. Tanto pacientes como familiares dan cuenta de un mejoramiento significativo de la calidad de vida.

Finalmente, cuando no es posible mejorar la salud de la persona y esta es diagnosticada con cáncer terminal, se utilizan los servicios que brinda el área de cuidados paliativos. Cuidados paliativos es un enfoque desde donde se procura mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y sus familiares que se están enfrentando los problemas asociados a dicha enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento.

Para que un programa de cuidados paliativos tenga éxito, se deben idear estrategias en torno a las necesidades de los pacientes y de sus familias, además de que los servicios deben ser accesibles para la gran mayoría de la población objetivo y deben prestarse de manera equitativa en todos los niveles de la atención, tanto si los servicios son públicos como privados.

Para lo anterior, al igual que en todos los demás aspectos ya mencionados, es de vital importancia la destinación de recursos para fortalecer esta área y abarcar la mayor cantidad de población posible, capacitar al recurso humano para que pueda intervenir no solo desde la parte física, sino también emocional y espiritual incluso posterior a la muerte del paciente, capacitar también a las personas que asumen un rol de cuidadoras de la persona enferma y brindarle soporte, y mejorar el acceso de la población a los medicamentos y tratamientos necesarios para el alivio del dolor.

Todas las estrategias mencionadas en este apartado y que promueven desde diferentes perspectivas una mejor calidad de vida de las personas con cáncer, deben ser integradas a las distintas políticas de salud, además de que requieren un proceso de planificación constante, capacitación y sobre todo monitoreo y evaluación. El gobierno debe proporcionar un marco unificador para que las acciones que se emprendan a todos los niveles y por todas las partes interesadas se apoyen mutuamente. Así mismo, es de vital importancia actuar desde un enfoque multisectorial debido a los muchos factores relacionados al cáncer que quedan fuera de la influencia directa del sector de la salud.

## V. INICIATIVAS INSTITUCIONALES Y SECTORIALES PARA ARTICULAR CON EL PLAN

El presente Plan Estratégico reconoce la diversidad de instrumentos de política pública de que dispone el país para la promoción, garantía y defensa de los derechos fundamentales de las personas menores de edad, y particularmente las personas adolescentes. Esta multiplicidad de instrumentos, si bien demuestra el interés del Estado por promover el bienestar de la ciudadanía, demanda el ejercicio concertado e informado que faculte y potencie los recursos y los impactos de la acción pública.

Por esta razón, se considera estratégico hacer una mención a aquellos instrumentos que, en concordancia con la Doctrina de Protección Integral, aspiran a afectar de manera positiva el desarrollo de las personas adolescentes al incidir de manera directa o indirecta en los determinantes de la salud. Las acciones referidas están direccionadas a los ámbitos educativo, social, familiar, cívico y de la salud.

El presente Plan Estratégico asume los enfoques y principios de estos instrumentos, reconoce sus objetivos y acciones estratégicos, y, tal como se observará en el correspondiente Plan de Acción, procurará definir mecanismos efectos para la implementación, monitoreo y evaluación conjunta pertinente y efectiva.

**Tabla 31. Políticas y Planes para la salud de las personas adolescentes**

<b>Políticas y Planes</b>	<b>Aspectos que inciden especialmente en salud de las personas adolescentes</b>
Política Nacional para la Niñez y Adolescencia 2009-2021	El tercer eje de la Política es Salud integral, que reafirma las políticas nacionales en el marco de la salud y sus determinantes. Considera las particularidades del crecimiento, desarrollo, condiciones étnicas, culturales, migratorias y ambientales. Más específicamente, la Política aborda los siguientes ámbitos: promoción de la salud integral, acceso a la salud y a la seguridad social, salud con enfoque multicultural, educación para la salud, seguridad alimentaria y nutrición adecuada, salud integral de la madre y el padre adolescente, salud sexual y reproductiva, atención prenatal, perinatal y posnatal, prevención de la mortalidad, prevención y atención del VIH/Sida, prevención y atención a la adicción de sustancias psico adictivas y a la ludopatía.
Política Pública de las Personas Jóvenes 2014-2019	Esta Política responde al mandato de la Ley N°8261, que le confiere al Consejo Nacional de Política Pública de las Personas Jóvenes el carácter de institución rectora de políticas públicas para las juventudes. Para el caso específico de las personas adolescentes, tanto los componentes como el Plan de Acción contemplan, en el eje salud: aumentar una educación integral para una sexualidad sana y segura y promoción de una salud integral

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes
	<p>como una de sus prioridades. En sus estrategias se formula: promoción de mater-paternidad responsable en la adolescencia, prevención de las ITS/VIH/Sida, promoción, educación e información, dirigidas al trato con equidad y no discriminatorio de las personas jóvenes que viven con el VIH/Sida, reducción ir el embarazo antes de los 15 años, a través de la educación, el desarrollo de la capacidad de prevención y la utilización de métodos de protección, fomento del ejercicio de una sexualidad, visibilización de las condiciones de maltrato / abuso y explotación sexual que enfrentan las personas jóvenes, fomento de grupos de apoyo y de educación entre pares, para temas de promoción como la salud, sexualidad, participación, liderazgo, opciones laborales y productivas, comunicación, atención de problemas emocionales, familiares, deserción y expulsión del sistema educativo, discriminación, baja autoestima, entre otros, promoción de una política de educación sexual. Al momento de publicación del presente Plan, esta Política está en proceso de actualización.</p>
<p>Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres (PIEG) 2018-2030</p>	<p>La Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres fue publicada en el año 2018. Su respectivo Plan de Acción está, al momento de la publicación el presente Plan, en proceso de elaboración. El propósito de este instrumento es que al finalizar el año 2030 más mujeres en Costa Rica habrán hecho un ejercicio efectivo de sus derechos en igualdad con los hombres, en un marco de respeto a los derechos humanos y a la inclusión de las diversidades económicas, de edad, étnicas, culturales y geográficas. La Política cuenta con cuatro grandes ejes estratégicos, que incluyen a la población de personas adolescentes. Los objetivos son: 1) Promover cambios culturales en la ciudadanía, favorables a la igualdad efectiva entre mujeres y hombres para la promoción, protección, respeto y garantía de sus derechos humanos, en las todas las regiones y zonas del país. 2) Promover la corresponsabilidad social de los cuidados de personas en situación de dependencia y del trabajo doméstico no remunerado, que posibilite oportunidades y el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres. 3) Fortalecer la autonomía económica de las mujeres mediante el empleo inclusivo de calidad y el uso, acceso y control a ingresos, recursos y beneficios, reduciendo la desigualdad en la distribución de la riqueza del país y, considerando la corresponsabilidad social de los cuidados como eje de empoderamiento económico en todas las regiones y zonas. 4) Fortalecer a las mujeres en su empoderamiento personal, liderazgo individual y colectivo, el autocuidado y su bienestar para la ciudadanía plena y el logro de la igualdad efectiva.</p>

<b>Políticas y Planes</b>	<b>Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes</b>
Plan Estratégico Nacional en el Marco Decenio de Acción para la Seguridad Vial – Replanteamiento 2015-2020	El objetivo de este Plan es: Articular esfuerzos del sector público, privado y la sociedad civil, en la ejecución de acciones de protección y seguridad para los usuarios que se movilizan por el sistema de tránsito nacional, de tal forma que se reduzca el número de personas fallecidas por accidentes de tránsito en un 20%, en un período de diez años respecto al año 2012. Sus áreas de actuación son: legislación, educación, parque automotor, acreditación de conductores, control y vigilancia de tránsito, infraestructura vial, estrategias integrales de comunicación, promoción intersectorial. En la medida 12, de Educación Vial, se considera la potenciación de programas de educación vial, a través de acciones o actividades para los adolescentes y jóvenes, en conjunto con el sistema de educación formal (MEP).
Agenda Nacional de la Niñez y la Adolescencia: Metas y Compromisos (2015-2021)	El objetivo de esta agenda es promover entornos favorables al desarrollo integral de las personas menores de edad para que puedan crecer sanos, seguros, y en espacios de convivencia armoniosa y equilibrada con el ambiente y las demás personas. Los entornos favorables se generan en institucionalidad democrática, familia y comunidad. Se contemplan enfoques orientadores en derechos, desarrollo integral e inclusivo, condición etaria, equidad, interculturalidad, igualdad de género y corresponsabilidad social. Además, se contemplan áreas de desarrollo y derechos en cada grupo etario según, salud, educación, recreación y juego y desarrollo psicosocial.
Política Nacional de Salud 2016-2020	Esta política se orienta en tres pilares fundamentales, que son: impulsar el crecimiento económico y generar más y mejores empleos; reducir la desigualdad y eliminar la pobreza extrema; y luchar contra la corrupción y el fortalecimiento de un Estado transparente y eficiente. También, se contemplan como enfoques orientadores la equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad, inclusión social, interculturalidad, enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo. Además, incorpora el análisis situacional de la salud, el análisis epidemiológico. Dentro de las áreas de intervención se incluye la articulación intra e intersectorial y participación ciudadana en salud, equidad y universalidad de las acciones en salud, prácticas saludables, recreación y deporte, salud ambiental, gestión integral del riesgo y adaptación al cambio climático.

<b>Políticas y Planes</b>	<b>Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes</b>
Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo 2013-2017	<p>El Plan establece tres grandes ejes estratégicos. A saber: 1) Reducción de la demanda de drogas 2) Reducción de la oferta de drogas y actividades conexas 3) Prevención y represión de la legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo.</p> <p>Específicamente, para las personas adolescentes, se plantea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de intervenciones universales, selectivas e indicadas, mediante el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para prevenir el consumo de drogas.</li> <li>• Fortalecimiento del Sistema Nacional de Tratamiento, mediante intervenciones de calidad, integrales y basadas en evidencia, que consideren el género, la edad, la vulnerabilidad y el contexto cultural de las distintas poblaciones objetivo.</li> </ul> <p>En su planteamiento estratégico, el Plan establece el fortalecimiento de la familia como elemento natural y fundamento de la sociedad y la protección de la población infanto-juvenil, como elementos imprescindibles para el éxito de cualquier política sobre drogas. Asimismo, el componente de género debe estar presente en el abordaje equitativo de la problemática de las drogas.</p>
Política Nacional de Salud Mental 2012-2021	<p>Su objetivo general es desarrollar un Modelo de Salud Mental que garantice el derecho a la Salud Mental de la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional, dirigida a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con enfoque comunitario, para mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las personas, con base a sus condiciones de vida y determinantes de la Salud Mental, a fin de reducir los índices de los trastornos mentales y del comportamiento.</p> <p>Está estructurada en cinco ejes, a saber, Eje Biológico, Eje Ambiental, Eje Económico-Social-Cultural, Eje Sistemas y Servicios de Salud, y Eje de Fortalecimiento institucional. Incluyen acciones específicas asociadas a la prevención y atención de condiciones de salud mental de las personas adolescentes (primer eje), promoción de ambientes y comunidades saludables (segundo eje), y atención a situaciones de salud mental con mayor incidencia entre personas jóvenes (depresión, suicidio, uso de sustancias psicoactivas).</p>
Política Nacional de Sexualidad 2010-2021	<p>Este instrumento busca que el Estado costarricense garantice y respete el acceso y ejercicio al derecho a una sexualidad segura, informada, corresponsable para todas las personas que habitan este país, como parte integral del derecho humano a la salud. También, se contemplan los enfoques de Derechos Humanos, género y diversidades.</p>

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes
	<p>Define nueve áreas de intervención, entre las que destacan: la comunicación, capacitación, sensibilización y divulgación para promover el derecho a una sexualidad segura, informada y corresponsable; la ciudadanía sexual como una condición de ejercicio pleno de los derechos asociados a la vivencia plena de la sexualidad; educación integral de la sexualidad, basada en evidencia científica, actualizada, laica, inclusiva, diversa y que considere todas las etapas del desarrollo evolutivo de las personas; y la garantía de acceso a servicios de salud sexual y a la salud reproductiva con equidad, calidad, seguridad, calidez y confidencialidad, diversidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad e inclusión social.</p>
<p>Plan Nacional para el Desarrollo de Estrategias de Prevención y Erradicación de la Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes 2017-2019</p>	<p>Este plan define cinco ejes de acción específicos y atribuye responsabilidades institucionales para el desarrollo de acciones públicas en favor de la prevención de cualquier forma de violencia contra las personas menores de edad.</p> <p>El primer eje se enfoca en la familia y la protección. En este eje se incide en los vínculos primarios donde se da una exposición temprana a la violencia, así es central el impacto en la primera infancia y la sensibilización de los padres para favorecer figuras de parentalidad positiva, también hay un énfasis en desarrollar la doctrina de la protección integral hacia un enfoque de derechos en la Personas Menores de Edad. 8</p> <p>El eje de salud integral y prácticas saludables se recupera un enfoque de salud pública en la prevención con énfasis en la Personas Menores de Edad, para ello se delimitan intervenciones a través de proyectos que fomentan las iniciativas de ocio, los estilos de vida saludable, también se enfatiza en la necesidad de desarrollar estrategias para intervenir en la salud mental, incidir en el embarazo adolescente, la violencia sexual y la trata, como factores de riesgo en la violencia contra las niñas, los niños y los adolescentes.</p> <p>El eje de educación y oportunidades para la vida fomenta procesos de corresponsabilización en las familias a través de la supervisión parental, la mejora de las relaciones de convivencia entre pares en los procesos educativos.</p> <p>El eje de paz y convivencia está encaminado a resolver diversos procesos de violencia cotidiana e interpersonal, fomentando estrategias participativas de coproducción de la seguridad ciudadana y la prevención de la violencia con miras a mejorar la calidad de vida y la integridad de la Personas Menores de Edad.</p> <p>El eje territorial, de la comunidad y el desarrollo local, tiene como énfasis particular fortalecer los procesos de base como la asociatividad local y la participación mediante el empoderamiento de las poblaciones en riesgo frente a la violencia.</p>

<b>Políticas y Planes</b>	<b>Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes</b>
Plan Nacional de Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social, 2015-2018 “Articulando el diálogo de la Costa Rica Bicentenario”	El objetivo de este plan es articular acciones y programas, los cuales están destinados a fortalecer la convivencia pacífica y prevenir la violencia. Contempla dentro de sus estrategias de prevención la promoción y protección de los derechos de las personas menores de edad, para esto se presentan tres acciones: la promoción y difusión de acciones educativas-preventivas; la capacitación de gobiernos locales, instituciones y organizaciones a nivel cantonal y nacional y la asesoría y atención de consultas.
Política Nacional de Discapacidad - PONADIS 2011-2021	Con esta política se busca que las personas con discapacidad habitantes del país cuentan con un Estado que reconoce, respeta, promueve sus derechos y fiscaliza el cumplimiento del ordenamiento jurídico. Para ello fortalece la institucionalidad y provee los recursos necesarios para la ejecución de las estrategias dirigidas al desarrollo inclusivo de esta población.
Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021	En este plan se plantea fomentar la incursión e inclusión de toda la población costarricense en las actividades físicas para la salud y lúdico-deportivas. Además, se pretende orientar acciones concretas que se requieren en el país para que la población aumente sus niveles de actividad física, adoptando estilos de vida más activos que contribuyan a la prevención de enfermedades y al bienestar general. También, por medio del deporte, la educación física, la actividad física y la recreación se busca fomentar la prevención y promoción de la salud y fortalecer las estrategias de seguridad ciudadana. Este se basa en un modelo ecológico que fomenta estilos de vida saludables a partir de factores interpersonales, el factor ambiente social y ambiente físico. Contempla como principios orientadores los Derechos Humanos, la diversidad, la igualdad y equidad de género y la cohesión social.
Plan Estratégico Nacional en VIH y Sida 2016-2021	La misión de este instrumento es articular acciones para asegurar la respuesta inter y multisectorial con enfoque de derechos humanos que permita la sostenibilidad para la atención integral del VIH. Define como líneas estratégicas: la coordinación de la gestión y de la respuesta nacional; la atención integral; la vigilancia, monitoreo y evaluación; los Derechos Humanos y mitigación de impacto; la educación y gestión académica, y la sostenibilidad de la respuesta.  En el caso de personas adolescentes, el plan considera acciones estratégicas en materia de prevención efectiva y basada en evidencia científica, educación y formación, acceso real a servicios de salud sensibilizados y de calidad, y la atención integral de calidad para las personas menores de edad que viven con la infección.

Políticas y Planes	Aspectos que inciden específicamente en la salud de las personas adolescentes
Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia (Acuerdo 7.203, sesión 8.972 de Junta Directiva del 25 de junio del 2018)	<p>El objetivo de este instrumento es 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.</p> <p>Para este fin, 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 este grupo poblacional y otros factores. La institución 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.</p>

**Tabla 32. Instancias de articulación intersectorial e interinstitucional**

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia	<p>El Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA) fue creado mediante el Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N°7739 publicada en La Gaceta N° 26 de 6 de febrero de 1998. Dicho órgano está adscrito a la Presidencia de la República, como espacio de deliberación, concertación y coordinación entre el Poder Ejecutivo, las instituciones descentralizadas del Estado y las organizaciones representativas de la comunidad relacionadas con la materia.</p> <p>El Consejo tiene como competencia asegurar que la</p>	<p>Ministerio de Educación Pública  Ministerio de Salud  Ministerio de Cultura y Juventud  Ministerio de Trabajo y Seguridad Social  Ministerio de Justicia y Paz  Ministerio de Seguridad Pública  Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica  Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación  Patronato Nacional de la Infancia (PANI)</p>

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
	<p>formulación y ejecución de las políticas públicas estén conformes con la política de protección integral de los derechos de las personas menores de edad, en el marco de la Ley, y de acuerdo con los principios establecidos en dicho cuerpo normativo.</p>	<p>Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)  Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)  Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)  Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).  Un representante del sector formado por las asociaciones, fundaciones u organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención y asistencia de las personas menores de edad,  Un representante de las organizaciones dedicadas a la promoción y defensa de los derechos de esta población.  Un representante único del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial y de la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad  Un adolescente de la Asamblea Nacional de la Red Consultiva de Personas Jóvenes  Un representante de las cámaras empresariales, de las organizaciones laborales y del Consejo Nacional de Rectores.</p>
<p>Comisión Nacional contra la Explotación Sexual Comercial (CONACOES)</p>	<p>La Comisión Nacional Contra la Explotación Sexual Comercial (CONACOES) pertenece al Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Agrupa instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, organismos internacionales y</p>	<p>IMAS, INA, CCSS, MS, IAFA, DG Migración, PANI, Ministerio Público del PJ, MEP, INAMU, MSP, MTSS, MAG, DINADECO,</p>

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
	organizaciones no gubernamentales en la lucha por erradicar la explotación sexual comercial.	ICT, ICODER, Ministerio de Cultura, Ministerio de Justicia, Municipalidades, MIVAH, UNICEF, Iglesia, ONG's, Defensoría de los Habitantes, CNREE, UNED
Comisión Nacional de Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Personas Menores de Edad (CONASPE)	Constituida por el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia en la sesión celebrada el 10 de octubre del 2007, y de acuerdo al CNNA # 03-02-07. Pese a que había sido creada desde el 2007, fue hasta el período 2015-2018 que se logró reactivar la comisión con el objetivo primario de establecer un mecanismo de coordinación y articulación con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con programas y proyectos para la prevención y atención de la población de personas menores de edad con consumo de sustancias psicoactivas.	CCSS, Instituto Costarricense sobre Drogas, IAFA, quien la coordina, PANI, MS, MEP, Dirección General de Adaptación Social del Ministerio de Justicia y el Consejo de la Persona Joven del MCJD.
Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas	Universal, público, gratuito y articulado con los establecimientos de los niveles correspondientes, financiado con fondos estatales y ejecutado con participación del sector privado y comunitario, sensible a suministrar atención de calidad a los demandantes de los servicios.	ICD, IAFA, CCSS como responsables principales del sistema PANI, Adaptación Social del Ministerio de Justicia. ONG e instituciones privadas acreditadas por el IAFA.

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA)	Creado por la Ley. N° 7735 (1997) y modificada mediante la ley N.° 8312 (2002) adscrito al Ministerio de Salud. Regula todas las políticas, las acciones, y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a adolescentes madres.	MS, MTSS, Consejo de la Persona Joven, MEP, CCSS, INAMU, INA, IMAS, CEN-CINAI Representante de ONG, adolescente madre.
Red Interinstitucional para la Niñez y Adolescencia de Costa Rica (RINA)	Adscrita al Instituto de Investigación en Educación (INIE) y adscrita al PRIDENA de la UCR. Define e implementa acciones dirigido a personas menores de edad.	MEP, MS, MTSS, DINADECO, CCSS, IMAS,PANI, Centro Infantil de Atención Integral de Goicoechea, UNA, UNED, Universidad Latina, Universidad Santa Paula, Universidad Católica, Pastoral Social Cáritas, UNICEF, Fundación PANIAMOR, UCR (Vicerrectoría de Acción Social, PRIDENA, INIE, Centro Infantil Laboratorio, Educación Preescolar y Enfermería)
Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven	Creado por la Ley N° 8261 como un órgano de desconcentración máxima, adscrito al Ministerio de Cultura y Juventud, y cuyo fin será rectorar las Políticas Públicas de la Persona Joven. La ley define como persona joven a todas las y los ciudadanos entre los 12 y los 35 años. Según el Art. de la citada Ley, son atribuciones del Consejo, relevantes para el presente Plan: procurar la participación de las personas jóvenes en la formulación y aplicación de las políticas públicas que les competen; e impulsar la atención	La Junta Directiva del Consejo está conformada de la siguiente manera: a. El viceministro o viceministra de la juventud, quien lo presidirá. b. El ministro de Educación Pública o, en su defecto, el viceministro. c. El ministro de la Presidencia o, en su defecto, el viceministro. d. El ministro de Trabajo y Seguridad Social o, en su defecto, el viceministro.

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
	<p>integral e interinstitucional de las personas jóvenes por parte de las entidades públicas y privadas y garantizar el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a esta población.</p> <p>Creado por la Ley. N° 7735 (1997) y modificada mediante la ley N° 8312 (2002) adscrito al Ministerio de Salud. Regula todas las políticas, las acciones, y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a adolescentes madres.</p>	<p>e. El ministro de Salud Pública o, en su defecto, el viceministro.</p> <p>f. Tres miembros de la Red Nacional Consultiva de la Persona Joven.</p> <p>g. La ministra de la Condición de la Mujer o, en su defecto, la presidenta ejecutiva del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).</p>
Consejo Nacional de Juventudes	<p>Creado vía Decreto N° 40515-MP-MCJ-MEP, denominado “Declara de interés público y nacional las actividades relacionadas con la celebración del día de las juventudes y creación del Consejo Nacional de Juventudes”.</p> <p>Son sus fines:</p> <p>a) Dar seguimiento, como jerarcas ministeriales, al cumplimiento por parte de los ministerios e instituciones sobre la aplicación de las políticas públicas de juventud; de conformidad con el monitoreo realizado por el Consejo de la Persona Joven, según el artículo 12 de la Ley General de la Persona Joven.</p> <p>b) Conocer y analizar los impactos de Políticas Públicas, programas, proyectos o iniciativas de los ministerios e instituciones, ajenas a la Política Pública de la Persona Joven, que afecten positiva o negativamente a las personas jóvenes.</p>	<p>Su conformación es:</p> <p>a) La Primera y Segunda Vicepresidencia de la República.</p> <p>b) Los Ministros y Ministras de Gobierno.</p> <p>c) El/la Viceministro/a de Juventud.</p> <p>d) La Dirección Ejecutiva del Consejo de las Personas Jóvenes,</p> <p>e) Los tres miembros de la Junta Directiva del Consejo de la Persona Joven que representan a la Asamblea de la Persona joven.</p> <p>f) La Presidencia y Secretaría del Directorio de la Asamblea Nacional de la Persona joven.</p> <p>El Consejo Nacional de Juventudes se reúne de manera ordinaria dos veces al año, en agosto y febrero de cada año. La Presidencia de la República podrá convocar a sesiones</p>

Nombre	Acciones	Instituciones involucradas
	c) Conocer las iniciativas presentadas por los sectores organizados de las juventudes. d) Cualquier otro que mediante acuerdo defina el mismo Consejo Nacional de Juventudes, siempre que no implique ejercer atribuciones de alguna otra institución.	extraordinarias cuando sea requerido.

Fuente: Elaboración propia.

Para la gestión efectiva de las acciones propuestas en el presente Plan Estratégico, y en consideración a la diversidad de acciones de política pública vigente y pertinente en materia de salud de las personas adolescentes, se procurará generar mecanismos de coordinación, implementación y evaluación que participen a las oportunas representaciones de las instituciones rectoras en materia de salud y adolescencia. De esta manera, se espera garantizar el efectivo uso de los recursos y la no duplicidad de iniciativas. Asimismo, se procurará garantizar el flujo de información adecuado entre las instancias vinculadas a la implementación del presente Plan Estratégico para facilitar la realimentación y el debido ajuste de estrategias que faciliten el logro de los objetivos y las metas planteados.

## VI. MARCO JURÍDICO

La presente sección describe de manera analítica el marco jurídico nacional en niñez y adolescencia. En él, se definen los ámbitos de protección estatal para esta población, y se especifican los derechos y obligaciones para la formulación, aplicación de políticas públicas y programas fundamentados en el principio de respeto a los derechos de las personas menores de edad, incluyendo a las personas adolescentes, conforme a la doctrina de protección integral.

Para una mejor comprensión del ámbito de protección para las personas adolescentes, se considera importante definir qué es la Doctrina de Protección Integral, así como las atribuciones y la conformación del Sistema Nacional de Protección. Tanto la Doctrina como el Sistema son piedras angulares en las que se fundamenta el entramado estatal e institucional y de política pública para ciudadanos menores de edad.

## **6.1 Doctrina de Protección Integral**

Tal como lo establece el Reglamento para los Procesos de Adopción Nacional e Internacional del PANI, del 11 de junio de 2008, en su artículo primero, “Con la aprobación en 1990 de la Convención sobre los Derechos del Niño, Costa Rica introduce el nuevo paradigma de la doctrina de la protección integral, reconociendo que las personas menores de edad son sujetos de derechos, y tienen los mismos derechos fundamentales de las personas adultas, más un conjunto de derechos específicos por su condición particular de seres en proceso de desarrollo; derechos que deben ser garantizados por el Estado costarricense”.

La doctrina de protección integral se rige por los siguientes principios:

- a) Principio de universalidad: Este principio establece que todos los niños, las niñas y las (os) adolescentes son sujetos de derechos, sin distinción alguna, y que todos los derechos humanos son igualmente aplicables a todas las personas menores de edad, tomando en cuenta la especial condición de personas en etapa de desarrollo.
- b) Principio de integralidad de los derechos: Este principio refiere que los derechos humanos de las niñas, los niños y las (os) adolescentes son indivisibles, interdependientes, interrelacionados, inalienables, irrenunciables y de la misma jerarquía.
- c) Principio del interés superior: Premisa fundamental de la doctrina de la protección integral, principio rector y guía para la interpretación y aplicación de la normativa de la niñez y la adolescencia, en donde prevalecen los derechos de las personas menores de edad, por lo cual las autoridades se encuentran limitadas por esos derechos.
- d) Principio de autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos: Los niños, las niñas y las (os) adolescentes son sujetos de derechos, y deben recibir el apoyo y la protección integral de los adultos, adquiriendo su autonomía en forma progresiva, según su grado de evolución y madurez.
- e) Principio de participación: Este principio garantiza el derecho fundamental de toda persona menor de edad de expresar por sí misma su propia opinión, en concordancia con su edad y madurez emocional, por lo cual las autoridades administrativas y judiciales deberán de tomarla en cuenta para la toma de decisiones.
- f) Principio de igualdad de derechos y de oportunidades: Este principio conlleva el reconocimiento de las diferencias entre las personas menores de edad, así como la igualdad de acceso a oportunidades para su desarrollo

integral. Trae consigo la legitimidad de acciones reparadoras, es decir, de las protecciones especiales y los derechos específicos.

g) Principio de no discriminación: Este principio establece que no debe existir discriminación hacia las personas menores de edad, basada en la edad, sexo, raza, idioma, religión, nacionalidad, etnia, situación económica, discapacidad, orientación sexual, entre otras, para el ejercicio de sus derechos.

## **6.2 Sistema Nacional de Protección**

La institución rectora en materia de protección de los derechos de las personas menores de edad es el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), que recibe esta atribución a partir del Código de la Niñez y la Adolescencia. En este instrumento, se define el Sistema Nacional de Protección de la Niñez y la Adolescencia. El Sistema Nacional de Protección es la unión de todas las instancias gubernamentales y no gubernamentales existentes en el país, convocadas oficialmente por la rectoría del Patronato Nacional de la Infancia, y que tiene el objetivo máximo de proteger los derechos de las personas menores de edad en Costa Rica.

Se encuentra encabezado por el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia, que está directamente vinculada al Despacho de la Presidencia de la República. Esta estructura tiene su réplica en los niveles Regional y Local, en los cuales el Sistema opera liderado por las Direcciones Regionales y Oficinas Locales del PANI.

El Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA) se creó en 1998, bajo el artículo 170 del Código de la Niñez y la Adolescencia. Esta instancia constituye un ente de deliberación, concertación y coordinación entre el Poder Ejecutivo, las Instituciones Gubernamentales, Instituciones Autónomas y de la Sociedad Civil. Desde su creación y hasta el día de hoy, el objetivo que ha guiado las acciones del Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia se resume en la aplicación de políticas públicas y programas basados en el principio fundamental del respeto a los Derechos de la niñez y la adolescencia.

El Consejo de la Niñez y la Adolescencia está conformado por 17 entidades entre las que destacan instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil. En el periodo 2002-2006, se suman cinco instituciones más a este Consejo para apoyar y brindar aportes valiosos a los niños, niñas y adolescentes: la Fiscalía Penal Juvenil de San José, Subdirección del OIJ, DINADECO, Consejo de la Persona Joven y más recientemente la Dirección de Niñez y Adolescencia de la Defensoría de los Habitantes.

Ahora bien, a continuación, se presentan los instrumentos internacionales y nacionales que estructuran el marco jurídico en materia de personas menores de edad y, con particular énfasis, en materia de salud.

### **6.3 Normativa internacional:**

En materia de protección integral de las personas menores de edad existen dos instrumentos jurídicos fundamentales:

- Convención sobre los Derechos del Niño (Ley N° 7184, 1990)

Fue firmada por Costa Rica el 26 de enero de 1990 y reconoce que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales. La persona menor de edad requiere para su pleno desarrollo, crecer en el seno de la familia, en un ambiente libre de violencia donde se satisfagan sus necesidades físicas y afectivas. La necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Para los efectos de la Convención de los Derechos del Niño, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Asimismo, en su Art. 3 se establece el concepto del Interés Superior del Niño y se obliga a los Estados Parte a tomar todas las medidas legislativas-administrativas adecuadas y necesarias para asegurar que las instituciones cumplan con las normas establecidas.

- Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (Ley N° 8612, 2007)

La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes es el único tratado internacional centrado específicamente en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas jóvenes.

Fue adoptada en la Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud, celebrada en Badajoz, España, los días 10 y 11 de octubre de 2005, y entró en vigor el 1° de marzo del año 2008. Fue ratificada por Costa Rica a través de la Ley N° 8612, del 1° de noviembre del año 2007.

El espíritu de la Convención es reconocer a las personas jóvenes como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo y personas capaces de ejercer responsablemente los derechos y libertades que configuran este instrumento; y para que todos los países de Iberoamérica, sus pueblos e instituciones se vinculen a este documento, lo hagan vigente en la práctica cotidiana y hagan posible que se lleven a la realidad programas que den vida a lo que esta Convención promueve en favor del respeto a la juventud y su realización plena en la justicia, la paz, la solidaridad y el respeto a los derechos humanos.

En el caso de Costa Rica, todos los efectos de la Ley corresponderán a las personas jóvenes, según el rango de edad definido por la Ley General de la Persona Joven, N° 8261.

Para efectos del presente Plan, es de particular interés los Art. 23 (Derecho a la Educación Sexual), y Art. 25 (Derecho a la Salud). Esto, por supuesto, sin violentar el carácter de indivisibilidad de los derechos humanos.

Protocolos facultativos específicos:

- Protocolo Facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados (Ley N° 8247, 2003)
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, es ratificada por Costa Rica (Ley N° 8172, 2002)
- Protocolo Adicional a la Convención Iberoamericana de Derechos de las Personas Jóvenes: aprobado el 25 de octubre del año 2016, seguido de la aprobación del denominado Pacto Iberoamericano de Juventud (Medellín, 2016). Nace de la necesidad de avanzar en la formulación de instrumentos jurídicos que garanticen el reconocimiento y el ejercicio de los derechos humanos y específicamente de los derechos de las personas jóvenes, aspecto fundamental para el desarrollo y bienestar de la sociedad iberoamericana. En su articulado, amplía las definiciones y ámbitos de protección de derechos específicos (derecho a un ambiente sano, derecho a la participación, acceso a la justicia, no discriminación y respeto a la identidad).

En materia de empleo decente y personas menores de edad:

- Convenio 138 de OIT sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo (1974)
- Convenio 182 de la OIT sobre "La Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación" (2001)

Según Los Estados parte deberán adoptar medidas inmediatas y eficaces para conseguir la prohibición y la eliminación de las peores formas de trabajo infantil con carácter de urgencia (Art. 1)

En el art. 7 incluye el requerimiento del establecimiento y la aplicación de sanciones penales o, según proceda, de otra índole.

- Recomendación 146 de OIT sobre la edad mínima de admisión al empleo.

En materia de familia, migración y trata:

- Convención Interamericana sobre obligaciones alimentarias (Ley N° 8053)
- Convención Interamericana sobre restitución internacional de menores (Ley N° 8032)

Norma el procedimiento internacional de restitución de personas menores de edad.

- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños que complementa la convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional (Ley 8315).
- El Convenio de la Haya Sobre la Protección de los Niños y Cooperación en Materia de Adopción Internacional de la Conferencia de la Haya sobre el Derecho Internacional Privado (1996)

Esta norma pretende protección de los niños de los efectos perjudiciales de la sustracción y la retención que traspasan las fronteras internacionales, para su pronta restitución a su país.

En materia de prevención de la violencia:

- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Ley N° 7499 Convención de Belem do Para). En su art. 2 señala que los Estados Parte condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer.

En materia de educación y atención a las personas con discapacidad:

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por medio de la Ley N° 8661 y la Ley de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (Ley N° 9303)

La norma N° 8661 toma en cuenta lo dispuesto por la Organización de las Naciones Unidas en el 2007

- Protocolo a la Convención sobre discriminación en la enseñanza (Ley N° 4463).

En materia de justicia y personas menores de edad:

- Reglas Mínimas de Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores. Adoptadas por la Asamblea General en su Resolución 40/33 de 28 noviembre de 1985 (Reglas de Beijing)
- Directrices de Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil aprobadas por la Asamblea General
- Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad, Resolución 45/113 de 02 abril de 1991
- Convención Contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Ley N° 8302, 2002)

#### **6.4 Normas Nacionales de injerencia directa**

El ámbito de protección nacional en materia de adolescencia y salud, además de los instrumentos internacionales supra citados, se sustenta primordialmente en los siguientes instrumentos jurídicos:



- **Constitución Política de Costa Rica.**  
Es la Carta Magna del Estado Costarricense. Define los aspectos fundamentales del ordenamiento estatal, así como los ámbitos de protección de los derechos fundamentales de la ciudadanía, incluyendo las personas menores de edad. En su Art. 55 consigna la rectoría técnica del PANI en materia de Niñez, Adolescencia y familia.
- **Código de Niñez y Adolescencia (N° 7739, 1998).**  
Este instrumento contempla la garantía de protección integral en su art. 168; establece la existencia del Sistema de Protección Integral de los Derechos de la Niñez en el art. 169; constituye la creación al Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia en los artículos 170-178 que se refieren a funciones, integración, miembros, representantes, organización interna, comisiones especiales, sesiones, secretaría técnica, Juntas de Protección a la Niñez y Adolescencia, Comités Tutelares de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, entre lo más destacado. Estructura del Sistema Nacional de Protección Integral.  
Contempla los principios de la Convención de los Derechos del niño.
- **Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia (N° 7648, 1996).**  
Establece como fin primordial de la institución proteger especialmente y en forma integral a las personas menores de edad y sus familias, como elemento natural y pilar de la sociedad. Asimismo, establece que será obligación del Estado dotar al Patronato Nacional de la Infancia, de todos los recursos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus fines.  
  
En su Art 2 establece el estatus del PANI como rector en materia de Niñez y Adolescencia y familia. En relación con los recursos y el financiamiento, el Art. 34 indica que la Dirección Nacional de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, girará, a favor del Patronato, un 2,59% del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. La Contraloría General de la República vigilará el cumplimiento de esta norma.
- **Ley General de Salud (Ley N° 5395, 1973)**  
Este instrumento establece, en su Art. 1, que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. En su Art. 2, atribuye la rectoría en materia de salud pública al Ministerio de Salud, el cual definirá la correspondiente política pública, y planificará y coordinará todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud.  
  
Asimismo, en su Art. 13, establece que Los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico. Por tanto, tendrán derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad. En correspondencia, en su Art. 14, establece la

corresponsabilidad de los padres, madres y cuidadores/as de cumplir con las instrucciones y controles médicos que se les impongan para velar por la salud de los menores a su cargo.

Finalmente, la Ley establece la responsabilidad del Estado en la garantía del acceso a los servicios de salud de calidad para toda la ciudadanía.

- Ley General de la Persona Joven (Ley N° 8261, 2002)

En su Art. 1, define como uno de los objetivos de la Ley elaborar, promover y coordinar la ejecución de políticas públicas dirigidas a crear las oportunidades, a garantizar el acceso a los servicios e incrementar las potencialidades de las personas jóvenes para lograr su desarrollo integral y el ejercicio pleno de su ciudadanía, en especial en el campo laboral, la educación, la salud preventiva y la tecnología.

Asimismo, en su Art. 4, establece como uno de los derechos de las personas jóvenes el derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana. De manera específica, el deber del Estado:

- a) Brindar atención integral en salud, mediante la implementación de programas enfocados en la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas jóvenes, en los que se incluyan temas relacionados con la nutrición adecuada, la salud física, mental, sexual y reproductiva, así como consejería para evitar la farmacodependencia y la drogadicción, entre otros. (Así reformado el inciso anterior por el artículo 3° de la ley N° 9155 del 3 de julio del 2013)
- b) Fomentar la permanencia de las personas jóvenes en su núcleo familiar y comunitario, mediante la capacitación en todos los niveles.
- c) Promover medidas inclusivas y de apoyo para las personas jóvenes con discapacidad, sus familiares y las personas voluntarias que las atienden.

### **6.5 Normas Nacionales vinculantes:**

Además de las anteriores leyes, que fundamentan el accionar de la acción estatal y pública en materia de personas menores de edad y su respectivo derecho a la salud, existen una serie de instrumentos que definen ámbitos de protección específicos que coadyuvan o bien, inciden de manera directa o indirecta en los determinantes de la salud y, por ende, en la producción social de la salud. A continuación, se mencionan brevemente los más importantes.

- Ley N° 6227, Ley General de Administración Pública (1978).

Esta ley define las reglas en las que se fundamenta la actividad del Estado y sus instituciones. Por tanto, establece el marco de acción que rige cualquier acción estatal que esté dirigida al bienestar de la ciudadanía.

- Ley N° 8508, Código Procesal Contencioso Administrativo (2006).  
Establece los lineamientos procesales asociados a la acción judicial en materia contenciosa administrativa.
- Ley N° 8101, Ley de Paternidad Responsable (2001)  
En sus artículos 5, 6, 54, 59, 156, realiza adiciones al art. 172 del Código de la Niñez y la Adolescencia donde amplía los integrantes del Consejo; da la obligación al Consejo de formular y ejecutar políticas públicas y campañas relativas a la paternidad sensible y responsable que promuevan la corresponsabilidad de hombres y mujeres; exige inscripción de hijas e hijos habidos fuera del matrimonio; faculta la declaración de paternidad y reembolso de gastos a favor de la madre; y contempla la exclusión para ejercer la patria potestad.
- Ley N° 7576, Ley de Justicia Penal Juvenil (1996)  
En los artículos 10 y 12, brinda las garantías básicas y especiales desde el inicio de la investigación policial y durante la tramitación del proceso judicial a las personas menores de edad con edades entre los 12 y los 18 años; exige el respeto a las garantías procesales básicas para el juzgamiento de adultos; integra el principio de justicia especializada y responsabiliza de la aplicación de esta ley a órganos especializados en materia de menores.
- Ley N° 7440, Ley General de Espectáculos Públicos, Materiales, Audiovisuales e Impresos (1994))  
Establece la obligación del Estado Costarricense de la protección, en específico de las personas menores de edad, al regular el acceso a las actividades determinadas por la Ley. Da la competencia a la Comisión de Control y Calificación de Espectáculos Públicos para el cumplimiento de la regulación.
- Ley N° 7654, Ley de Pensiones Alimentarias (1997)  
Que define y regula lo concerniente a la prestación alimentaria derivada de las relaciones familiares, así como el procedimiento para aplicarla e interpretarla.
- Ley N° 7735, Ley General de Protección a la Madre Adolescente (1997) y sus reformas (Ley N° 8312, 2002).  
Esta ley regula todas las políticas, las acciones y los programas preventivos y de apoyo, que ejecuten las instituciones gubernamentales, dirigidos a madres adolescentes. Asimismo, crea el Consejo interinstitucional de atención a la madre adolescente, órgano de desconcentración máxima, con personalidad

jurídica instrumental y adscrito al Ministerio de Salud, que tiene entre sus fines promover programas preventivos, educativos, divulgativos y de capacitación sobre las implicaciones del embarazo en la adolescencia, dirigidos tanto a la población escolarizada y no escolarizada como a las familias costarricenses y promover la atención integral de las adolescentes, en las clínicas, los centros médicos y las comunidades.

- Ley N° 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1996)

Esta Ley declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en igualdad de condiciones de oportunidad, calidad, derechos y deberes en relación con los demás habitantes

- Ley N° 7899, Ley de Fortalecimiento de la Lucha contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad (2007)

Esta norma introduce reformas al Código Penal en materia delictiva asociada a las relaciones sexuales con personas menores de edad. Reforma los artículos 156, 157, 159, 160, 161, 162, 167, 168, 170, 171 y 173, y adición del 173 bis del Código Penal, Ley N° 4573, de 4 de mayo de 1970, y sus reformas.

- Ley N° 9095, Ley contra la Trata de Personas y Creación de la Coalición Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas (2012)

Establece como sus fines promover políticas públicas para el combate integral de la trata de personas; propiciar la normativa necesaria para fortalecer la sanción de la trata de personas y sus actividades conexas; definir un marco específico y complementario de protección y asistencia a las víctimas de trata de personas y sus dependientes; impulsar y facilitar la cooperación nacional e internacional en el tema de la trata de personas.

- Ley N° 7586, Ley Contra la Violencia Doméstica y sus reformas (1996)

Esta Ley regula la aplicación de las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad y dignidad de las víctimas de la violencia doméstica, cuyo principio rector es el artículo 51 de la Constitución Política. Las autoridades que intervengan en la aplicación de esta Ley tienen la obligación de brindar protección especial a madres, personas menores de edad, personas adultas mayores y personas que presenten alguna condición de discapacidad, considerando las situaciones específicas de cada una. Asimismo, la Ley procura otorgar protección especial, en particular, a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja o de abuso sexual intrafamiliar.

- Ley N° 8449, Creación de la Policía Escolar y de la Niñez (2005)

Esta norma tiene como competencia la creación de la Policía Escolar y de la Niñez, que es un cuerpo especializado que se encargará de la vigilancia y seguridad de los estudiantes de los centros educativos de todo el país. Específicamente, le atribuye al Ministerio de Seguridad Pública la potestad de

destacar a uno o más policías, en forma temporal, en los centros educativos, cuando exista un alto índice de peligrosidad en la zona donde está situado el centro educativo.

- Ley N°. 8571, conocida como “Ley de Relaciones Impropias”, que modifica los artículos 14 y 15 del Código de Familia N° 5476, artículo 38 del Código Civil, 176, 177, 181 del Código Penal, Ley N° 4573 y derogatoria de los artículos 19 del Código de Familia, 92 y 384 del Código Penal sobre el matrimonio de personas menores de 15 años, que sanciona penalmente el matrimonio con personas menores de 15 años, estableciendo su nulidad de oficio, y la imposibilidad de inscribir el matrimonio en el Registro Civil.

### **6.6 Reformas:**

- Ley N°. 8183 que reforma el Art. 5 de la Ley N° 7633 de 1996, mediante la cual se establecen sanciones por vender bebidas alcohólicas a personas menores de 18 años.
- Ley N° 8002, sobre abusos sexuales contra personas menores de edad, que reforma de los art. 161 y 162 del Código Penal Ley N° 8143. Asimismo, realiza la adición del párrafo segundo al artículo 174 del Código Penal, para penalizar la difusión por cualquier medio de material pornográfico o erótico en el que aparezcan menores de edad o el uso de su imagen.
- Ley N° 8237, sobre la entrada de menores extranjeros al país, que regula su entrada cuando haya indicios de que se encuentran en riesgo de Explotación Sexual Comercial (Reforma al art. 17 del Código de Niñez y Adolescencia).
- Ley N° 8654, que en su artículo 1, adiciona al capítulo II del Código de la Niñez y la Adolescencia el artículo 21, sobre el Derecho de los Niños, Niñas y Adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante.

El art. 2, reforma el art. 143 del Código de Familia sobre la autoridad parental donde confiere los derechos e impone los deberes de orientar, cuidar, vigilar y disciplinar a los hijos y las hijas, esto no autoriza el uso del castigo corporal o trato humillante.

- Reforma procesal laboral del año 2016 al Código de Trabajo, que introduce un articulado concierne al PANI, relativo al trabajo de las mujeres y de las personas menores de edad. Los artículos 94, 95, 453, 541, señalan que queda prohibido el despido a las trabajadoras que estuvieran en estado de embarazo o en período de lactancia; el goce de licencia de maternidad remunerada; beneficio de justicia gratuita a las personas trabajadoras menores de edad que necesiten ejercitar acciones frente a los tribunales; indica que las mujeres en estado de embarazo o en lactancia y personas menores de edad trabajadoras tienen derecho

al debido proceso; considera el régimen especial de protección al trabajador adolescente.

### **6.7 Reglamentos y Decretos:**

- Reglamento de control y regulación de los locales que ofrecen servicio público de Internet (Decreto Ejecutivo N° 31.763)
- Reglamento de funcionamiento de las salas de videojuegos o juegos cibernéticos y la clasificación de los juegos según el nivel de violencia (Decreto N° 31.764)
- Reglamento al Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (Decreto Ejecutivo N° 33.028)

Del art. 3 al art. 12, se refieren a las competencias, las funciones, la rectoría técnica del PANI, la integración del Consejo, los representantes y la persona asesora.

Los art. 16, 17, de las obligaciones y del trabajo interinstitucional. Y los art. 18, 19, 21 y 22, constituye los órganos del Consejo, la Secretaría Técnica, las Comisiones Especiales de Trabajo Comité Técnico Asesor.

- Reglamento para la autorización de permisos de salida del país de personas menores de edad. Publicado en la Gaceta N° 78 el 23 de abril del 2008
- Decreto N° 29220-MTSS, Reglamento para la contratación laboral y condiciones de salud ocupacional de las personas adolescentes (2001)
- Decreto Ejecutivo N° 7739 Creación de la Oficina de los Derecho de las Niñas, los niños, los y las adolescentes del Ministerio de Educación.
- Decreto Ejecutivo N° 40881-S. Oficialización y declaratoria de interés público y nacional de la “Estrategia Nacional para el abordaje integral del Comportamiento suicida 2016-2021”
- Decreto Ejecutivo N° 41287, Estrategia Nacional para el Abordaje del Comportamiento Suicida 2016-2021.
- Decreto Ejecutivo N° 41386, Estrategia Nacional para el Abordaje Integral y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública 2016-2021.
- Decreto Ejecutivo N° 41599, Norma Nacional de Atención Integral de la Salud Mental y del Abordaje Psicosocial en Situaciones de Emergencias y Desastres en los Escenarios de Servicios de Salud y la Comunidad.

- Decreto Ejecutivo N° 41632, Norma Nacional para la Atención Integral a Personas en Situación de Violencia en los Servicios de Salud.
- Decreto Ejecutivo N° 39088-S, Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

## 6.8 Compromisos internacionales

### 6.8.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible

En el pasado septiembre de 2015, Costa Rica junto con los demás países miembros de Naciones Unidas ratifica el compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con su Agenda 2030. Esto se realiza para que los países puedan trabajar y velar por el cumplimiento de las grandes metas que persiguen estos 17 objetivos.



**Relación directa con temas asociados a la Niñez y Adolescencia.**

**Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, Secretaría Técnica de ODS, con base en la Agencia de Naciones Unidas 2015-2030.**

Así, el Decreto Ejecutivo 40203-PLAN-RE-MINAE, establece una estructura de organización para planificar, implementar y dar seguimiento a los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus 169 metas conexas con aproximadamente 244 indicadores, mismos que dentro de sus desagregaciones contempla los grupos de edades de la población costarricense. Además, direcciona para que todas las instituciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, dependencias y autonomías, deberán prestar

colaboración para el cumplimiento de los ODS en el período comprendido del 2016 al 2030.

- Plan Estratégico Regional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019- 2023.
- Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030.

### **6.8.2 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo**

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CdM) es un compromiso regional (América Latina y el Caribe) que permite tener la oportunidad para reafirmar el compromiso inequívoco y la trayectoria histórica de Costa Rica con el Estado de Derecho, y particularmente con el cumplimiento de los derechos humanos.

Así, las aspiraciones que transitan el CdM demanda desafíos pendientes que se deben de atender para reducir las brechas estructurales y de gobernanza con el fin de comprender que la única vía posible para atender los retos de la eliminación de la pobreza, de la igualdad de género, del empleo con derechos y de la dignificación humana, es juntos y juntas: Gobierno y Sociedad Civil con el acompañamiento de la Naciones Unidas.

Forjar el CdM en Costa Rica conduce a repensar la gobernanza pública necesaria para el desarrollo sostenible, y consecuentemente a innovar en la manera de gestionar lo público: a fortalecer los mecanismos de direccionamiento, de coordinación intersectorial y multiactor, así como los mecanismos de rendición de cuentas.

Con lo cual el CdM busca saldar deudas históricas pendientes en el desarrollo con las poblaciones indígenas, adultos mayores, personas con discapacidad, afrodescendientes, poblaciones LGTBIQ+ y la niñez, adolescencia y juventud en los diez capítulos que posee esta importante agenda.

## Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

A. Integración Plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad.

B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

C. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos.

D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

E. Igualdad de género.

F. La Migración internacional y la protección de los Derechos Humanos.

G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad.

H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos.

I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y discriminación racial.

J. Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo.

**Fuente: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), Subsecretaría de Población – Unidad de Análisis Prospectivo y Política Pública.**

Con lo anterior CdM busca generar la voluntad integradora, así como de la ambición, seriedad y entusiasmo con que Costa Rica hace frente a su compromiso con el binomio población y su desarrollo.

## VII. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

Este plan acoge los principios orientadores y enfoques del Plan Nacional de Salud 2016-2022, a saber:

### 7.1 Principios

- **Universalidad:** Es la responsabilidad del Estado garantizar, bajo un enfoque de derechos, el acceso al sistema de salud con calidad y oportunidad a toda la población, sin hacer distinción en las condiciones etarias, geográficas, sociales, económicas y culturales.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José.

- **Igualdad y no discriminación:** Establece que todas las personas deben tratarse a por igual, sin discriminación por razones de sexo, género, etnia, edad, idioma, religión, origen nacional o social, orientación sexual, identidad y expresión de género. El principio de igualdad y no discriminación establece que para generar igualdad también deben respetarse las diferencias y donde haya diferencias las acciones del Estado deben abordar las situaciones en salud atendiendo a ello, para generar la igualdad.
- **Equidad:** La equidad corresponde a la justa distribución de las posibilidades y oportunidades de acceso información, conocimientos, recursos, bienes y servicios, para promover, mejorar y mantener la salud individual y colectiva, dando más a quien más necesita, además busca disminuir las diferencias en salud. El principio de equidad reconoce que, si bien todos los seres humanos deben ser considerados iguales, hay condiciones sociales, del entorno y culturales que comprometen y generan brechas que ponen en desventaja a ciertos grupos y poblaciones. Estas brechas generan que el valor de estas personas, sus derechos y su autonomía sean irrespetados y discriminados. Por tanto, el principio de equidad busca generar contextos en que estas brechas sean identificadas y mediante acciones positivas se vayan disminuyendo, de tal manera que se proteja el derecho a la salud y se promuevan mejores oportunidades para lograr un adecuado desarrollo humano.
- **Solidaridad:** La solidaridad, asegura la protección de la salud para toda la población mediante un modelo de financiamiento compartido, que para el caso de nuestro país es tripartito (Estado, patrono, trabajador) que permite el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos.
- **Ética:** La ética es el conjunto de reglas, normas, mandatos, que guían y regulan el comportamiento humano dentro de una determinada colectividad. Orienta hacia el respeto a la dignidad, integridad y autonomía de todas las personas, así como al logro del bienestar humano y la justicia social.
- **Inclusión social:** Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidades de las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción de género, etnia, orientación sexual o ideología. Una persona o grupo social incluido significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, social y cultural.
- **Discriminación positiva:** Reconoce que las personas adolescentes tienen una condición especial debido a la edad y a su momento de desarrollo. El principio de discriminación positiva establece que la atención de sus necesidades y la garantía de sus derechos son de aplicación prioritaria y reconoce las condiciones jurídicas especiales de esta población para equiparar su condición en el ejercicio de su ciudadanía.

- **Participación:** Toda persona adolescente podrá expresar su opinión, con la garantía de que será escuchada, respondida y tomada en cuenta en todos los asuntos que se relacionen con su vida, y frente a cualquier programa o actividad que la persona considere que puede afectar su vida. Este principio alude al desarrollo progresivo del ejercicio de sus derechos y principalmente de los de expresión, información y ciudadanía, asumiendo niveles de participación mayores cuando el desarrollo de su autonomía lo permita. Las personas menores de 18 años son reconocidas como sujetos sociales de derechos, esto significa que son personas independientes, activas de derechos y con responsabilidades. Gozan de derechos propios, distintos a los de sus progenitores o personas responsables, lo que quiere decir que esos derechos no deben estar supeditados a los intereses de los adultos, por ello su relación directa con el interés superior.
- **Autonomía progresiva:** La construcción de la ciudadanía social se enmarca en la capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población, el cual debe ser entendido dentro de los límites de su condición especial de desarrollo. Significa que las personas adolescentes adquieren progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento. El principio de autonomía progresiva parte de su condición de personas en proceso de desarrollo integral y preparación para una vida independiente y responsable; en permanente concordancia con la garantía de los otros principios rectores: interés superior, sujeto social, no discriminación, autoridad parental y discriminación positiva.
- **Transparencia:** La transparencia implica una relación de confianza entre quien pide o exige la transparencia y quien la da. Es la gestión de los asuntos públicos, donde el Estado y las instituciones dan cuenta de sus acciones y todos sus actos a la población y organizaciones públicas y privadas.
- **Inter institucionalidad e intersectorialidad:** Consiste en la construcción y ejecución de las acciones de política pública desde una perspectiva del Estado como un todo, donde las instituciones, los actores sociales clave tienen una participación activa y coherente, en la definición, ejecución y evaluación de las acciones en salud. Implica una efectiva articulación de las instituciones y organizaciones, cada una con su competencia, pero bajo los mismos objetivos.
- **Calidad:** Responde a la necesidad de orientar los procesos de mejoramiento continuo de las acciones en salud, así como la formación de los profesionales, de una forma efectiva para proporcionar servicios de adecuada calidad, producir los beneficios esperados, evitar el desperdicio de recursos, la desconfianza de los usuarios y la desmotivación de los funcionarios.

## **7.2 Enfoques**

- **Derechos humanos:** las personas adolescentes son sujetos de todos los derechos inherentes al ser humano. Se reconocen como agentes activos y activas y no

simple receptores de las acciones públicas orientadas a su bienestar y su calidad de vida. Por tanto, este enfoque contempla el respeto por su dignidad y singularidad desde una perspectiva universal y rompe los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Esto requiere atender las realidades sus necesidades desde una visión comprensiva de sus condiciones y sus realidades, que permita garantizar su cumplimiento pleno.

- **Enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo:** Es el reconocimiento de la responsabilidad del Estado de generar condiciones para el bienestar y desarrollo integral de las personas en un contexto de sostenibilidad ambiental, social y económica. Las acciones derivadas de este Plan deben promover el uso sostenible de los recursos naturales y el respeto máximo de los derechos humanos. Asimismo, este Enfoque demanda la consideración a todas las dimensiones de la persona, sean físicas, intelectuales, culturales y afectivas, en atención a las particularidades de su momento de desarrollo, que conlleva también el desarrollo de su autonomía progresiva.
- **Enfoque de curso de vida:** Provee de un marco conceptual que permite entender como múltiples determinantes interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en la calidad de vida. Se basa en la comprensión de la forma en que las influencias en determinados períodos del curso de vida pueden actuar como factores de protección o riesgo de comportamientos relacionados con el desarrollo integral de las personas en las etapas posteriores. Este enfoque pues provee una visión integral del desarrollo de las personas adolescentes y exhorta a la prestación de servicios centrados en las necesidades propias de cada etapa de vida y sensibles a los determinantes sociales que condicionan el entorno de convivencia. Promueve el desarrollo y derechos a lo largo de la vida, permite la definición de políticas públicas hacia la consolidación de una matriz de protección social de la vida durante la adolescencia, es transformador y e incorpora las trayectorias interactivas claves en las adolescencias. Desde este enfoque, también, se desprende la determinación de los grupos definidos como destinatarios por este instrumento de política pública.
- **Enfoque de género:** Reconoce las diferencias entre mujeres y hombres en términos de sus necesidades, oportunidades y, en el caso particular del presente instrumento, de los determinantes y condiciones de salud, a fin, de planificar acciones integrales adecuadas a sus particularidades biológicas, sociales y de desarrollo, garantizando la participación igualitaria de ambos géneros en la toma de decisiones.
- **Enfoque de Diversidades:** Este enfoque plantea una nueva ética en protección al desarrollo humano que parte de visiones y relaciones libres de discriminación, donde ningún ser humano es percibido y tratado como inferior, y donde se promueve el principio de la igualdad de las personas, no sólo entre semejantes sino y por, sobre todo, entre diferentes. Esto en sociedades y colectivos cuyos integrantes dejan de mirarse como antagónicos y se reconocen y valoran como

diversos y equiparables, como agentes plenos en sociedades multidimensionales donde la diversidad es lo que crea identidad y genera valor colectivo.

- Enfoque de Interculturalidad: La interculturalidad plantea la necesidad de reconocer las diversidades culturales en las sociedades y en los individuos. Por medio del reconocimiento de la diversidad cultural y de las diferentes formas de vida que existen en el país es posible fortalecer la identidad nacional y promover la convivencia pacífica y respetuosa entre los grupos culturalmente, étnicamente y en general, socialmente distintos. Este enfoque no solo reconoce a los diferentes grupos étnicos y con formas de vida culturalmente distintos, sino que también establece que, en la búsqueda de la convivencia pacífica y la armonía social, las diferentes culturas y manifestaciones culturales no solamente deben respetarse, sino que deben procurar una sociedad basada en la comprensión y el honesto intercambio colectivo.

## VIII. PLAN DE ACCIÓN 2021- 2030

Considerando el estado de situación descrito anteriormente, partiendo del análisis FODA del CIAMA al 2017 (ver Anexo 2) y encontrando fundamento en el amplio marco jurídico y político nacional e internacional vinculado a la salud integral de las personas adolescentes, el PENSPA 2021-2030 está constituido por 8 objetivos estratégicos, cada uno de los cuales intenta lograr a uno o dos efectos, los cuales, para ser cumplidos, propone el logro de ciertos resultados esperados mediante el desarrollo de un conjunto de actividades.

Todas las actividades incluidas en cada uno de estos objetivos estratégicos del Plan procuran asegurar una acción articulada de las distintas instituciones involucradas en la atención integral de la salud de las personas adolescentes, por lo que se parte de una visión estratégica intersectorial.

A continuación, se detallan los objetivos estratégicos del PENSPA con sus correspondientes efectos, para posteriormente, presentar mediante una matriz de planificación, los demás elementos desagregados que comprende el Plan y que han sido mencionados anteriormente.

**Tabla 33. Objetivos estratégicos del Plan de Acción y sus efectos**

<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>EFFECTOS (al 2030)</b>
1. Incrementar la satisfacción de las necesidades en salud integral de las personas adolescentes a partir del fortalecimiento de la gestión intersectorial e interinstitucional y el desarrollo de entornos seguros y saludables.	OE1.E1 Necesidades en salud integral de las personas adolescentes, identificadas y satisfechas
2. Fortalecer la información, el empoderamiento de las personas adolescentes y las condiciones sociales para que participen activamente en los procesos vinculados a la promoción y cuidado de su salud integral, la potenciación de su desarrollo integral y el ejercicio de su ciudadanía.	OE2.E1 Posicionamiento de la salud como un derecho humano de las personas adolescentes, con el propósito de potenciar su capacidad para participar activamente en la construcción social de la salud y fortalecer sus habilidades para la vida.

<p>3. Promover la actividad física y los hábitos de alimentación saludable entre personas adolescente.</p>	<p>OE3.E1 Personas adolescentes con prácticas de actividad física y hábitos de alimentación saludable desarrolladas, en los escenarios comunitario y educativo.</p>
<p>4. Fortalecer las acciones interinstitucionales para un abordaje integral del cáncer con el fin de aumentar la sobrevivencia de las personas adolescentes con cáncer.</p>	<p>OE4.E1 Niñas de 10 años con cobertura de dos dosis de vacunación por VPH (95%)</p> <p>OE4.E2 Personas adolescentes con cáncer que reciben una atención integral con calidad, optimizada, oportuna y de acuerdo con sus necesidades</p>
<p>5. Reducir la tasa de embarazo en las personas adolescentes.</p>	<p>OE5.E1 Adolescentes con fecundidad disminuida a nivel nacional. (tasa nacimientos disminuida en 2% al 2030)</p> <p>OE5.E2 Adolescente embarazadas y madres en condición de vulnerabilidad que reciben asistencia y apoyo para su desarrollo integral y de acuerdo con sus necesidades (Disminuido el número de mujeres menores de 19 años con dos o más hijos)</p>
<p>6. Reducir el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte de personas adolescentes.</p>	<p>OE6.E1 Personas adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas reducido. (Reducido en un 5% el consumo reciente de sustancias psicoactivas en personas entre los 12 y 19 años de edad.)</p>
<p>7. Reducir los comportamientos autolesivos y el comportamiento suicida en personas adolescentes.</p>	<p>OE7.E1A Personas adolescentes con riesgo de comportamiento suicida recibiendo acciones de promoción, prevención y atención integral articulada interinstitucional e intersectorialmente (Detenido el aumento de la tasa de incidencia de intentos de suicidio entre adolescentes de 10 a 14 años en 39,67 y en los de 15 a 19 años en 73,45 por 100 mil habitantes.)</p> <p>(Detenido el aumento de la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de adolescentes de 12 a 19 años en un 4,84 por 100.000 habitantes)</p>
<p>8. Reducir las muertes violentas en personas adolescentes a causa de accidentes de tránsito, homicidios, violencia de género, entre otras.</p>	<p>OE8.E1 Personas adolescentes víctimas de violencia asociada a accidentes de tránsito, homicidios y violencia de género, recibiendo acciones de promoción, prevención y atención integral articulada interinstitucional e intersectorialmente. (Detenida la tasa de mortalidad a causa de accidentes de tránsito en 0,27 para la</p>

	<p>población de 10 a 14 años y 6,14 para la población de 15 a 19 años.)  (Tasa de mortalidad por agresión de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según año y sexo)  (Detenida la tasa de incidencia de la violencia intrafamiliar en personas entre los 10 y los 19 años de edad)</p>
--	---

**Fuente: Elaboración propia.**

Todas las acciones incluidas en los 8 objetivos estratégicos del PENSPA 2021-2030 buscan tener como impacto: Contribuir con el desarrollo integral y el bienestar de las personas adolescentes, el cual se corresponde a la misma visión y fin establecidos desde la primera edición del PENSPA (2010-2018).

**VISIÓN:** *Personas adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años que viven en el territorio costarricense tienen vidas sanas, seguras y productivas.*

**FIN:** *Las personas adolescentes reciben de forma oportuna y eficaz, acciones de promoción, prevención y atención de la salud integral adecuadas a sus características y necesidades específicas por medio de sistemas de salud integrados y respuestas interinstitucionales e intersectoriales articuladas y enfocadas en resultados efectivos.*

**8.1 Objetivo estratégico 1: Incrementar la satisfacción de las necesidades en salud integral de las personas adolescentes a partir del fortalecimiento de la gestión intersectorial e interinstitucional y el desarrollo de entornos seguros y saludables.**

**Tabla 34. Objetivo Estratégico 1**

No.	Efectos (1)	Resultados (5)	Acción (12)	Indicadores (21)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	Necesidades en salud integral de las personas adolescentes, identificadas y satisfechas.	Información sobre indicadores e intervenciones accesibles y actualizadas a nivel nacional, para apoyar el desarrollo y respuesta a las necesidades en salud de la población adolescente.	OE1.E1R1.A1 Sistema de Información Nacional de Adolescentes (SINA) con cobertura nacional.	OE1.E1R1.A111 Porcentaje cobertura de la población adolescente en el Sistema de Información Nacional de Adolescentes (SINA).	2021-2030: 80%	Vigilancia de la Salud, MS Tecnologías de Información, MS	CEN CINA MEP CCSS PANI
2				OE1.E1R1.A112 Número regiones incorporadas en el Sistema de información nacional de adolescentes.	2021-2030: 9	Despacho Ministerial Planificación Vigilancia de la Salud, MS	CEN CINA MEP CCSS PANI CIAMA
3				OE1.E1R1.A113 Número de instituciones a nivel nacional reportando indicadores en el SINA.	2021-2030: 5	Ministerio de Salud Vigilancia de Salud Tecnologías de Información, MS	CEN CINA MEP CCSS PANI
4			OE1.E1R1.A2 Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) con las principales causas de morbilidad y mortalidad segregadas por curso de vida, incluyendo las correspondientes a adolescentes.	OE1.E1R1.A211 Número de actualizaciones del ASIS nacional con las principales causas de mortalidad de adolescentes de 10-19 años.	2021-2030: 2	Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, MS	
5			OE1.E1R1.A212 Número de Áreas Rectoras con ASIS actualizados con las principales causas de morbilidad de adolescentes de 10-19 años.	2021-2030: Al menos 60 ARS	Direcciones Regionales del Ministerio de Salud		

No.	Efectos (1)	Resultados (5)	Acción (12)	Indicadores (21)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
6			OE1.E1R1.A3 Planes, programas, proyectos y otras acciones ejecutadas por las instituciones sobre el desarrollo de las personas adolescentes de 10-19 años a nivel nacional	OE1.E1R1.A3I1 Número de instituciones ejecutando planes, programas, proyectos y otras acciones sobre el desarrollo de las personas adolescentes, en cumplimiento a su derecho a la salud.	2021-2030: Al menos 7	Dirección Planificación, MS	PANI-MEP-CCSS-CENCINAI-MS-IMAS -INAMU-MTSS-INA-CPJ, CNNA (Secretaría Técnica)
7			OE1.E1R1.A4 Investigaciones relacionadas con la salud, nutrición y deporte de las personas adolescentes a nivel nacional	OE1.E1R1.A4I1 Número de investigaciones relacionadas con la salud, nutrición y deporte de las personas adolescentes a nivel nacional.	2021-2030: Al menos 3	Centro de Documentación MS CONIS	UNIVERSIDADES
8		OE1.E1R2 Población adolescente accediendo a servicios articulados e integrales de atención en salud adecuados a las condiciones individuales, colectivas y culturales de la población adolescente, según la normativa vigente.	OE1.E1R2A1 Población adolescente con acceso a los servicios integrales de atención en salud, con diferentes modalidades de aseguramiento.	OE1.E1R2A1.I1 Porcentaje de la cobertura de aseguramiento de la población adolescente	2021-2030: 4%	CCSS	INEC (ENAHO)
9			OE1.E1R2.A2 Atención integral en salud, diferenciada amigable, oportuna, con calidad y calidez que responden a las necesidades actuales y futuras de la población adolescente, incluyendo las diagnosticadas con cáncer,	OE1.E1R2.A2I1 Numero de normas técnicas, manuales y protocolos, institucionales e interinstitucionales para la atención integral dirigida a la población adolescente, con énfasis en adolescentes con cáncer, violencia y embarazo adolescente.	2021-2030: Al menos 3	M SALUD	PANI CCSS INAMU MEP
10				OE1.E1R2.A2I2 Número de instituciones reportando atención	2021-2030: 7	Planificación MS Comisión seguimiento al plan	MEP PANI CENCINAI CCSS

No.	Efectos (1)	Resultados (5)	Acción (12)	Indicadores (21)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
			víctimas de violencia y las adolescentes embarazadas, en cumplimiento a la normativa vigente.	integral dirigida a las personas adolescentes			
11				OE1.E1R2.A2I3 Número de instituciones por región que implementan servicios de atención diferenciada en salud integral para la población adolescente.	2021-2030: AI menos 5	MS	CCSS PANI CEN CINAI MEP
12			OE1.E1R2.A3 Estrategia para la oferta de servicios integrales en salud para adolescentes y sus rutas de acceso.	OE1.E1R2.A3I1 Porcentaje de avance de la implementación de la estrategia para promocionar la oferta de servicios integrales en salud para adolescentes.	2027: 100%	MS CNNA	MS CEN-CINAI CCSS PANI MEP IMAS
13		OE1.E1R3 Recursos humanos sensibilizados, capacitados y con capacidades aumentadas para la atención integral de las personas adolescentes, especialmente aquellas que tienen alguna situación particular de vulnerabilidad o que enfrentan cáncer.	OE1.E1R3.A1 Proceso de inducción y actualización permanente en atención integral en salud de personas adolescentes, dirigido a funcionarios de los diferentes niveles de gestión de las instituciones públicas que atienden a personas adolescentes, incluyendo a las que integran el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia.	OE1.E1R3.A1I1 Número de funcionarios capacitados en derechos de los adolescentes, que pertenecen a instituciones que integran el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia.	2021-2030: 3000	CNNA PANI	MS CEN-CINAI CCSS PANI MEP IMAS INAMU MINISTERIO DE JUSTICIA
14				OE1.E1R3.A1I2 Número de instituciones que incluyen en los POI procesos de capacitación sobre derechos, obligaciones y atención integral en salud de personas adolescentes	2021-2030: 10	Dirección Planificación, MS	PANI-MEP-CCSS-CENCINAI-MS-IMAS -INAMU-MTSS-INA-CPJ

No.	Efectos (1)	Resultados (5)	Acción (12)	Indicadores (21)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
15			OE1.E1R3.A2 Instituciones formadoras con planes de estudio que incorporan temas de salud y atención integral a las personas adolescentes.	OE1.E1R3.A2I1 Número de planes de estudio y posgrados en ciencias de la salud y sociales de Universidades Públicas que incorporan en sus contenidos curriculares, temas de Derechos y Atención Integral en Salud de las personas adolescentes.	2021-2030: 6	Comisión interinstitucional de seguimiento al plan	CONARE CONESUP
16		OE1.E1R4 Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención integral en salud de las personas adolescentes, implementadas de manera articulada institucional e intersectorialmente.	OE1.E1R4.A1 Iniciativas interinstitucionales e intersectoriales para la promoción de la salud y la prevención de riesgos en la población adolescente.	OE1.E1R4.A1I1 Número de iniciativas desarrolladas interinstitucional e intersectorialmente a nivel local para la promoción de la salud y prevención de riesgos en la población adolescente.	2021-2030: Al menos 1 anual	Directores Regionales de Salud MS	PANI-MEP-CCSS- CENCINAI-MS- IMAS -INAMU- MTSS-INA-CPJ
17				OE1.E1R4.A1I2 Número de Consejos participativos de niñez y adolescencia funcionando.	2021-2030: Al menos 25 activos	PANI Subsistema Local de Protección de Niñez y Adolescencia	
18		OE1.E1R5 Servicios de atención integral a las personas adolescentes con mejora continua.	OE1.E1R5.A1 Autoevaluación institucional de la atención brindada a la población adolescente, en respuesta a sus necesidades.	OE1.E1R5.A1I1 Número de auditorías juveniles realizadas sobre los servicios brindados por las instituciones a las personas adolescentes a nivel cantonal.	2023-2030: Al menos 1 por año	PANI Subsistema Local de Protección de Niñez y Adolescencia	Instituciones miembros CNNA

No.	Efectos (1)	Resultados (5)	Acción (12)	Indicadores (21)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
19			OE1.E1R5.A2 Identificación, sistematización y socialización de buenas prácticas en materia de promoción, prevención y atención a la población adolescente.	OE1.E1R5.A211 Número de buenas prácticas documentadas y socializadas interinstitucionalmente en la atención de Salud Integral a personas adolescentes.	2023-2030: Al menos 3	Ministerio de Salud, Comisión interinstitucional seguimiento al plan	PANI-MEP-CCSS-CENCINAI-MS-IMAS -INAMU-MTSS-INA-CPJ Despacho Ministerial Instituciones miembros CNNA

**8.2 Objetivo estratégico 2: Fortalecer la información, el empoderamiento de las personas adolescentes y las condiciones sociales para que participen activamente en los procesos vinculados a la promoción y cuidado de su salud integral, la potenciación de su desarrollo integral y el ejercicio de su ciudadanía.**

Tabla 35. Objetivo Estratégico 2

No.	Efectos (1)	Resultados (3)	Acción (6)	Indicadores (10)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	OE2.E1 Posicionamiento de la salud como un derecho humano de las personas adolescentes, con el propósito de potenciar su capacidad para participar activamente en la construcción social de la salud y fortalecer sus habilidades para la vida.	OE2.E1.R1 Personas adolescentes informadas y empoderadas y participando activamente en los procesos vinculados a la promoción y atención en salud, para su desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos, con énfasis en comunidades prioritarias y población adolescente con cáncer.	OE2.E1.R1.A1 Estrategias interinstitucionales de comunicación social dirigida al fortalecimiento de la salud integral de las personas adolescentes.	OE2.E1.R1.A1.I1 Número de estrategias interinstitucionales de comunicación social dirigidas a promover la autonomía progresiva de las personas adolescentes a nivel nacional.	2021-2030 Al menos una nacional	Ministerio de Salud Consejo Nacional de Adolescencia	PANI Ministerio de Justicia y Paz
2				OE2.E1.R1.A1.I2 Número de usuarios que utilizan la línea telefónica de atención gratuita del PANI "Adolescente Madre"	2021-2030 :Al menos 5000 por año	PANI Memoria anual	
3				OE2.E1.R1.A2 Estrategias para el fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescente, con enfoque de autocuidado y para la formación de promotores	OE2.E1.R1.A2.I1 Número de estrategias interinstitucionales para fortalecer el autocuidado y la prevención de riesgos en la salud de la población adolescente.	2021-2030: al menos 5	Dirección Planificación Ministerio de Salud

No.	Efectos (1)	Resultados (3)	Acción (6)	Indicadores (10)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
4			adolescentes en salud integral y prevención de riesgos.	OE2.E1.R1.A2.I2 Número de adolescentes participando en estrategias de formación en "Promotoría Juvenil" incluyendo componentes de Salud Integral	2022-2030: Al menos 100 por Región	PANI Memoria anual	MINISTERIO DE SALUD CIAMA
5		OE2.E1.R2. Personas adolescentes fortaleciendo su desarrollo socio afectivo mediante estrategias interinstitucionales implementadas en el escenario familiar, educativo y comunitario.	OE2.E1.R2.A1 Estrategias locales que promuevan programas para la actividad física, la recreación y las actividades culturales de las personas adolescentes y sus familias en espacios seguros.	OE2.E1.R2.A1.I1 Número de cantones que promuevan actividad física, recreación y deporte y desarrollo de actividades culturales a nivel comunitario, mediante Programas tales como Actívate, entre otros	2021-2030: 40	Ministerio de Salud ICODER	
6			OE2.E1.R2.A2 Programas y proyectos locales dirigidos a padres, madres y encargados para el fortalecimiento de habilidades de cuidado, comunicación asertiva y disciplina positiva a las personas adolescentes.	OE2.E1.R2.A2.I1 Número proyectos y acciones locales dirigidos a padres, madres y encargados para fortalecer habilidades de auto cuidado, comunicación asertiva y manejo de conflictos en personas adolescentes.	2021-2030: Al menos 10	Instituciones del Consejo Nacional Niñez y Adolescencia	<b>CIAMA</b>

No.	Efectos (1)	Resultados (3)	Acción (6)	Indicadores (10)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
7			OE2.E1.R2.A3 Espacios institucionales e interinstitucionales regionales y locales para promover la integración, participación y empoderamiento de la población adolescente en procesos de prevención de riesgos y atención en salud, con énfasis en comunidades de atención prioritaria.	OE2.E1.R2.A3.I1 Número de instancias locales de carácter institucional e interinstitucional que promueven la participación de las personas adolescentes que incluyen procesos de prevención de riesgos y atención en salud integral	Periodo 2021-2030: 9	Ministerio de Salud Dirección Planificación Secretaría Salud Mental	CIAMA ILAIS
8		<b>OE2.E1.R3</b> Oportunidades educativas de formación técnica y de capacitaciones accesibles, oportunas, articuladas y adecuadas a las necesidades de la población adolescente en el marco de la normativa laboral.	OE2.E1.R3.A1 Oferta de servicios que incluya oportunidades educativas, de formación técnica y de actividades de capacitación, articulada y ajustada a las necesidades de las personas adolescentes en el marco de la normativa laboral.	OE2.E1.R3.A1.I1 Porcentaje de cantones con oferta de servicios educativos que incluyan formación técnica para las personas adolescentes	Periodo 2021-2030: 90%	INA MEP	

No.	Efectos (1)	Resultados (3)	Acción (6)	Indicadores (10)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
9				OE2.E1.R3.A1.I2 Numero de personas adolescentes que participan en procesos de formación técnica a nivel nacional	2022-2030: al menos 50,000 anualmente	MEP INA MTSS	
10				OE2.E1.R3.A1.I3 Porcentaje de personas adolescentes que participan en procesos de capacitación sobre normativa laboral a nivel nacional	2021-2030: 100% de adolescentes usuarios	MTSS (PLAN Operativo Institucional 2020)	

### 8.3 Promover la actividad física y los hábitos de alimentación saludable entre personas adolescentes.

Tabla 36. Objetivo Estratégico 3

No.	EFEECTO (1)	RESULTADOS (2)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (6)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	OE3.E1. Personas adolescentes con prácticas de actividad física y hábitos de alimentación saludable desarrolladas, en los escenarios comunitario y educativo.	OE3.E1.R1 Promoción de actividad física y alimentación saludable para las personas adolescentes en los escenarios comunitarios y educativos.	OE3.E1.R1.A1 Actividades para aumentar la alimentación saludable y la práctica de actividad física en las personas adolescente.	OE3.E1.R1.A1.I1 Porcentaje de centros educativos públicos de III Ciclo y diversificada diurna a nivel nacional que cuentan con profesores de educación física.	Al menos el 80% de centros educativos de secundaria públicos de secundaria cuentan con profesor de educación física al 2030	MEP	
2				OE3.E1.R1.A1.I2 Porcentaje de centros educativos de secundaria públicos que cuentan con gimnasio para la práctica de actividad física.	Al menos un 20% de centros educativos de secundaria públicos con gimnasio para la práctica de actividad física al 2030	MEP	
3				OE3.E1.R1.A1.I3 Estrategia de implementación de las GABAS en el escenario educativo, elaborada.	Una estrategia para la implementación de las GABAS en el escenario educativo al 2022.	MS MEP	MS
4				OE3.E1.R1.A1.I4 Porcentaje de personas adolescentes participando en promoción de estilos de vida saludable en el marco del Programa Actívate.	Al menos un 1% de adolescentes participando en la promoción de estilos de vida saludable en el marco del Programa Actívate anualmente.	ICODER	MS

No.	EFFECTO (1)	RESULTADOS (2)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (6)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
5			OE3.E1.R1.A2 Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de sodas de Centros Educativos Públicos (N°36910-MEP-S)	OE3.E1.R1.A2.I1 Número de centros educativos públicos de secundaria que cumplen con el Decreto Ejecutivo N° 36910-MEP-S (Sodas Escolares)	Al 2030 al menos 400 centros educativos públicos de secundaria que cumplen con el Decreto Ejecutivo N° 36910-MEP-S.	MS	MEP
6		OE3.E1.R2 Espacios seguros y habilitados para la práctica de la actividad física, la recreación y las actividades culturales, dirigidas a personas adolescentes, incrementados.	OE3.E1.R2.A1 Espacios públicos disponibles para la actividad física, recreación y cultura de las personas adolescentes.	OE3.E1.R2.A1.I1 Número de espacios públicos de los niveles locales creados o recuperados para la participación de población adolescente en actividades físicas, recreativas y culturales.	Al menos un espacio anual creado o recuperado por cantón	Ministerio de Salud. Direcciones Áreas Rectoras de Salud y RECAFIS	Municipalidades ICODER

**8.4 Fortalecer las acciones interinstitucionales para un abordaje integral del cáncer de las personas adolescentes con cáncer.**

**Tabla 37. Objetivo Estratégico 4**

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (5)	ACCIÓN (6)	INDICADORES (7)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	OE4.E1 Niñas de 10 años con cobertura de dos dosis de vacunación por VPH.	OE4.E1.R1 Vacunación contra el VPH en niñas de 10 años, implementada por los servicios públicos de salud.	OE4.R1.A1 Programa de vacunación (con dos dosis) para la prevención del VPH en niñas de 10 años, desarrollado.	OE4.E1.R1.A1.I1 Porcentaje de cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años cumplidos.	Al 2022: 95%	Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud	CCSS
2	OE4.E2 Personas adolescentes con cáncer que reciben una atención integral con calidad, optimizada, oportuna y de acuerdo con sus necesidades	OE4.E2.R2 Personas adolescentes detectadas con cáncer registrado y actualizado para la toma de decisiones.	OE4.E2.R2.A1 Registro actualizado de información de morbilidad de cáncer en las personas adolescentes.	OE4.E1.R2.A1.I1 Porcentaje de casos nuevos de cáncer en personas adolescentes incluidos en el Registro Nacional de Tumores	Al menos el 1% de casos nuevos incluidos en el Registro Nacional de Tumores cada 5 años	Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud	CCSS
3			OE4.E2.R2.A2 Barreras de acceso para una atención integral oportuna, amigable, con calidad y calidez de la población adolescente con cáncer, identificadas.	OE4.E2.R2.A2.I1 Número de regiones implementando estrategias para la identificación y abordaje de las barreras de acceso para la detección del cáncer en las personas adolescentes	2021-2030 Al menos 3 regiones implementando estrategias	Ministerio de Salud CCSS	
4				OE4-E2.R2.A2.I2 Porcentaje de los EBAIS, Áreas de	100% EBAIS, Áreas de Salud, Hospitales	MS-CCSS	

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (5)	ACCIÓN (6)	INDICADORES (7)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
				Salud, Hospitales Regionales y Nacionales capacitados en la normativa relacionada con la atención integral de las personas adolescentes con cáncer.	Regionales y Nacionales capacitados al 2030		
5				OE4.E2.R2.A2.I3 Norma Nacional para la Atención Integral del Cáncer en Adolescentes (Componente de la Norma Nacional de Cáncer). publicada	Norma publicada al 2024	MS	CCSS
6			OE4.E2.R2.A3 Atención diferenciada para personas adolescentes con cáncer.	OE4.E2.R2.A3.I1 Número de servicios institucionales con atención diferenciada para las personas adolescentes con cáncer	Al menos 23 servicios al 2030	CCSS	MS

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (5)	ACCIÓN (6)	INDICADORES (7)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
7		OE4.E2.R3. Servicios de Salud con capacidades mejoradas para el abordaje de la atención integral con calidad, oportunidad y equidad para las personas adolescentes con cáncer.	OE4.E2.R3.A1 Hospitales con Programas que promueven espacios físicos diferenciados para la atención y el diálogo dirigidos a personas adolescentes con Cáncer y sus familias.	OE4.E2.R3.A1.I1 Número de espacios de diálogo dirigidos a adultos que conviven con personas adolescentes con cáncer funcionando en Hospitales.	Al menos 10 operando en los hospitales al 2030	CCSS	MINISTERIO DE SALUD
8				OE4.E2.R3.A1.I2 Número de Hospitales de la CCSS que cuentan con espacios diferenciados para el internamiento de personas adolescentes con cáncer.	Al menos 10 Hospitales al 2030	CCSS	MS
9		OE4.E2.R4 Personas adolescentes con cánceres atendidos con un abordaje articulado intersectorial e interinstitucional para su desarrollo integral.	OE4.E2.R4.A1 Estrategias interinstitucionales articuladas para la atención y desarrollo integral de la persona adolescente con cáncer.	OE4.E2.R4.A1.I1 Número de estrategias interinstitucionales articuladas, desarrolladas para la atención integral de la persona Adolescente con cáncer.	Al menos 3 estrategias al 2030	CCSS	MS

No.	EFECTO (2)	RESULTADOS (5)	ACCIÓN (6)	INDICADORES (7)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
11		OE4.E2.R5 Población en general con conocimientos para la prevención del cáncer en las personas adolescentes.	OE4.E2.R5.A1 Estrategia de comunicación con enfoque de autocuidado de la salud y prevención del cáncer en la población adolescente.	OE4.E2.R5.A1.11 Estrategia de comunicación con enfoque de autocuidado de la salud y la prevención del cáncer en las personas adolescentes, elaborada e implementada.	Una estrategia de comunicación implementada al final del periodo (2030)	Ministerio de Salud CCSS HNN PANI	

## 8.5 Reducir la tasa de embarazo en las personas adolescentes.

Tabla 38. Objetivo Estratégico 5

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (3)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (9)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	Adolescentes con fecundidad disminuida a nivel nacional.	Población adolescente recibiendo una atención integral y articulada intersectorial e interinstitucional para la prevención del embarazo y de acuerdo a sus necesidades.	OE5.E1.R1.A1 Estrategias y acciones para la prevención del embarazo en adolescente articuladas interinstitucional e intersectorialmente	OE5.E1.R1.A1.I1	Al menos 4 instituciones realizando estrategias y acciones articuladas a nivel local para reducir el embarazo en la población adolescente.	MS	CIAMA
2				OE5.E1.R1.A1.I2	Reglamento de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente para el funcionamiento del CIAMA al 2030		
3				OE5.E1.R1.A1.I3	Al menos un 40 % de los resultados del Plan de Acción del CIAMA-cumplidos al 2025		

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (3)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (9)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
4		OE5.E1.R2 Personas adolescentes recibiendo atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.	OE5.E1.R2.A2 Norma Nacional para la Atención Integral de la salud de las personas adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.	OE5.E1.R2.A2.11 Porcentaje de personas adolescentes que reciben atención integral en salud con cita de doble cupo conforme a la Norma Nacional.	Al menos 30 % de personas adolescentes reciben atención integral en salud con cita de doble cupo según la Norma Nacional al 2030	CCSS	MS
5				OE5.E1.R2.A2.12 Porcentaje de mujeres adolescentes con métodos anticonceptivos modernos.	Al menos el 50 % de las mujeres adolescentes con métodos anticonceptivos modernos 2030	MS	CCSS
6	OE5.E2. Adolescentes embarazadas y madres en condición de vulnerabilidad que reciben asistencia y apoyo para su desarrollo integral y de acuerdo con sus necesidades.	OE5.E2.R1 Instituciones y comunidades brindando apoyo, seguridad y protección a personas adolescentes embarazadas, madres y sus hijos.	OE5.E2.R1.A1 Estrategias para mantener a la población adolescente, en especial a las adolescentes embarazadas y madres, dentro del sistema educativo.	OE5.E2.R1.A1.11 Porcentaje de adolescentes embarazadas y madres en pobreza extrema y pobreza que reciben apoyo económico para asegurar la inserción y permanencia en el sistema educativo hasta final del curso lectivo.	Al menos un 75% de las adolescentes embarazadas y madres en pobreza extrema y pobreza que solicitan beneficios institucionales reciben apoyo económico para asegurar su inserción y permanencia en el sistema educativo.	IMAS	PANI
7				OE5.E2.R1.A1.12 Número de Adolescentes que abandonan los estudios por motivo de embarazo, maternidad y paternidad.	Reducir a 0 el número de Adolescentes que abandonan los estudios por motivo de embarazo, maternidad y paternidad al 2030	MEP	

No.	EFFECTO (2)	RESULTADOS (3)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (9)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
8			OE5.E2.R1.A2 Servicios integrales en salud y nutrición a adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia, y a sus hijos/as para la promoción del crecimiento y desarrollo infantil brindados por CEN-CINAI.	OE5.E2.R1.A2.I1 Porcentaje de personas adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia atendidas por tipo de modalidad Programa CEN-CINAI.	100 % de personas adolescentes embarazadas y en periodo de lactancia que solicitan algún tipo de servicios del Programa CEN-CINAI reciben el servicio	CEN CINAI	MS

## 8.6 Reducir el uso y abuso de sustancias psicoactivas por parte de personas adolescentes.

Tabla 39. Objetivo Estratégico 6

No.	EFEECTO (1)	RESULTADOS (1)	ACCIÓN (1)	INDICADORES (3)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	OE6.E1 Personas adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas reducido.	OE6.E1.R1 Población adolescente beneficiada con el desarrollo de acciones y modalidades de atención en salud, accesibles y adecuadas a sus condiciones individuales, y colectivas y culturales para la prevención y cesación del consumo de sustancias psicoactivas.	OE6.E1.R1.A1 Proyectos dirigidos a personas adolescentes financiados por la Ley 9028 para la promoción de la salud, prevención y atención integral contra el consumo de sustancias psicoactivas en el marco del PENSPA.	OE6.E1.R1.A1.I1 Porcentaje de proyectos financiados por la Ley 9028 que benefician a las personas adolescentes en el marco del PENSPA.	Al menos un 20% de los proyectos del Programa de Control de tabaco dirigidos a la promoción, prevención y atención integral en adolescentes	MS	
2			OE6.E1.R1.A2 Acciones para la promoción de la salud integral y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, dirigidos a estudiantes en condiciones de vulnerabilidad.	OE6.E1.R1.A2.I1 Número de estudiantes de secundaria en vulnerabilidad por el consumo de drogas intervenidos anualmente, en forma temprana	2021-2022: 7189 estudiantes de 208 colegios	IAFA	MS-MEP



**8.7 Reducir los comportamientos autolesivos y el comportamiento suicida en personas adolescentes.**

**Tabla 40. Objetivo Estratégico 7**

No.	EFFECTO (1)	RESULTADOS (2)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (5)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
1	OE7.E1 Personas adolescentes con riesgo de comportamiento suicida recibiendo acciones de promoción, prevención y atención integral articulada interinstitucional e intersectorialmente.	OE7.E1.R1 Evidencia científica disponible en materia de comportamiento suicida en personas adolescentes.	OE7.E1.R1.A1 Publicaciones sobre comportamiento suicida y las acciones realizadas para su abordaje, en personas adolescentes.	OE7.E1.R1.A1.I1	Al menos 1 publicación que reporta sobre comportamiento suicida entre personas adolescentes.	MS	CCSS, Universidades, Colegio Psicólogos
2				OE7.E1.R1.A1.I2	Al menos 1000 estudiantes de séptimo año participan en actividades orientadas a la promoción de la salud mental y prevención del comportamiento suicida. (Aulas Escucha)	MEP	

No.	EFEECTO (1)	RESULTADOS (2)	ACCIÓN (4)	INDICADORES (5)	Meta	Responsable	Otras Instancias involucradas
3			OE7.E1.R1.A2 Investigaciones en materia integral de comportamiento suicida en personas adolescentes (con énfasis en la comprensión del comportamiento suicida en adolescentes, instrumentos de detección, metodologías para la prevención y la intervención)	OE7.E1.R1.A2.I1 Número de investigaciones realizadas en materia de abordaje integral de comportamiento suicida en adolescentes.	Al menos una investigación sobre comportamiento suicida de personas adolescentes cada tres años	Secretaría Salud Mental	MS
4		OE7.E1.R2. Personas adolescentes beneficiadas con estrategias interinstitucionales e intersectoriales para el abordaje integral del comportamiento suicida y la promoción de la salud mental.	OE7.E1.R2.A1 Protocolos interinstitucionales para el abordaje Integral del comportamiento suicida en personas adolescentes en el marco de las IRAIS	OE7.E1.R2.A1.I1 Porcentaje de IRAIS realizando seguimiento a personas adolescentes reportados con comportamiento suicida	50% de IRAIS realizando seguimiento a personas adolescentes reportados	Secretaría Salud Mental	MS

**8.8 Reducir las muertes violentas en personas adolescentes a causa de accidentes de tránsito, homicidios, violencia de género, entre otras.**

**Tabla 41. Objetivo Estratégico 8**

No.	EFECTO (1)	RESULTADOS (1)	ACCIÓN (1)	INDICADORES (3)	META	RESPONSABLE	OTRAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS
1	OE8.E1 Personas adolescentes víctimas de violencia asociada a accidentes de tránsito, homicidios y violencia de género, recibiendo acciones de promoción, prevención y atención integral articulada interinstitucional e intersectorialmente.	OE8.E1.R1 Personas adolescentes recibiendo acciones diferenciadas interinstitucionales de prevención y atención de las distintas formas de violencia asociada a accidentes de tránsito, homicidios y violencia de género.	OE8.E1.R1.A1 Evidencia científica que sirva de base para la comprensión y el abordaje integral en materia de accidentes tránsito en personas adolescentes.	OE8.E1.R1.A1.I1 Número de Publicaciones realizadas en materia de accidentes de tránsito que incluya información de personas adolescentes.	Al menos 1 publicación anual realizada en materia de accidentes tránsito que incluya información de personas adolescentes al 2030	MS	COSEVI
2			OE8.E1.R1.A2 Estrategia educativa dirigida a personas adolescentes para promover conductas y actitudes protectoras que favorezcan la movilidad segura	OE8.E1.R1.A2.I1 Número de campañas de la estrategia educativa dirigida a personas adolescentes y jóvenes desarrolladas para promover conductas y actitudes protectoras que favorezcan la movilidad segura.	Al menos 1 campaña educativa desarrollada anualmente dirigida a adolescentes y jóvenes para promover conductas y actitudes protectoras que favorezcan la movilidad segura al 2030	COSEVI MEP	

No.	EFFECTO (1)	RESULTADOS (1)	ACCIÓN (1)	INDICADORES (3)	META	RESPONSABLE	OTRAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS
3			OE8.E1.R1.A3 Programas de prevención de la mortalidad por causas asociadas a violencia dirigidos a personas adolescentes.	OE8.E1.R1.A3.I1 Porcentaje de población entre 13 a 17 años cumplidos de los distritos de influencia de los Centros Cívicos por la Paz que participan y concluyen programas de formación integral articulados interinstitucionalmente	4,5% de personas entre 13 a 17 años participan y concluyen Programas de formación integral	Ministerio de Justicia y Paz	
4			OE8.E1.R1.A4 Programas para el abordaje integral de la violencia intrafamiliar en personas adolescentes.	OE8.E1.R1.A4.I1 Número de Programas para la prevención integral de la violencia intrafamiliar dirigida a personas adolescentes y sus familias.	Al menos 3 programas de prevención por año desarrollado por las instituciones, dirigido a personas adolescentes y sus familias	Ministerio de Justicia y Paz INAMU PANI CEN CINAI CCSS	
5			OE8.E1.R1.A5 Estrategia de divulgación dirigida a adolescentes y sus familias para la promoción de derechos y prevención de la violencia	OE8.E1.R1.A5.I1 Número de acciones de la estrategia de divulgación desarrolladas para la promoción de derechos y prevención de la violencia	Al menos una acción de la estrategia de divulgación desarrollada anualmente para la promoción de derechos y prevención de la violencia al 2030	INAMU MEP	
6			OE8.E1.R1.A6 Acciones de comunicación dirigida a padres, madres o encargados de los y las adolescentes, sobre los riesgos y	OE8.E1.R1.A6.I1 Número de acciones de comunicación dirigidas a adolescentes, padres de familia o encargados en el uso de las TICs.	Al menos una acción de comunicación anual dirigidas a los padres, madres, encargados y personas adolescentes sobre el uso de	PANI	

No.	EFFECTO (1)	RESULTADOS (1)	ACCIÓN (1)	INDICADORES (3)	META	RESPONSABLE	OTRAS INSTANCIAS INVOLUCRADAS
			beneficios en el uso de las nuevas tecnologías.		las TICs, desarrollada al 2030		
7				OE8.E1.R1.A6.I2 Número de instituciones integrantes de CONACOES que reportan los casos de explotación sexual comercial en boleta V01	Al menos 6 instituciones de CONACOES reportan en boleta V01 los casos de explotación sexual comercial	MS	Instituciones que conforman CONACOES

## **IX. MODELO DE GESTIÓN, SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PENSPA 2021-2022**

### ***9.1 Modelo de gestión y seguimiento***

El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2021- 2030 parte de una visión estratégica que se concentra en reducir las brechas de acceso y calidad de los diferentes servicios que requieren las personas adolescentes, fortaleciendo las acciones de desarrollo integral, así como la promoción, prevención y atención de su salud.

No responde a una formulación sumativa de acciones, sino a potenciar estratégicamente las acciones que puedan realmente impactar la salud de las personas adolescentes y que incluso corresponden a las responsabilidades institucionales dentro de las Políticas nacionales que abordan las materias afines. En procura de concentrar los recursos disponibles en la generación de resultados favorables.

No obstante, para que el accionar orientado a los resultados, efectos e impactos sea eficiente y efectivo, el Modelo de Gestión debe definir claramente los distintos niveles de responsabilidad y las instancias encargadas de las acciones específicas. De este modo, el modelo que se presenta apunta a la articulación y coordinación entre instancias y actores institucionales tanto para la implementación de las acciones como para el seguimiento, monitoreo y evaluación de estas, guiando la toma de decisiones oportuna durante el proceso.

El Ministerio de Salud será el principal ente encargado, desde la Dirección de Planificación, la cual coordinará y brindará seguimiento a la ejecución o cumplimiento de los objetivos estratégicos. Esta instancia será quien coordine la Comisión de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del PENSPA, órgano instaurado para efectos de asegurar una adecuada articulación interinstitucional en pro de una gestión eficiente y eficaz del PENSPA

#### **Sobre la Comisión de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del PENSPA**

La Comisión de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del PENSPA integra a representantes de las instituciones o entes que poseen responsabilidades dentro del PENSPA. La conformación de esta Comisión representa la garantía del involucramiento de cada una de estas instancias en el desarrollo e implementación del PLAN, así como en el logro de las metas, resultados y efectos esperados. El nivel de representación de las instituciones en esta instancia corresponde a una persona titular y una suplente confirmada por la autoridad respectiva anualmente ante solicitud de la jerarquía del Ministerio de Salud.

De este modo, la Comisión estaría conformada de la siguiente forma:

- Representante del Ministerio de Salud / Dirección Planificación (Coordina)
- Dirección de Planificación de la CCSS

- Representante de la Secretaría Técnica del CNNA
- Representante del Ministerio de Educación Pública / DVE
- Representante de MIDEPLAN / Área de Análisis del Desarrollo
- Representante del PANI / Dirección de Planificación
- Representante del IAFA / Dirección de Planificación
- Representantes del CIAMA (Coordinación)

La principal responsabilidad de las personas designadas por cada institución para ser parte de la Comisión, es asistir a reuniones trimestrales, para revisar avances o alcances (con documentación de respaldo) y desafíos en la implementación de las acciones que les corresponden, con apoyo de una plantilla de seguimiento/monitoreo. También deben informar a las autoridades institucionales respectivas sobre el trabajo de la Comisión, la participación de sus representantes institucionales y los “cuellos de botella” que se presentan en la implementación del Plan, con el objeto de que se puedan tomar las medidas institucionales necesarias para facilitar su implementación.

Además, para la gestión y seguimiento se requiere la solicitud de información por vías oficiales a las siguientes instancias:

- Al CIAMA sobre el avance en las acciones del PENSPA en términos de avances semestrales y anualmente.
- Al Equipo Técnico Interinstitucional en materia de Atención Integral al Cáncer en personas adolescentes sobre las acciones del PENSPA en términos de avances semestrales y anualmente.
- Instituciones con responsabilidad en las acciones del PENSPA en términos de avances semestrales y anuales.

En casos específicos, se invitará, según corresponda, a instancias específicas no presentes en la Comisión para analizar temas especiales en los que se identifiquen mayores dificultades de ejecución o cuando se requieran opiniones externas.

Los datos identificados y acciones realizadas se consolidarán en un informe anual de seguimiento y monitoreo del PENSPA, que contenga un análisis crítico y recomendaciones para las instituciones involucradas en la ejecución del mismo.

Y, específicamente para la rendición de cuentas, aunado a documentos escritos o reuniones entre los entes encargados, se realizarán espacios con la representación de adolescentes y jóvenes (Asamblea de la Red Nacional Consultiva de la Persona Joven, Asamblea de la Red de Promotores Adolescentes) que permita integrar sus opiniones en el informe anual de avances.

## **9.2 Monitoreo y evaluación del PENSPA**

La propuesta metodológica de monitoreo y evaluación enfatiza en su importancia para la toma continua de decisiones y la identificación de debilidades o puntos fuertes en el

desarrollo de las acciones comprendidas en el Plan bajo la responsabilidad de las distintas instituciones, lo cual permite realizar las correcciones necesarias a tiempo para tomar las medidas correctivas necesarias, así como identificar prácticas exitosas susceptibles de ser ampliadas o fortalecidas.

Con respecto a los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación, es importante establecer la diferencia que poseen entre sí porque, si bien se complementan, requieren diversos aspectos para su adecuada elaboración. Primeramente, se comprenderá un sistema de monitoreo como “un proceso continuo y sistemático que mide el progreso y los cambios causados por la ejecución de un conjunto de actividades en un período de tiempo, con base en indicadores previamente determinados. Es un mecanismo para dar seguimiento a las acciones y comprobar en qué medida se cumplen las metas propuestas” (Espinoza y Van de Velde, 2007, p.12).

Por lo tanto, el monitoreo es un sistema que articula actividades relacionadas con los indicadores previstos en un plan, programa o proyecto, con la misión de verificar cómo se van cumpliendo las actividades y los objetivos de este. Así, brindará información sobre la eficiencia de la organización e implementación del PENSPA.

El proceso de monitoreo implica realizar mediciones permanentes y regulares. Por esta razón deben determinarse, previamente, los instrumentos que serán utilizados para dichos efectos. Estos deben corresponderse con los indicadores construidos para medir los procesos y los resultados de cada plan, programa o proyecto. En este sentido, los indicadores de proceso se encuentran el Catálogo de Indicadores del PENSPA en el que, para cada uno de ellos, se ofrece la ficha técnica respectiva. La revisión y ajuste de estas fichas, debe ser una tarea prioritaria y de primer orden en el inicio de la implementación del PENSPA, de tal modo que las fuentes de información o responsables del indicador puedan validar y ajustar lo que corresponda para cada indicador.

El seguimiento por su parte es la observación, registro y sistematización de la ejecución de las actividades y tareas de un proyecto en términos de los recursos utilizados, las metas intermedias cumplidas, así como los tiempos y presupuestos previstos, las tácticas o la estrategia. Es decir, implica una verificación continua del estado de la ejecución, la utilización de los recursos por parte de los beneficiarios de las acciones o servicios desarrollados, el manejo de los recursos humanos y las dificultades en la implementación del plan, programa o proyecto, para con ello, realizar los ajustes o modificaciones necesarias para su continuidad.

Como requisitos para un seguimiento efectivo se pueden señalar los siguientes:

- Integrar un Diagnóstico o Línea de Base que sirva para identificar las expectativas, hipótesis, supuestos y resultados esperados. La línea de base es el punto de referencia contra el cual se evalúan las informaciones obtenidas.
- Establecer los indicadores requeridos. Los resultados esperados son el germen de los indicadores, en estos se describe un punto de referencia que será reflejado en una medida estadística para cada caso.

- Programar el seguimiento conforme a plazos pertinentes y convenientes acordados con los encargados de la gestión de cada proyecto.
- Destinar recursos específicos a las actividades programadas para el seguimiento.
- Definir los plazos y los medios para la difusión de la información, así como las audiencias principales que deberán conocerla (Espinoza y Van de Velde, 2007).

Por su parte, la evaluación, es el proceso que pretende determinar los beneficios obtenidos y la identificación de los problemas, limitaciones y barreras en la consecución de los objetivos o metas. Proporciona información acerca de la relevancia, efectividad, eficiencia, méritos, sustentabilidad o impacto de una intervención. La evaluación no solo permite cuantificar la magnitud del cambio, sino que lo contrasta con los resultados o impactos esperados. También posibilita ver e interpretar las razones que explican el porqué de los logros alcanzados previstos o no.

A partir de lo anteriormente señalado, la propuesta de seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2021-2030, incluye los siguientes aspectos:

1. **Cadena de resultados:** Define los efectos, resultados, actividades y metas necesarias para el cumplimiento de los 8 objetivos estratégicos identificados, lo cual permite establecer las mediciones requeridas para el monitoreo, el seguimiento y la evaluación.
2. **Indicadores:** Son los elementos que se utilizan para medir la información cuantitativa y cualitativa recopilada durante o después de la implementación de una acción, proyecto, programa o plan, a fin de medir los resultados y efectos de su puesta en práctica. En el marco de la elaboración del PENSPA, las fichas técnicas de los indicadores anexas a este documento en el Catálogo de Indicadores del PENSPA, establecen la fórmula del indicador, metas generales y regionales a las que el indicador se remite, la periodicidad de recopilación de la información del indicador, el mecanismo (instrumento) de recolección de la información requerida por el indicador y la fuente de la información necesaria para su medición. Todos estos elementos son fundamentales para el seguimiento, el monitoreo y evaluación. Por esta razón, tal como ya se indicó, deben ser conocidos, revisados y validados por las instituciones que tienen a cargo la implementación de acciones y su respectivo reporte.

### 9.2.1 Evaluaciones Intermedias

Se plantea desarrollar estrategias de evaluación de los periodos de ejecución del plan, durante el año 2022 (al cierre de la administración 2018-2022) y durante el año 2026 (al cierre de la administración 2022-2026). Con el objetivo de analizar el nivel de cumplimiento de los indicadores relacionados con las metas de las acciones, establecer el nivel de avance y aspectos que influyen en este, así como las correcciones necesarias para lograr el cumplimiento de las metas establecidas hacia el final del proceso.

Estableciendo el grado de efectividad y el grado de eficacia alcanzados en la implementación del Plan de Acción de la siguiente manera:

$$\text{Grado de Efectividad} = \frac{\text{Grado de avance de cumplimiento metas logrado}}{(\text{Avance en cumplimiento metas}) (\text{Tiempo planeado})}$$

$$\text{Grado de Eficacia} = \frac{\text{Grado de avance de cumplimiento metas programado}}{(\text{Avance en cumplimiento metas programado}) (\text{Tiempo real})}$$

Las evaluaciones de medio periodo resultan fundamentales para establecer los logros y retos del proceso de ejecución del Plan Estratégico y las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de sus metas de resultado y de efecto.

Con el fin de realizar esta tarea es pertinente el avance de cumplimiento de los indicadores desde entrevistas a informantes claves y fomentar actividades de valoración de avances con participación de las instituciones que conforman la comisión de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del PENSPA.

A partir de dichas actividades se elabora un informe de evaluación intermedia, que incluiría los siguientes aspectos:

- Avance en el cumplimiento de metas de proceso, resultado y de efecto según efectividad y eficacia.
- Aspectos internos y externos que han apoyado en el cumplimiento de las metas.
- Aspectos internos y externos que han limitado el cumplimiento de las metas.
- Recomendaciones para el siguiente periodo.

## **9.2.2 Evaluación Final**

La evaluación final del PENSPA se realizará durante el 2030. En ella interesa establecer el nivel de cumplimiento de las metas y de los efectos definidos en la respectiva cadena de resultados.

Se explorará el nivel de cumplimiento del Plan en cuanto a efectividad y eficacia:

$$\text{Grado de Efectividad} = \frac{\text{Grado de avance final de la meta lograda al 2030}}{\text{(Cumplimiento metas al 2030) (Tiempo planeado de cumplimiento)}}$$

$$\text{Grado de Eficacia} = \frac{\text{Grado de avance final de la meta programado al 2030}}{\text{(Avance cumplimiento de metas programado) (Tiempo real)}}$$

Conviene desatacar que el PENSPA, establece diversos momentos para el cumplimiento de metas (anuales, bianuales, quinquenales). Por ende, los resultados se analizarán según corresponda para identificar si se cumplieron las metas en su totalidad o parcialmente, si existieron elementos internos o externos en las instituciones responsables que interfirieron o potenciaron su cumplimiento y si existieron aspectos pertinentes para futuras estrategias. Además del cumplimiento de metas, en la evaluación final se valora el nivel de cumplimiento de los indicadores de efecto.

## **X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Asamblea General de Naciones Unidas (2018). Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles; Septuagésimo tercer período de sesiones, 10 de octubre de 2018.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1949). Constitución Política de la República de Costa Rica. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1973). Ley No. 5395. Ley General de Salud. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1978). Ley No. 6227. Ley General de Administración Pública. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1990). Ley No. 7184. Convención sobre los Derechos del Niño. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1994). Ley No. 7440. Ley General de Espectáculos Públicos, Materiales, Audiovisuales e Impresos. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1995). Ley No. 7499. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1995). Ley No. 7517. Convenio de la Haya Sobre la Protección de los Niños y Cooperación en Materia de Adopción Internacional de la Conferencia de la Haya sobre el Derecho Internacional Privado. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1995). Ley No. 7517. Convenio de la Haya Sobre la Protección de los Niños y Cooperación en Materia de Adopción Internacional de la Conferencia de la Haya sobre el Derecho Internacional Privado. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1996). Ley No. 7576. Ley de Justicia Penal Juvenil. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1996). Ley No. 7586. Ley Contra la Violencia Doméstica y sus reformas. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1996). Ley No. 7600. Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1996). Ley No. 7648. Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1997). Ley No. 7654. Ley de Pensiones Alimentarias. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (1997). Ley No. 7735. Ley General de Protección a la Madre Adolescente. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (1997). Ley No. 8032. Convención Interamericana sobre restitución internacional de menores. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (1998). Ley No. 7739. Código de Niñez y Adolescencia. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2000). Ley No. 8002. Reforma los art. 161, 162 e introduce el art. 174 del Código Penal, Ley N° 4573, de 4 de mayo de 1970. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2000). Ley No. 8053. Convención Interamericana sobre obligaciones alimentarias. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2001). Ley No. 8101. Ley de Paternidad Responsable. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8172. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8183. Reforma al Art. 5 de la Ley N° 7633 de 1996. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8237. Reforma el artículo 17 del Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley No. 7739, de 6 de enero de 1998. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8261. Ley General de la Persona Joven. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8302. Convención Contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2002). Ley No. 8315. Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños que complementa la convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2003). Ley No. 8247. Protocolo Facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2005). Ley No. 8449. Creación de la Policía Escolar y de la Niñez. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica (2006). Ley No. 8508. Código Procesal Contencioso Administrativo. Costa Rica.

- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2007). Ley No. 7899. Ley de Fortalecimiento de la Lucha contra la Explotación Sexual de las Personas Menores de Edad. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2008). Ley No. 8654. Derechos de los niños, niñas y adolescentes a la disciplina sin castigo físico ni trato humillante. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2008). Ley No. 8661. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2008). Ley No. 8661. Protocolo a la Convención sobre discriminación en la enseñanza. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2012). Ley No. 9095. Ley contra la Trata de Personas y Creación de la Coalición Nacional Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2015). Ley No. 9303. Ley de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2016). Ley No. 9343. Reforma Procesal Laboral. Costa Rica.
- Asamblea Legislativa de Costa Rica (2017). Ley No. 9406. Ley de Relaciones Impropias. Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Política Institucional de Atención Integral a la Adolescencia. Costa Rica
- Caja Costarricense de Seguro Social (2018). Servicios Hospitalarios Diferenciados y Amigables para personas Adolescentes. Costa Rica
- Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana (2018). Informe Violencia contra las Mujeres en Costa Rica. Periodo 2015-2017. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana (2017). Informe Análisis de los Homicidios Dolosos Vinculados a la Delincuencia Organizada durante el periodo 2010-2016. Costa Rica. Recuperado de:  
[https://www.undp.org/content/dam/costa\\_rica/docs/undp\\_cr\\_analisis%20homicidios%202010-2016%20FINAL.pdf](https://www.undp.org/content/dam/costa_rica/docs/undp_cr_analisis%20homicidios%202010-2016%20FINAL.pdf)
- Consejo de Seguridad Vial (2019). Estadísticas de muertos en sitio provisionales en accidentes de tránsito 2018- junio 2019. Costa Rica. Recuperado de:  
<https://www.csv.go.cr/documents/10179/1300422/Estadisticas+muertos+en+sitio+provisionales+2018-+Junio+2019.pdf/7ec51fae-93c9-4cb7-ba1a-3bd2e1df74cd>
- Contraloría General de la República (2018). Informe DFOE-SOC-IF-00025-2018. Auditoría de Carácter Especial Acerca de la Rectoría del Ministerio de Salud, en Cuanto a las

Acciones de Política Pública Vinculadas con el Abordaje de la “Salud Mental”. Costa Rica.

Cortés, L., Chiavegatt, A., Fisberg, M., Gómez, G., Guajardo, V., Herrera-Cuenca, M.,... Zimberg, I. (2016). Latin American Study of Nutrition and Health (ELANS): Rationale and study design. BMC Public Health. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/37525952.pdf>

Decreto Legislativo N.º 9519 (2018). Diario Oficial La Gaceta. Costa Rica. Disponible en: [https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/02/22/ALCA38\\_22\\_02\\_2018.pdf](https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/02/22/ALCA38_22_02_2018.pdf)

Gómez, G.(2019).Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud. Recuperado de: <https://acdyn.cr/wp-content/uploads/2019/02/estudio-latinoamericano-de-nutricion-y-salud-elans-costa-rica.pdf>

Informe ejecutivo Censo Escolar Peso/Talla, Costa Rica, 2016

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014), Panorama demográfico (2014). San José: INEC. Disponible en: [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/publicaciones/panorama\\_demografico\\_2014.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/publicaciones/panorama_demografico_2014.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Indicadores demográficos cantonales 2013. San José: INEC. Disponible en: [http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales/Indicadores\\_Demograficos\\_Cantonales\\_2013.pdf](http://www.inec.go.cr/wwwisis/documentos/INEC/Indicadores_Demograficos_Cantonales/Indicadores_Demograficos_Cantonales_2013.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2016). Datos poblaciones de nacimientos por provincia según grupos de edades. San José: INEC. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017a). Panorama demográfico. San José: INEC. Disponible en: [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacpanorama2017\\_0.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacpanorama2017_0.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2017b). Unidad de Estadísticas Demográficas. San José: INEC. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/multimedia/unidad-de-estadisticas-demograficas>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2018). Unidad de Estadísticas Demográficas. San José: INEC. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/multimedia/unidad-de-estadisticas-demograficas>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016a). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG). Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG). Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos., Ministerio de Salud., UNICEF (2019). Informe de resultados de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia. Costa Rica. Recuperado de: [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-bibliotecavirtual/reemna2018\\_1.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-bibliotecavirtual/reemna2018_1.pdf)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2016). VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. Recuperado de: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/Consumo%20de%20drogas%20en%20la%20juventud%20escolarizada%202015%20Costa%20Rica,%202017.pdf>

MIDEPLAN; Subsecretaría de Población; Unidad de Análisis Prospectivo y Política Pública (2017). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo: Informe País. San José. Recuperado de: [http://ods.cr/sites/default/files/documentos/consenso\\_montevideo\\_0.pdf](http://ods.cr/sites/default/files/documentos/consenso_montevideo_0.pdf)

Ministerio de Cultura y Juventud (2018). Actualización de resultados de la III Encuesta Nacional de Juventudes. Recuperado de: [http://www.mcj.go.cr/sala\\_prensa/noticias/2018/abril/Consecutivo140.aspx](http://www.mcj.go.cr/sala_prensa/noticias/2018/abril/Consecutivo140.aspx)

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2017). Costa Rica Estadísticas Regionales 2010-2015. San José: MIDEPLAN - Área de planificación regional y Área de análisis de desarrollo. Disponible en: [https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/15588f8a-da77-46ba-b0b9-b51f2c130b49/Costa\\_Rica\\_Estadisticas\\_Regionales\\_2010-2015.pdf?guest=true](https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/15588f8a-da77-46ba-b0b9-b51f2c130b49/Costa_Rica_Estadisticas_Regionales_2010-2015.pdf?guest=true)

Ministerio de Salud (2009). Encuesta Nacional de Nutrición. Costa Rica. Recuperado de: [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costarica-2008-2009&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=alimentacion-y-nutricion&alias=67-encuesta-nacional-de-nutricion-costarica-2008-2009&Itemid=222)

Ministerio de Salud (2010). Informe de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Disponible en: <http://encuestas.ccp.ucr.ac.cr/camerica/pdf/irensr2010.pdf>

Ministerio de Salud (2010) Plan Nacional de Salud 2010- 2021. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2010). Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA). San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2012). Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017. Costa Rica. Recuperado de: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/consejo\\_nacional\\_cancer/DM\\_plan\\_nacional\\_para\\_la\\_prevencion\\_y\\_control\\_del\\_cancer.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/consejo_nacional_cancer/DM_plan_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer.pdf)

- Ministerio de Salud (2014). Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013>
- Ministerio de Salud (2015). Informe de notificación de datos de Violencia Intrafamiliar en menores de 18 años. Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2657-violencia-intrafamiliar-en-menores-de-18-anos-costa-rica-2014/file>
- Ministerio de Salud (2016). Datos sobre mortalidad. Dirección Vigilancia de Salud.
- Ministerio de Salud. (2016). Informe de la II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). Datos del Registro Nacional de Tumores. San José: MS - Dirección Vigilancia de Salud. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores>
- Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José.
- Ministerio de Salud (2018). Datos sobre conductas suicidas. Dirección Vigilancia de Salud.
- Ministerio de Salud. (2019). Análisis de la Situación de Salud 2018. Recuperado de: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria\\_2014\\_2018/memoria\\_institucional\\_2018.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria_2014_2018/memoria_institucional_2018.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2018). Informe Mundial Sobre las Drogas. Recuperado de: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (1985). Reglas Mínimas de Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores. Asamblea General, Resolución 40/33 de 28 noviembre de 1985. Nueva York. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/compendium/S\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/compendium/S_Ebook.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (1990). Directrices de Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil. Asamblea General, Resolución 45/110, de 14 de diciembre de 1990. Nueva York. Recuperado de: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=82014&nValor3=104814&nValor5=2](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx?param1=NRA&nValor1=1&nValor2=82014&nValor3=104814&nValor5=2)
- Organización de las Naciones Unidas (1991). Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad. Asamblea General, Resolución

- 45/113, de 02 abril de 1991. Nueva York. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/S\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/S_Ebook.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (1973). Recomendación 146 de OIT sobre la edad mínima de admisión al empleo. Ginebra, OIT. Recuperado de:  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:R146](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R146)
- Organización Internacional del Trabajo (1974). Convenio 138 de OIT sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo. Ginebra. Recuperado de:  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C138](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138)
- Organización Internacional del Trabajo (2001). Convenio 182 de la OIT sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación. Ginebra, OIT. Recuperado de:  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C182](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C182)
- Organización Mundial de la Salud (2007) Control del Cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guías (1,2,3,4,5,6) para desarrollar procesos eficaces para el control de cáncer. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de:  
[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS09\\_Full.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS09_Full.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del Suicidio. Un Imperativo Global. Recuperado de:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Ginebra: OMS. Disponible en:  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental del adolescente. Recuperado de:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de:  
[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes. Washington D.C.: OPS.

- Patronato Nacional de la Infancia (2009). Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2009-2021. San José: UNICEF-MIDEPLAN-PANI.
- Patronato Nacional de la Infancia (2019). Cerca de 170 casos de cáncer infantil se registraron el año pasado en el país. Costa Rica. Recuperado de: <https://pani.go.cr/publicaciones/noticias/1780-cerca-de-170-casos-de-cancer-infantil-se-registraron-el-ano-pasado-en-el-pais>
- Poder Judicial (2016). Informe de personas fallecidas en Costa Rica por suicidio durante el 2016. Costa Rica
- Poder Judicial (s.f). Observatorio de Violencia de Género contra las Mujeres y Acceso a la Justicia. Costa Rica. Recuperado de: <https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/soy-especialista-y-busco/estadisticas/femicidio/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Universidad de Costa Rica. (2016). Atlas de Desarrollo Humano Cantonal. San José: PNUD-UCR. Disponible en: <http://desarrollohumano.or.cr/mapa-cantonal/index.php>
- Programa Estado de la Nación. (2017). Sexto informe estado de la educación. San José: CONARE. Disponible en: <https://www.estadonacion.or.cr/educacion2017/assets/ee6-informe-completo.pdf>
- SICA (2019). Plan Estratégico Regional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana 2019- 2023. San Salvador.
- UNICEF (2011). Datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. San José: UNICEF. Disponible en: [https://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_MICS\\_2011.pdf](https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_MICS_2011.pdf)
- UNICEF (2018). Informe Anual de Costa Rica. Costa Rica. Recuperado de: [https://unicef-my.sharepoint.com/:p:/g/personal/jmadrigal\\_unicef\\_org1/ERWxCUzsGSBNp0D8hbDqugkBPsvJGRonzCQNXLGtPWtcQ?rttime=ihGo93Qb10g](https://unicef-my.sharepoint.com/:p:/g/personal/jmadrigal_unicef_org1/ERWxCUzsGSBNp0D8hbDqugkBPsvJGRonzCQNXLGtPWtcQ?rttime=ihGo93Qb10g)

## XI. ANEXOS

### *Anexo 1* *Instrumentos para análisis de Áreas estratégicas*

Listado de acciones estratégicas de la Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente

Acciones estratégicas: Estrategia Mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente
<b>1. Liderazgo en los países</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reforzar los vínculos entre los dirigentes políticos y administrativos</li><li>▪ Reforzar las capacidades de liderazgo y de gestión</li><li>▪ Fomentar la rendición de cuentas por múltiples partes interesadas y la supervisión</li></ul>
<b>2. Financiamiento para la Salud.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Movilizar recursos suficientes y sustanciales</li><li>▪ Velar por el buen aprovechamiento de los recursos aumentando al mismo tiempo la protección financiera de las mujeres, niños y los adolescentes pobres.</li><li>▪ Adoptar enfoques de financiamientos integrados e innovadores.</li></ul>
<b>3. Resiliencia de los sistemas de salud.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Equipar al personal sanitario de todo el mundo para que pueda proporcionar atención no discriminatoria y de calidad.</li><li>▪ Preparar a todos los componentes del sistema de salud a afrontar las emergencias</li><li>▪ Lograr la cobertura universal de intervenciones sanitarias y productos básicos que salvan vidas.</li></ul>
<b>4. Potencial de las personas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Invertir en salud y desarrollo en la primera infancia y en la adolescencia</li><li>▪ Apoyar a las mujeres, los niños y los adolescentes como agentes del cambio.</li><li>▪ Eliminar los obstáculos para la realización del potencial de las personas y para protegerlas contra la violencia y la discriminación.</li></ul>
<b>5. Participación de la comunidad</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promover leyes, políticas y normas sociales que fomenten la salud de la mujer, el niño y el adolescente</li><li>▪ Reforzar la acción incluyente de la comunidad para reconocer los papeles que desempeñan los diferentes grupos.</li></ul>

- Velar por que todas las mujeres y niñas puedan participar plenamente e implicar a los hombres y los muchachos en los programas sanitarios

#### **6. Acción multisectorial**

- Adoptar un enfoque multisectorial para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y adolescentes.
- Reforzar la gobernanza y la capacidad para facilitar la acción multisectorial y la colaboración intersectorial
- Llevar a cabo un seguimiento del impacto de la acción multisectorial y la colaboración intersectorial en la salud y el desarrollo sostenible.

#### **7. Entornos humanitarios y frágiles**

- Apoyar el uso de evaluaciones de los riesgos sanitarios y de una programación basada en los derechos humanos y las consideraciones de género para atender mejor las necesidades de protección de las mujeres, los niños y los adolescentes en los entornos humanitarios.
- Integrar plenamente la respuesta ante emergencias en los planes de salud y suministrar intervenciones sanitarias esenciales.
- Resolver las dificultades que surjan en la transición de los entornos humanitarios al fomento del desarrollo sostenible.

#### **8. Investigación e innovación**

- Invertir en una amplia variedad de investigaciones priorizando las necesidades y capacidades locales
- Vincular las evidencias con la políticas y las prácticas
- Ensayar y ampliar las innovaciones

#### **9. Rendición de cuentas por los resultados, el uso de recursos y la observancia de los derechos**

- Armonizar el seguimiento y la presentación de informes
- Reforzar el sistema de registro civil y estadísticas vitales
- Promover la intervención de múltiples partes interesadas en las etapas de seguimiento, examen y adopción de medidas

**Anexo 2.**  
**FODA CIAMA, 2017**

**Fortalezas y debilidades**

	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
1	Amparo jurídico y legal del quehacer del Consejo.	Falta de claridad sobre el rol del Consejo porque el marco jurídico es débil y falta el reglamento
2	Facultad del Consejo para gestionar, captar y recibir recursos externos por medio del Ministerio de Salud.	Representantes ante el Consejo poseen un perfil técnico y no tienen, en la mayoría de los casos, suficientes atribuciones para la toma de decisiones.
3	Estructura interinstitucional e intersectorial que permite el establecimiento de políticas, programas y acciones integrales.	Falta de reglamento vigente y existencia de Ley desactualizada e incompleta
4	Posicionamiento del Consejo en las estructuras de organización institucional.	No se cuenta con un sistema de información único sobre la situación de la población de madres adolescentes y sobre las acciones institucionales y resultados.
5	El Consejo cuenta con sustento teórico para respaldar las decisiones y acciones futuras en pro de la población de madres adolescentes.	Ausencias de las integrantes del CIAMA por recarga de funciones institucionales y de coordinación y por falta de designación de las personas suplentes para mantener la participación activa
6	Reconocimiento de la necesidad de evaluar la labor del Consejo, detectar sus debilidades legales y de operación y redefinir su misión.	Cambios de la representatividad en algunas instituciones
7	Involucramiento de miembros del Consejo en el proceso de planificación estratégica.	Planeación de actividades a veces con poca antelación lo que afecta la participación porque ya se tienen programadas otras actividades.
8	Algunas instituciones integrantes tienen prioridad en el trabajo con adolescentes embarazadas y madres y cuentan con programas específicos para esta población	Falta seguimiento a las acciones, tareas y metas propuestas en el plan
9	Experiencia de instituciones integrantes en el diseño de políticas y ejecución de programas sobre sexualidad integral dirigida a niñas(os), adolescentes, adolescentes embarazadas y madres adolescentes.	No contar con las referencias de las instituciones de conforman el CIAMA

	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
10	Algunas instituciones integrantes tienen contacto con la población.	
11	Algunas instituciones integrantes cuentan con estadísticas de la población de madres adolescentes.	
12	Con el Plan se logró posicionar el tema en las instituciones y a nivel nacional	
13	Consolidación de un equipo trabajo interinstitucional	
14	Reconocimiento del CIAMA como estructura colegiada creada por ley	
15	Convenios interinstitucionales	
16	Ampliación de la cobertura de trabajo a los niveles regionales	
17	Amplia experiencia de la temática por parte de la coordinadora del CIAMA y excelentes relaciones con organismos internacionales para el establecimiento de alianzas estratégicas.	
18	Esfuerzos sostenidos y permanentes para favorecer la sensibilización a nivel de la sociedad, del embarazo en la adolescencia como una problemática por resolver	
19	El CIAMA se ha posicionado como un ente responsable y comprometido en la realización de la tarea que lo convoca, por lo que cada vez más se le demanda su criterio técnico	
20	Compromiso de los miembros del CIAMA para el cumplimiento de los objetivos	
	Referencias de las adolescentes Madres al INA, para capacitación técnica de las instituciones que conforman el CIAMA	
	Programación de talleres de capacitación a las personas funcionarias INA.	
	Se cuenta con presupuesto asignado para la actividad del 26 setiembre, en conmemoración del día de la prevención del embarazo en la adolescencia	

#### **Oportunidades y Amenazas**

	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
1	Existencia de políticas gubernamentales, sectoriales y de población que comprenden a adolescentes madres y embarazadas.	Mitos y estereotipos sobre la sexualidad que necesitan ser abordados. Prevalencia en nuestra sociedad de paradigmas negativos sobre adolescencia y sexualidad, que no favorecen esta población y una pobre inserción del tema integral.

	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
2	Existencia del Consejo de Niñez y Adolescencia.	La representación es de carácter técnico y falta decisión política
3	Existencia del Consejo de la Persona Joven.	Las políticas y Programas dirigidas a esta población es de interés del gobierno de turno
4	Existencia de acciones para prevenir el embarazo en la adolescencia y brindar una adecuada atención a la madre adolescente	Medios de comunicación favorecen los mitos estereotipos respecto del tema de sexualidad, del embarazo y de la población adolescente.
5	Se ha elevado a agenda pública la temática de madre adolescente	Diferencias ideológicas que interfieren en materia de prevención y atención del embarazo en la adolescencia.
6	Existencia del PANI como ente rector en la defensa los derechos de la niñez y adolescencia.	Existencias de diferentes consejos pero sin articulación
7	Existencia de equipos técnicos capacitados según mandato de cada institución, en la temática de madres adolescentes.	Carencia de programas que apoyen y ayuden adolescentes para la crianza de sus hijos (as), a desarrollo socioeconómico
8	Establecimiento de una Dirección de Planificación Estratégica dentro del Ministerio de Salud con funciones de seguimiento y monitoreo de planes de consejos, comisiones e instituciones vinculadas a cargo de la dirección	Mal manejo de los medios de comunicación sobre adolescentes.
9	Elaboración del Plan de Acción y la posibilidad de incorporar el abordaje de Adolescente madre	Movimiento social conservador sobre sexualidad y embarazo y adolescencia.
10	Existencia de investigaciones y estadísticas de experiencias exitosas en el tema desarrolladas en el país	Exceso de leyes que dan creación a diferentes estructuras que demandan tiempo a las instituciones y limita asistencia a reuniones
11	Marco jurídico amplio y con enfoque de derechos que puede complementar los vacíos y debilidades de la Ley de Protección a la Madre Adolescente.	Diferencias conceptuales y legales con respecto a la edad de la población meta

	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
12	Existencia de ONG comprometidas en apoyar acciones orientadas a las adolescentes embarazadas y madres.	Crisis presupuestaria de las instituciones
13	Prioridad del tema en otras instancias de Gobierno	Directrices de restricción del gasto
14	Los proyectos afines al tema en ejecución que potencializan el trabajo local (MESOAMERICA) familias fuertes, academias de crianza y Unidades móviles del PANI	Desconocimiento por parte de algunos sectores de la existencia de este órgano.
15	Los acuerdos del Consejo que posibilitan acciones a seguir	Utilización del CIAMA para efectos meramente de politiquería por parte de gobiernos de turno
16	Interés como país de bajar las estadísticas del embarazo en la adolescencia	No contar con las estadísticas para la rendición de cuentas a las diferentes instancias que lo solicitan.
17	Interés de organismos por establecer alianzas de trabajo con el CIAMA	Falta conocimiento en el tema de la normativa nacional en el tema de la atención prioritaria de la población adolescente.
18	Prestigio ganado a nivel de instituciones y otros organismos privados.	Agendas de trabajo muy saturadas que afectan la participación de la totalidad de los miembros en las actividades
19	Inclusión del tema adolescente y embarazo adolescente en la agenda política	Inequidades entre los diferentes grupos poblacionales de adolescentes sin ser abordadas de acuerdo a su realidad
20	Adolescentes Madres capacitadas en programas de formación con los apoyos complementarios articulados por las instituciones que conforman el CIAMA.	
21	Talleres de sensibilización a la población funcionaria INA, para fortalecer el tema de la atención y selección de la población adolescentes madres con interés de capacitación técnica.	

**Aportes técnicos de funcionarios de las siguientes entidades**

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD

PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA

INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

CONSEJO NACIONAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

CONSEJO INTERINSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A LA MADRE ADOLESCENTE

FUNDACION MAPFRE-PROYECTO DANIEL

Ministerio  
de **Salud**  
Costa Rica

