

**RESOLUCIÓN No. 371**De 27 de junio de 2024

Que aprueba las Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes.

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá establece como función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, que aprueba el Código Sanitario de la República de Panamá, establece que la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, es la instancia técnico-administrativa que le corresponde las funciones nacionales de salud pública de carácter normativo y regulador.

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud, que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado. Como Órgano de la función ejecutiva, el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Estado. 12356890'

Que la Ley 15 del 6 de noviembre de 1990, Por la cual se aprueba la convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989 establece que los Estados parte reconocen el derecho del niño incluyendo a la persona adolescente al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Que la Ley 285 del 15 de febrero de 2022 que crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia y dicta otras disposiciones reordena las instituciones competentes para garantizar los derechos de la niñez y adolescencia y establece niveles de gobernanza dentro del engranaje gubernamental para la ejecución de las políticas y acciones enfocadas en el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia dentro del territorio nacional, independientemente de su país de origen y procedencia, y a todos los nacionales que se encuentren en el extranjero

Que el Decreto Ejecutivo No. 75 de 27 de febrero de 1969, por el cual se establece el estatuto orgánico del Ministerio de Salud, señala que entre sus funciones generales se encuentra la de mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intrainstitucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnicos administrativos, y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar la atención al grupo poblacional de los y las adolescentes, comprendido entre los 10 y 19 años, deben tomarse las medidas administrativas que permitan cumplir con los compromisos tanto nacionales como los internacionales.

Que en consecuencia,

Resolución No. 371 de 27 de junio de 2024.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR las Normas Técnicas Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y sus anexos.

SEGUNDO: INSTRUIR a todas las Instalaciones de salud públicas, privadas y organismos no gubernamentales, en la República de Panamá que prestan servicios de salud a los y las adolescentes, en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, la obligatoriedad de la aplicación de las Normas Técnicas Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y sus anexos, aprobadas mediante la presente Resolución.

TERCERO: La Dirección General de Salud Pública a través de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia le corresponde la función de divulgar, monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las Normas aprobadas en la presente resolución.

CUARTO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


LUIS FRANCISCO SUCRE M.
Ministro de Salud



FIEL COPIA DE SU ORIGINAL



DIRECTOR DE LA OFICINA DE
ASESORÍA LEGAL
MINISTERIO DE SALUD



Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Salud y Atención Integral a la
Población
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD
INTEGRAL DE ADOLESCENTES

Panamá, 2024



Autoridades

Ministerio de Salud

Dr. Luis Francisco Sucre M.
Ministro de Salud

Dra. Ivette Berrío A.
Viceministra de Salud

Dr. Alessandro Ganci C.
Secretario General

Dra. Melva L. Cruz P.
Directora General de Salud Pública

Dr. Oscar E. González A.
Subdirector General de Salud de la Población

Caja de Seguro Social

Dr. Enrique Lau C.
Director General

Mgtr. Edwin Rodríguez A.
Subdirector General

Comisión Técnica Coordinadora y Editora de la Norma

Ministerio de Salud



Dra. Geni M. Hooker G.
Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dr. Edgardo de J. Ureña C.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Sección de Tamizaje Neonatal

Dr. Mario Rodríguez
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Yamilette Rivera S.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Sonia G. Trujillo M.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Amarilis Meléndez
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Sección de Tamizaje Auditivo

Dra. Mitzila Del Carmen Rosas
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Amarelis Quintero T.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Dora Polanco S.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Julia Robles de Domínguez.
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Micaela Morales de Vigil
Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Licda. Anayansi Tejada
Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Caja de Seguro Social

Dr. José Leonardo González
Jefe del Programa Materno Infantil

Dr. Hermes Pimentel
Subjefe del Programa Materno Infantil

Licda. Natividad Mendoza
Enfermera del Programa Materno Infantil



Coordinadores Regionales del Programa Nacional de Adolescencia

Dra. Wenxiu Liu	Región de Salud de Bocas del Toro
Licda. Jaqueline Obando	Región de Salud de Bocas del Toro
Dr. Manuel Samaniego	Región de Salud de Coclé
Licda. Naty Aguirre	Región de Salud de Coclé
Dra. Margarita Villarreal	Región de Salud de Colón
Licda. Sonia De Gracia	Región de Salud de Colón
Dra. Aura Sousa	Región de Salud de Chiriquí
Licda. Carol Sánchez	Región de Salud de Chiriquí
Dra. Harinder Quintero	Región de Salud de Darién
Licda. Marilyn Camaño	Región de Salud de Darién
Licda. Brenda Araúz	Región de Salud de Guna Yala
Licda. Zonia González	Región de Salud de Herrera
Licda. Gloribeth García	Región de Salud de Los Santos
Dra. Yissell Cabezas	Región de Salud de Panamá Este
Licda. Anayansi Acosta	Región de Salud de Panamá Este
Dra. Xiomara Santana	Región de Salud de Panamá Metro
Licda. Mirta Madrid	Región de Salud de Panamá Metro
Dra. Mara González	Región de Salud de Panamá Norte
Licda. Antonia Salazar	Región de Salud de Panamá Norte
Dra. Ana De León	Región de Salud de Panamá Oeste
Dra. Denia de Gómez	Región de Salud de Panamá Oeste
Licda. Evelyn Flores	Región de Salud de Panamá Oeste
Dra. Luz Stonestreet	Región de Salud de Ngäbe Bugle
Licdo. Roberto West	Región de Salud de Ngäbe Bugle
Dra. Jessica Carrizo	Región de Salud de San Miguelito
Dr. Eduardo Aizprúa	Región de Salud de Veraguas
Licda. Nelva Camaño	Región de Salud de Veraguas

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Dra. Edilma Berrío
Dr. Diego Cáceres

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Equipo Técnico

Reilly Children’s Hospital , Pennsylvania

Dra. María Gabriela Aramburu de la Guardia



INDICE

Agradecimientos..... 7

Acrónimos y abreviaturas más usadas..... 8

Glosario 9

Prólogo 13

I. Introducción 14

II. Antecedentes 15

III. Justificación..... 16

IV. Marco Legal.....17

V. Objetivos 19

VI. Ámbito de aplicación..... 20

VII. Capítulo I. Normas administrativas.....21

VIII. Capítulo II. Normas técnicas.....29

IX.Bibliografía..... 83

X Anexos.....86



AGRADECIMIENTOS

La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, a través de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, agradece el esfuerzo y la labor realizada por los técnicos de las diferentes disciplinas y niveles de atención del sector salud y los representantes de diversas Instituciones Estatales, que contribuyeron en la actualización de estas normas para el bienestar y la salud de los adolescentes.

Muy especialmente, agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas por su apoyo técnico y por el manejo de los Fondos de Tabaco, igualmente a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud por el soporte técnico brindado.





ACRÓNIMOS / Abreviaturas más usadas

Acrónimos	Definición
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud
CAP	Conocimiento, Actitudes y Práctica
CSS	Caja de Seguro Social
CONIPREVINNA	Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia contra niños, niñas y adolescentes
COVID	Enfermedad por Coronavirus de 2019
DGSP	Dirección General de Salud Pública
DIGEDECOM	Dirección General para el Desarrollo de la Comunidad
ENSPA	Encuesta Nacional de Salud de Panamá
IMC	Índice de Masa Corporal
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
REGES	Registros y Estadísticas de Salud
SEIS	Sistema Electrónico de Información de Salud
SENADIS	Secretaría Nacional de Discapacidad
SENNIAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
SSAA	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SURCO	Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



GLOSARIO

Acceso oportuno: Es la posibilidad de que un adolescente obtenga los servicios que demanda en el momento y el lugar que lo necesite, en suficiente cantidad y calidad.

Acceso universal: Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades.

Adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años.

Adolescente: Son personas entre los 10 a 19 años. Usualmente para facilitar su estudio se subdivide según edades en dos fases: entre los 10 y 14 años y entre los 15 y los 19 años. En la primera, se inician los procesos propios de la pubertad, la formación de hábitos y se moldea la personalidad con el apoyo de los recursos psicológicos y sociales obtenidos en el crecimiento previo. En la segunda, se fijan o afianzan los procesos iniciados en la primera.

Atención integral a las personas adolescentes: Es el conjunto de acciones coordinadas y dirigidas a este grupo humano y el medio en que viven, estudian y trabajan. Es proporcionada por un equipo interdisciplinario que acompaña los procesos de crecimiento y desarrollo normales y atiende cualquier problemática que las personas adolescentes presenten, independientemente si se origina o se manifiesta en la esfera biológica, psicológica o social. La integralidad contempla además de la combinación de acciones de prevención primordial (promoción de la salud y apoyo al desarrollo humano), prevención, tratamiento primario (educación para la salud y protección específica), prevención secundaria (detección precoz y oportuna) y prevención terciaria (rehabilitación). De esta forma, los dos primeros niveles, fomentan y educan para fortalecer su desarrollo integral, con el objeto de que pueda mejorar su funcionamiento físico, mental y social. Los siguientes niveles contribuyen a la detección oportuna y al tratamiento temprano de los trastornos. También se contemplan acciones de rehabilitación cuando estas son requeridas.

Autoconcepto: Es la percepción subjetiva que tenemos de nosotros mismos. Es decir, se trata sobre lo que uno piensa, cree y evalúa (tanto de manera positiva como negativa) acerca de las habilidades, competencias, características, limitaciones y valores propios, entre otros aspectos que conforman nuestra identidad.

Autoestima: Es el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Cartera de servicios: Se refiere a la relación pormenorizada de la clase / tipo y cantidad de servicios sanitarios que pueden ser prestados a la población y al ambiente por parte de una instalación de salud.

Confidencialidad: Es el marco ético en que se establecen las relaciones entre el personal de salud y el usuario de los servicios de salud, garantizando el respeto y la discreción o reserva en el manejo de la información íntima, confiada, en el momento de la atención, siempre que ello no represente riesgos para la salud del usuario. Caso contrario, el prestador del servicio podrá revelar la información a las personas que el usuario autorice o a las madres, padres o tutores de menores de edad.

Deberes Sexuales y Reproductivos: Garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, entre adultos y menores, lográndose que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible.

Derechos Sexuales y Reproductivos: Son los derechos de todas las personas y parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los embarazos y el intervalo de estos, así como a disponer de la información y de los medios para ello. Asimismo, es el derecho que tiene todo ser humano a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Estándar de calidad: Es una declaración de un determinado nivel de calidad en la prestación de los servicios, que se requiere para satisfacer las necesidades de los beneficiarios. Un estándar define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos necesarios para que se proporcionen servicios de salud seguros, equitativos, aceptables, accesibles, eficaces y apropiados para las personas adolescentes.

Grupos claves: Son grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local.

Género: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Instalación de salud: Estructura física donde se brindan servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación a la población y al ambiente.



Primer nivel de atención. Es un nivel de organización, cuyas instalaciones tienen diferentes grados de complejidad, ofreciendo servicios de atención integral a la población y al medio ambiente, que en materia de salud trata de resolver los problemas biopsicosociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Promoción de la salud: “Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”. (OPS/SBS Canadá/ACSP-Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986:1).

Red de servicios: Es el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para la provisión de servicios, según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo con un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

En Panamá se reorganiza la Red de Servicios mediante la Resolución N°487 del 24 de junio de 2019 por el MINSA, para facilitar el acceso y la cobertura a los servicios de salud, de manera continua, con calidad y calidez en la atención, centrado en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

Salud Mental: Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Salud Integral: Es el estado de pleno bienestar físico, mental, económico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La salud integral se concibe como el resultado positivo de las interrelaciones dinámicas de los sistemas biológico, psicosocial y medio ambiental de desarrollo socioeconómico, la cultura, el ambiente y la participación ciudadana. Este concepto lleva implícito que la salud es un producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica.

Salud Sexual y Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos e implica la capacidad de disfrutar una vida sexual con amor, ternura y respeto, sin riesgos y el derecho a la información o decidir sobre



la procreación, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y a recibir una calidad de atención de salud sexual y reproductiva que garantice una salud con bienestar de las personas.

Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA): Es un modelo de servicio integral basado en las demandas y necesidades de salud de los adolescentes. Espacios amigables donde se establece un vínculo entre las personas adolescentes y los proveedores de salud, caracterizado por contar con: personal capacitado, trato confidencial con respeto, sin juzgar o sancionar, entorno físico agradable, horarios flexibles, intervenciones de calidad y enfoque de derecho, género e interculturalidad.

Segundo nivel de atención: Es el nivel de organización de atención intermedio que se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria; es decir de tratamiento oportuno de problemas que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención.

Sistema de referencia y contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención de los usuarios, transfiriéndolo entre los servicios de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno de los usuarios a la instalación de origen.

Tercer nivel de atención: Es el nivel de organización que desarrolla actividades de atención de salud integral especializada para resolver problemas de salud que requieren alto grado de instrumentación.

Violencia: Según OMS es “El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.



PRÓLOGO

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud y autoridad sanitaria nacional, tiene la responsabilidad de brindar lineamientos orientados al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población adolescente de nuestro país, a los establecimientos y proveedores de salud del sector público y privado, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y comunidad en general.

Las personas adolescentes conforman un grupo poblacional en el cual no siempre sus derechos a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos han estado garantizados. Corresponde a la autoridad sanitaria, adecuar la atención que brinda el sistema de salud de tal forma que garantice el cumplimiento de estos derechos humanos, ya que la salud integral de este grupo contribuirá a hacer posible el desarrollo social, político y económico de nuestro país.

Con la intención de incorporar nuevas disposiciones a la luz de la evidencia científica y sobre la base de los instrumentos legales a nivel nacional y los compromisos internacionales asumidos por nuestro país en materia de derechos humanos, interculturalidad, equidad e igualdad de género, se procedió a la revisión y actualización de la Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes.

Esta Norma se fundamenta en la consideración que las personas adolescentes son sujetos de derecho y como tales, ciudadanos con responsabilidad en la gestión, monitoreo y evaluación de acciones de conservación de su salud y la del ambiente.

El Ministerio de Salud presenta y pone a disposición esta Norma a los proveedores del Sector Salud, proveedores de otras Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, sociedad civil y comunidad en general que, de una manera integral, trabajan por el bienestar y desarrollo de la población adolescente. Esperamos que las mismas ayuden a optimizar la calidad y calidez de la atención ofertada a este grupo de edad.

Ministro de Salud
Luis Francisco Sucre M.



I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, entre la niñez y la adultez y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales las cuales marcan dinámicas, necesidades y capacidades diferenciadas, frente a las que es imperativo que el Estado proporcione y mantenga una oferta de salud integral.

La Organización Mundial de la Salud sitúa la adolescencia entre los 10 y 19 años, agrupados, en termino de grupos de edad y para efectos de la planificación, en dos subetapas: 10 a 14 años, adolescencia temprana y 15 a 19 años, adolescencia propiamente dicha. Durante la adolescencia se cumplen tareas específicas de desarrollo que culminan con la adquisición de una identidad personal, social, sexual y reproductiva; se establecen competencias para la vida que hacen posible la autonomía de la salud. A fin de apoyar este proceso de desarrollo, respetando la diversidad cultural de los adolescentes, es preciso identificar intervenciones efectivas y comprobadas científicamente, que favorezcan la toma de decisiones acertadas en salud, la adopción de estilos de vida saludables y en armonía con su ambiente entre la población adolescente.

El reconocimiento de que la salud de las personas adolescentes es un elemento básico para el desarrollo de los países en América, representa un cambio significativo que deberá tener un impacto importante en la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo, ya que las personas adolescentes constituyen un grupo vulnerable desde el punto de vista social, económico y de salud. La adolescencia demanda por parte de los establecimientos y proveedores de los servicios de salud, una serie de acciones tendientes a promover su desarrollo integral y garantizar sus derechos a la salud y a sus derechos sexuales y reproductivos, atendiendo sus inequidades de acceso a la salud, especialmente a aquellas relacionadas con las inequidades socioeconómicas, de género, raza, etnia, diversidad y generacionales, enfatizando en aspectos biopsicosociales y en la promoción de condiciones sociales que faciliten la adquisición de competencias para su salud física, mental y con énfasis en su salud sexual y reproductiva para la transformación de su ambiente físico y cultural.

De acuerdo con las necesidades de este grupo, el Ministerio de Salud ha reconocido la importancia de proteger y promover los derechos de las personas adolescentes a la educación, información, comunicación y servicios; reconociéndolos como personas con autonomía para la toma de decisiones, a quienes debe respetarse su integridad corporal y diversidad, así como promover la disminución de las inequidades de acceso a sus derechos humanos.

El presente documento establece las normas técnicas y administrativas para cumplir con la atención de las personas adolescentes del país y establece mecanismos de coordinación con otras instancias involucradas en la prestación de servicios a este grupo poblacional.





II. ANTECEDENTES

El Estado panameño, a través de la Constitución de la República del año 1972 y de otras normativas jurídicas vigentes, ha establecido las bases legales que sustentan la atención integral del adolescente. Desde la década del 70, el Ministerio de Salud (MINSa) ha manifestado gran preocupación por la atención a las personas adolescentes y desde entonces realiza acciones, básicamente de educación y promoción dirigidas a dar respuesta a la problemática de Salud de este grupo de poblacional. En 1979 el MINSa elaboró el primer documento de trabajo que sirvió de marco de referencia para el Subprograma de Salud y Juventud; desde su creación, se inicia la coordinación interinstitucional (Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Gobierno y Justicia [Tribunal Tutelar de Menores], Instituto Panameño de Habilidadación Especial, Universidad de Panamá, antiguas Fuerzas de Defensa, DIGEDECOR, Instituto de la Cultura [INAC], Instituto de Deporte [INDE], Movimiento de Niñas Guías). Durante el año de 1982 adquiere la denominación de Programa de Salud Integral del Adolescente bajo la dirección del Departamento Materno Infantil con lo que se impulsan actividades dirigidas a la población adolescente. En 1986 se inició la revisión del Programa de Salud Integral del Adolescente. Al año siguiente se conformó la Comisión Interinstitucional de Salud del Adolescente, con la participación de la Caja de Seguro Social y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Desde entonces, en muchos de los establecimientos de salud del país, se desarrollan actividades dirigidas a ofrecer la mejor calidad de atención a las personas adolescentes. Por lo que se han realizado una serie de investigaciones entre las que mencionamos las siguientes:

- Análisis sociológico de la sexualidad en la Adolescencia, estudio realizado en tres colegios de la capital. 1980.
- Encuesta sobre comportamiento sexual del adolescente y jóvenes panameños de 15 a 24 años en las áreas urbanas como rurales en la provincia de Panamá. 1984.
- Investigación epidemiológica sobre Consumo de sustancia psicoactivas en adolescentes de 12 a 18 años. Estudio realizado en los cuartos de urgencias de los hospitales de 11 regiones de salud. 1996.
- Aspectos psico-sociales del Embarazo en Adolescentes en Curundú. 2000.
- Evaluación del Carácter de Amigabilidad de los Servicios que oferta el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente en Panamá. 2005.
- Situación Actual de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes en Panamá. 2010.

La 42ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud en 1989 y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990 establecieron en resoluciones y metas, la importancia de la salud de los adolescentes y de los jóvenes. En septiembre de 1992, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXXVI Reunión, aprobó una resolución donde se insta a los Gobiernos Miembros a desarrollar o fortalecer las iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente y además se destaca la enorme contribución que los jóvenes pueden hacer al futuro de América.

El modelo de atención para adolescentes está basado en Decreto Ejecutivo No. 420 del 12 de diciembre de 2018, que establece el Modelo de Atención de Salud de Panamá.



Las medidas de distanciamiento social, confinamiento, cierre de escuelas, aislamiento intrafamiliar producto de la pandemia del COVID-19 impactó negativamente a los adolescentes, generándole emociones como ansiedad, estrés, depresión e incertidumbres, los cuales incidieron en el bienestar y la salud mental de los adolescentes. Según la OMS de no atender estos factores desencadenantes de crisis esto podría extenderse a la etapa adulta, impidiéndole llevar una vida plena.

En Panamá se han venido implementando los servicios amigables para adolescentes como un modelo de atención especial para adolescentes denominada Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA). Actualmente está en más de 130 instalaciones entre el Ministerio de Salud (100) y de la Caja de Seguro Social (30), ofreciendo una alternativa diferenciada para la atención de los adolescentes respetando todos los principios de los derechos del niño.

III. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes constituyen uno de los pilares básicos de la sociedad no solo por su número, sino por las potencialidades y capacidades para el desarrollo presente y futuro del país. Lo cual justifica la imprescindible inversión necesaria en la edificación de este capital humano. Según cifras preliminares del Censo de población y vivienda del 2023, la población censada fue de 4,064,780 habitantes, de los cuales el 16.8% eran personas adolescentes. Este grupo poblacional requiere de atención e intervenciones que les faciliten su crecimiento y desarrollo de manera que puedan incorporarse a la sociedad de manera integral.

Según estadísticas del MINSA para el año 2021, en el grupo de 10 a 14 años se presentaron las siguientes morbilidades: Rinofaringitis aguda (resfriado común), Gastroenteritis y colitis de origen no especificado, Infección debida a Coronavirus, sin otra especificación, Obesidad no especificada y Parasitosis intestinal, sin otra especificación. Para el grupo de 15-19 años las cinco primeras causas de morbilidad fueron: Infección de vías urinarias sitio no especificado, Infección debida a Coronavirus sin otra especificación, Rinofaringitis aguda (resfriado común), Gastroenteritis y colitis de origen no especificado, Gastritis no especificada.

La mortalidad en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años fue de 0.3 por 1,000 habitantes y en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años fue de 0.7 siendo las causas más frecuentes en el grupo de 10 a 14 años: Leucemia, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, ahogamiento y sumersión accidentales, agresiones y lesiones autoinfligidas intencionalmente (MINSA 2021). Para el grupo de 15 a 19 años, las cinco primeras causas de mortalidad fueron: agresiones, ahogamiento y sumersión accidentales, lesiones autoinfligidas intencionalmente, leucemia y malformaciones congénitas. (MINSA 2021).

Según estadísticas del Ministerio de Salud durante el año 2021 se consigna un total 32,611 embarazadas de las cuales 404 están en el grupo etario de 10 a 14 años y 7,223 de 15 a 19 años, haciendo un total de 7,627 embarazadas adolescentes lo que representa un 23.4% de la cobertura total.

Datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología/Vigilancia del ITS/VIH/Sida/MINSA-2021, los adolescentes son vulnerables a adquirir ITS y VIH/SIDA por factores de riesgo como desconocimiento, sexo temprano, drogadicción, desigualdad social y de género y mitos. Las ITS que presentan nuestros adolescentes son: Linfogranuloma



Inguinal venéreo (25%), Granuloma inguinal (25%), Herpes genital (23%), Chancro blando (20%) y Gonorrea (15.2%). Entre los adolescentes de 10 a 19 años, el (6.1%) de estos ha contraído el VIH/Sida.

Según la encuesta (ENSPA 2019), el Trabajo Infantil o remunerado fuera de casa en el grupo de niños y adolescentes es de 2.5%.

IV. MARCO LEGAL

Para la protección y cuidado de la salud integral de la niñez y adolescencia nuestro país cuenta con un marco jurídico amplio, que respalda legalmente la ejecución de las actividades de promoción, prevención, educación, información, atención, y rehabilitaciones dirigidas a este grupo poblacional.

Marco Normativo Internacional

1. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (C.I.D.N.) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989, ratificada por Panamá por medio de la Ley 15 del 6 de noviembre de 1990.

Marco Normativo Nacional

1. Constitución Política de la República de Panamá de 1972, reformada por los Actos Reformatorios de 1978, el Constitucional de 1983 y los Actos Legislativos, artículo 110, numeral 3 estipula: Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia y crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
2. Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, por la cual se aprueba el Código de Salud en su artículo 157, serán atribuciones y deberes del Departamento Nacional de Salud Pública en relación con la salud e Higiene escolar, en su numeral 3 señala impartir a los escolares atención preventiva y correctiva de defectos físicos, mentales y anormalidades, incluso la atención dental.
3. Decreto de Gabinete No.1 de 15 de enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determinó su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud.
4. Decreto de Gabinete No.75 del 27 de febrero de 1969, por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.
5. Ley 3 del 17 de mayo de 1994 por lo cual se aprueba el Código de la Familia.
6. Ley 4 de 29 de enero de 1999, por la cual se Instituye la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres.
7. Texto Único de la Ley 40 de 26 de agosto de 1999, Del Régimen Especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia.
8. Ley 42 de 27 de agosto de 1999, por la cual se establece la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.
9. Ley 3 del 5 de enero del 2000, por la cual se establece la Ley General sobre Infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Sida.
10. Ley 29 del 13 de junio de 2002, Que garantiza la salud y la educación de la Adolescente Embarazada.

11. Ley 68 del 20 de noviembre del 2003, Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.
12. Ley 14 de 2007, Que adopta el Código Penal con sus respectivas modificaciones.
13. Ley 60 de 30 de noviembre de 2016, Que reforma la Ley 29 de 2002, sobre la menor de edad embarazada y dicta otras disposiciones.
14. Ley 147 del 15 de abril de 2020, Que concede licencia para el cuidado de los niños, niñas y adolescentes con leucemia, cáncer o enfermedad degenerativa en estado grave o terminal.
15. Ley 174 de 2 de noviembre de 2020, Que establece el marco jurídico del abordaje integral de las conductas de riesgo suicida.
16. Ley 177 del 13 de noviembre de 2020, Que establece la gratuidad integral en los servicios de salud para niños y adolescentes, respecto al control, prevención y diagnóstico, en el sistema público de salud.
17. Ley 218 del 27 de abril de 2021, Que establece el marco jurídico para la atención integral de la salud bucodental para la población infantil y adolescente en la República de Panamá.
18. Ley 285 del 15 de febrero de 2022, Que crea el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia.
19. Ley 364 de 6 de febrero de 2023, Que desarrolla el derecho humano a la salud mental y garantiza su cobertura nacional.
20. Decreto Ejecutivo No. 2 del 2 de febrero de 1999, por el cual se crea la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
21. Decreto Ejecutivo No. 19 de 12 de junio de 2006, Que aprueba la Lista de Trabajo Infantil Peligroso, en el Marco de las Peores Formas de Trabajo Infantil.
22. Decreto Ejecutivo No. 39 de 30 de abril de 2014, Que crea el Comité Nacional Intersectorial para la Prevención de la Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes. (CONIPREVINNA).
23. Decreto Ejecutivo No. 1319 del 21 de noviembre de 2017, Que adopta la Norma Integral de Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes”.
24. Decreto Ejecutivo No. 420 del 12 de diciembre de 2018, Que establece el modelo de atención de Salud de Panamá.
25. Decreto Ejecutivo No. 129 del 9 de marzo de 2021, Que establece la gratuidad de los servicios de salud, en todas las instalaciones de sector público de salud administradas por el Ministerio de Salud, para las personas con discapacidad, previamente identificadas en las consultas ambulatorias.
26. Decreto Ejecutivo No. 844 de 14 de septiembre 2021, Que reglamenta algunas disposiciones de la Ley 174 de 2 de noviembre 2020, Que establece el Marco Jurídico del Abordaje Integral de las Conductas de Riesgo Suicida.
27. Resolución No. 828 del 15 de septiembre de 2009, Que adopta Las Normas Técnico-Administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad, en las Clínicas del Sistema Penitenciario.
28. Jurisprudencia: Consulta realizada a la Procuraduría General de la República, 6 de mayo de 2004, Sobre los Derechos de los Adolescentes a la Atención en Salud Sexual y Reproductiva en las Instalaciones de Salud.
29. Convenio Intersectorial de Salud Escolar y Adolescente, 1999.



V. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Ofrecer herramientas técnicas y administrativas al equipo de salud que oriente y facilite la programación, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a los adolescentes, en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, transversalizando la perspectiva de género, discapacidad y de derechos humanos.

B. Objetivos Específicos

1. Brindar a las instituciones y equipos de salud público y privado un marco normativo y regulatorio del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes, que oriente y facilite el desarrollo de procesos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención para las personas adolescentes.
2. Promover un modelo de atención que garantice el seguimiento del crecimiento y desarrollo del adolescente, respetando su integridad corporal, previniendo sus riesgos y vulnerabilidades e identificando situaciones generadoras de resiliencia.
3. Brindar a los adolescentes una red de servicios de salud amigables con atención humanizada y de calidad, que garantice el acceso sin discriminación por condición socioeconómica, raza, etnia, género ni edad, mediante actividades de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación de su salud física, mental, sexual y reproductiva.
4. Desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención integral y rehabilitación de la salud, con énfasis en la salud física, mental, sexual y reproductiva.
5. Fortalecer la gestión de servicios de atención, utilizando el sistema de referencia y contrarreferencia según nivel de complejidad.



VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta Norma se aplica en todo el territorio nacional y su uso es obligatorio en los sectores oficiales, particulares y sectores sociales que brindan atención a los adolescentes, respetando la diversidad cultural, política, religiosa, ideológica, social, económica, género y discapacidad.



CAPÍTULO I. NORMAS ADMINISTRATIVAS

I. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES

A. UBICACIÓN Y DEPENDENCIA JERÁRQUICA

El Ministerio de Salud es la institución rectora de la Salud Pública en el país. La Dirección General de Salud Pública a través de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, ubicada en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es la responsable de formular, implementar, monitorear, evaluar y hacer cumplir las normas de la salud dirigidas al grupo poblacional de 10 a 19 años.

B. ORGANIZACIÓN

1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable de la atención de salud de calidad para los adolescentes en todo el país, en el cual se gestiona, diseñan, actualizan, implementan, divulgan, monitorean, supervisan y evalúan, el cumplimiento de las políticas, planes, programas y las normas de atención.

Para fortalecer las actividades dirigidas a los adolescentes se brinda asesoría a los niveles regionales y otras instancias. También se establece la coordinación con instituciones, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil.

De igual manera debe mantener actualizado el diagnóstico de la situación nacional de salud de los adolescentes y la educación permanente del recurso humano de salud, así como promover la investigación científica.

2. Nivel Regional

Representado por el Director Regional de Salud, con el apoyo de la Unidad de Gestión y del Coordinador Regional de Salud de Adolescentes, es responsable de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del Programa de Salud Integral del Adolescente en los establecimientos de salud de la región. Estas actividades se revisan con la asesoría técnica del Nivel Central.

El Coordinador, en conjunto con la unidad docente regional, es el responsable del desarrollo del programa de capacitación y actualización del personal que realiza las actividades del programa.

3. Nivel Local

Los Directores de las instalaciones de salud del Nivel Local (Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, MINSA–CAPSI, Unidades Locales de Atención Primaria en Salud (ULAPS), Sub-Centros y Puestos de Salud) con participación de todo su equipo, tienen la responsabilidad del desarrollo del programa en todos sus componentes.



El Director Médico, asegurará la adecuada y óptima utilización de las Normas por los médicos especialistas, médicos generales, odontólogos, enfermeras, técnicos en enfermería, nutricionistas, trabajadoras sociales y otros miembros del equipo de salud.

C. REGIONALIZACIÓN Y SECTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y REDES DE SERVICIOS

El país está dividido en dieciséis Regiones de Salud, con base a los criterios de accesibilidad, la capacidad física instalada de los servicios de salud y su infraestructura. La regionalización deberá permitir que la red de servicios públicos de cada región fortalezca su capacidad operativa y de gestión. Cada instalación de salud debe revisar la estructura de la red de servicios identificando los servicios a los que tiene acceso o que puede ofrecer por medio del sistema de referencia y contrarreferencias, incluyendo los servicios que son ofrecidos por otras instituciones. Cada instalación de salud deberá determinar las áreas de responsabilidad para la prestación de los servicios de salud que ofrece, incluyendo:

- *sectorización geográfica
- *población de responsabilidad
- *instalaciones educativas de responsabilidad,
- *instalaciones y servicios de soporte social donde se reciban adolescentes incluyendo albergues, centros de detención, centros para migrantes y otros.

La Red Integrada de Servicios de Salud (RISS):

La atención integral de las personas adolescentes se ejecuta siguiendo los niveles de atención y grado de complejidad establecidos por el Ministerio de Salud las cuales tienen diferentes capacidades de resolución, utilizando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SURCO).

- 1. Primer Nivel de Atención de Salud:** Se caracteriza por enfatizar la promoción de la salud, la participación social y la prevención de enfermedades. Los grados de complejidad de las instalaciones de salud para el Primer Nivel de Atención son: Puesto de Salud, Subcentro de Salud, Centros de Promoción de la Salud, Centros de Salud básicos, MINSA-CAPSI y Unidad Local de Atención Primaria en Salud (ULAPS), Policlínicas básicas/Centros de Salud con especialidades/Centros de Salud con camas.
- 2. Segundo Nivel de Atención de Salud:** Este nivel se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria. Este se constituye en el primer nivel de referencia para las instalaciones de atención de su área de responsabilidad. Para el Segundo Nivel de Atención se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud: Policlínicas especializadas, Policentros, hospitales de área, hospitales sectoriales, hospitales de crónicos.
- 3. Tercer Nivel de Atención de Salud:** Ofrece atención exclusivamente hospitalaria, con consulta externa de pre y post hospitalización. Se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud: Hospitales nacionales de referencia, generales y especializados, institutos especializados, centros nacionales especializados en salud.





D. FUNCIONES POR NIVEL ADMINISTRATIVO

A. Nivel Nacional:

1. Formular el diagnóstico de la Situación de salud de los Adolescentes en cada región de Salud y analizar los factores epidemiológicos que la determinan.
2. Integrar las acciones con el equipo multidisciplinario de este nivel.
3. Elaborar el Plan Operativo Anual (POA) siguiendo los lineamientos del Plan Nacional de Salud vigente.
4. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente el cumplimiento de las normas y procedimientos del Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.
5. Planificar y coordinar el proceso de revisión, actualización e implementación de las Normas.
6. Asesorar al personal técnico del nivel regional, local, otras instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, en la implementación de las normas.
7. Gestionar y facilitar procesos de capacitación continua del recurso humano en los componentes del Programa.
8. Promover y participar en el desarrollo de investigaciones científicas, etnográficas y documentos técnicos relacionados con la salud de la adolescencia.
9. Promover y coordinar el desarrollo de acciones conjuntas con participación interdepartamental, interinstitucional e intersectorial.
10. Asesorar la formulación y evaluación de proyectos que se generen en los niveles regionales y locales dirigidos al adolescente.
11. Elaborar y difundir material educativo sobre salud integral del adolescente, su familia y la comunidad.
12. Promover la aplicación de las políticas y normas dirigidas a las personas adolescentes.
13. Realizar reuniones periódicas con los coordinadores regionales para la actualización y monitoreo de las acciones del programa.
14. Coordinar entre los diferentes programas interdisciplinarios, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y otras, las actividades de prevención, promoción y atención integral relacionadas con las personas adolescentes.
15. Coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, Ministerio de Educación, SENNIAF, MIDES , el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes, entre otros.
16. Rendir cuentas a través de informes programáticos a las autoridades.

B. Nivel Regional:

1. Las Regiones de Salud tienen la responsabilidad de la ejecución del programa en las instalaciones de salud de su área de responsabilidad y obtener el máximo rendimiento de los recursos.
2. Coordinarán el desarrollo de las actividades del programa de acuerdo con las normas:

- a) Planificar, capacitar, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar el desarrollo del programa.
 - b) Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento del Plan Operativo Anual vigente.
 - c) Realizar el análisis de la situación de la adolescencia en conjunto con los equipos locales, participación de los adolescentes y la comunidad.
 - d) Realizar actividades de promoción de la salud integral a la población adolescente de la región.
 - e) Coordinar estrategias de intervención interdepartamental, interinstitucional e intersectorial con organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.
 - f) Proporcionar asesoramiento técnico a los niveles locales.
 - g) Identificar y gestionar las necesidades de recursos humanos, insumos y equipos.
 - h) Promover la organización de grupos activos de adolescentes y coordinar con otros grupos organizados de la comunidad.
3. Establecer la coordinación entre los programas interdisciplinarios relacionados con la adolescencia.
 4. Elaborar y entregar informes a la Coordinación Nacional sobre el funcionamiento del programa semestral y anualmente.
 5. Coordinar entre los diferentes programas interdisciplinarios, fundaciones, organizaciones no gubernamentales y otras, las actividades de prevención, promoción y atención integral relacionadas con las personas adolescentes.
 6. Establecer la coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, Ministerio de Educación, SENNIAF, MIDES, el Programa Regional de Salud Integral de Adolescentes, entre otros.

C. Nivel Local:

1. El Director Médico:
 - a) Es el responsable del funcionamiento y de lograr los resultados esperados en el Programa de Salud y Atención Integral de Adolescentes. Este incluye: planificar, ejecutar, evaluar y reformular acciones, planes y programas para satisfacer las necesidades de salud del adolescente.
 - b) El Director Médico designará un Coordinador local del Programa de Adolescentes, sin que esto lo exima de su responsabilidad directa del cumplimiento del programa.
2. El equipo de salud:
 - a) Estará conformado por profesionales de la salud: médico, personal de enfermería, personal de promoción de la salud, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, personal de REGES y otra especialidad médica que pueda ser ofertada.
 - b) Este nivel es el responsable de satisfacer las necesidades de salud del adolescente, así como de prevenir y corregir los daños mediante la atención directa.
 - c) Las funciones del equipo de salud son: atender, organizar, programar, ejecutar, monitorear, evaluar e informar las acciones de atención integral de las personas adolescentes según se establece en esta norma. Para ello, contará con la



participación representativa de adolescentes en las diferentes etapas de los procesos.

- d) Desarrollar actividades de educación continua del recurso humano que brinda atención a las personas adolescentes.
- e) Elaborar y entregar informes a la Coordinación Regional sobre el funcionamiento del programa de forma semestral y anualmente.

II. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA ATENCIÓN DE LOS ADOLESCENTES

A. Principios

1. **Integralidad:** Implica un derecho de las personas adolescentes a ser respetados como personas y ser atendidos integralmente en su salud y desarrollo; es decir, en sus múltiples dimensiones, biológica, psicológica, social, cultural, económica e íntimamente relacionada con el ambiente y su entorno. La integralidad, considera la salud de las personas adolescentes como un proceso continuo dentro del curso de vida, siendo necesario un sistema de salud organizado y articulado en distintos niveles de complejidad y entre varios sectores. Para ello, es indispensable que se fortalezca la interdisciplinariedad en la labor cotidiana de aquellos funcionarios que trabajan con personas adolescentes. El modelo de atención debe trascender el enfoque biomédico curativo e incorporar el concepto de salud integral e integralidad en la atención con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, utilizando como eje integrador el crecimiento, desarrollo y la sexualidad como parte indivisible de su vida e identidad.
2. **Autonomía:** Es un derecho de los adolescentes a tomar decisiones sobre su salud en relación con la información clara y precisa. Durante este periodo de la vida, el adolescente alcanza competencias como sujeto moral para tomar sus propias decisiones sobre todo aquellas vinculadas a su salud y especialmente a su salud sexual y reproductiva, teniendo derecho a no recibir discriminaciones o sanciones morales de otras personas, las cuales serían contrarias a una ética autonómica.
3. **Confidencialidad:** La atención de las personas adolescentes debe respetar su derecho a la privacidad y confidencialidad, como garantía de calidad de atención. Se informará a la persona adolescente y/o a sus acompañantes, de este derecho que goza. Se propiciará que la atención se brinde en un espacio privado, donde prime el respeto del equipo de salud hacia las personas adolescentes.
4. **Autonomía progresiva:** Es el reconocimiento y respeto del derecho de las personas adolescentes a tomar decisiones sobre su salud y especialmente su salud sexual y reproductiva. Implica acompañarlo de forma responsable, acorde con el grado de madurez y competencia de la persona adolescente, respetando sus valores y opciones personales, durante el proceso de dar su consentimiento o asentimiento libre e informado sobre su salud.
5. **Intersectorialidad:** Consecuente con los principios de integralidad, asumimos que el objetivo fundamental, de promover el desarrollo humano, no puede ser alcanzado con acciones realizadas exclusivamente por el sector salud. Este principio debe acompañarse de un trabajo coordinado y coherente con otros sectores como Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ONG,



universidades, iglesias u otros sectores de la sociedad civil. Las actividades pueden ser multidisciplinarias con participación de los grupos claves que están relacionados con la temática de los adolescentes.

6. **Gradualidad:** Las acciones dirigidas a este grupo poblacional, deberán realizarse en forma acorde a la etapa evolutiva del adolescente, sobre todo en lo relativo a información y educación, haciendo diferencias según grupos de edad, sexo, género, desarrollo cognitivo, marco valórico, como a nivel individual.

B. Enfoques

1. **Curso de vida:** Reconoce a la salud como un continuo en la vida de las personas, valorando cada etapa de la vida y sus desafíos particulares. Considera la salud como un componente clave para el desarrollo humano. Este enfoque permite brindar una perspectiva integral a las políticas, los programas y las intervenciones.
2. **De adolescencia:** Parte del hecho de que los adolescentes tienen necesidades, intereses e inquietudes particulares, que deben ser atendidas para promover su desarrollo y salud integral. Se concibe a la adolescencia como una etapa con características de gran importancia en el desarrollo de los individuos; que los convierte en capital humano y aliados para lograr el cambio y con capacidad para asumir el liderazgo de los procesos en que se involucren.
3. **De desarrollo humano:** Se considera a esta etapa como proceso de cambio y experimentación necesaria para el logro del desarrollo humano integralmente, es decir en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Considera también que los entornos en que los y las adolescentes transitan su vida y desarrollo, determinará sus elecciones en materia de salud, por lo que las mismas pueden ser consideradas prácticas saludables sostenidas por una cultura. Para que las personas adolescentes alcancen una vida saludable, se requiere que tenga competencias para transformar sus entornos, de modo de lograr mejorar condiciones de vida en equidad.
4. **De derechos humanos:** Concibe a las personas adolescentes como titulares de derechos, que están protegidos jurídicamente por leyes nacionales y compromisos internacionales firmados por el país, entre los que se destacan el derecho a la salud, derecho a la educación, el derecho al desarrollo y los derechos sexuales y reproductivos.
5. **De derechos sexuales y reproductivos:** Reconocido como parte de los derechos humanos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), el Cairo 1994 y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995. Definen dentro del campo de los derechos humanos, la integridad corporal, la autonomía para la toma de decisiones, la diversidad y la equidad socioeconómica, de género, de raza / etnia y generación.
6. **De riesgo/vulnerabilidad:** Se fundamenta en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos esta probabilidad será mayor; lo que establece mayores necesidades de cuidados.
7. **Determinantes sociales de salud:** Según la OMS se refiere a las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo, el ambiente físico (incluida las instalaciones de salud). Desde este



enfoque es relevante fortalecer el trabajo intersectorial y las políticas públicas orientadas hacia los grupos más vulnerables.

8. **Educación, información y comunicación (IEC):** La prevención primordial y primaria tiene sus bases en la variable educación. Según sea el nivel educativo de los adolescentes, así será su respuesta positiva o negativa, ante situaciones conflictivas o problemas. La educación debe extenderse a la comunidad, pues esta debe recibir información a través de acciones no formales, en lo que se refiere a la salud integral de la adolescencia. Las intervenciones tendrán como eje principal la educación, la información y la comunicación, las cuales empoderan a las personas abriendo nuevas posibilidades para el ejercicio tanto de los derechos como de las responsabilidades. El IEC informa a la persona y las motiva para que adopten sus propias decisiones en forma libre y responsable.
9. **Igualdad y Equidad de género:** implica la búsqueda de la igualdad de condiciones y oportunidades entre las personas adolescentes. Promueve poner especial énfasis en la adolescencia temprana y en contribuir a la erradicación de estereotipos y mandatos culturales relacionados con la sexualidad y se estimulará el trato igualitario y equitativo.
10. **Inclusión social:** persigue que todas las personas adolescentes puedan ejercer sus derechos y aprovechar oportunidades que encuentran en su medio en igualdad de condiciones, sin exclusión o discriminación por sexo, condición propia o de sus padres o familiares, discapacidad, creencias, orientación sexual o identidad de género o cualquier otro factor que lo somete a mayor vulnerabilidad.
11. **Interculturalidad:** comprende las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étnicas, lingüísticas y de género. Los servicios de salud para adolescentes, con enfoque intercultural debe adecuar su organización considerando las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias y protocolos de atención, que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de todas las personas adolescentes, incluyendo a los más excluidos y vulnerables socialmente.
12. **Intersectorialidad:** Consecuente con los principios de integralidad, asumimos que el objetivo fundamental, de promover el crecimiento y desarrollo saludable, no puede ser alcanzado con acciones realizadas exclusivamente por el sector Salud. Este principio debe acompañarse de un trabajo coordinado y coherente con otros sectores como Educación, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ONG, Universidades, iglesias, u otros sectores de la sociedad civil. Las actividades deben ser interdisciplinarias con participación de los grupos claves que están relacionados con la temática de adolescentes.
13. **Resiliencia:** Condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro positivamente.
14. **Participación:** Las personas adolescentes deberán ser el centro de las acciones de salud, por ser concebidos como seres que pueden incidir en su desarrollo personal y en el de su comunidad. Se les reconoce que tienen la capacidad de participar en la toma de decisiones y en las acciones derivadas de éstas, involucrándose directamente en la planificación y evaluación de los servicios de salud y programas. Esto permite asegurar que la oferta de servicios responde a las necesidades de este grupo.
15. **Prevención primordial:** promueve los factores positivos o protectores del desarrollo humano en las áreas biológicas, psicosociales, ambientales y, por tanto, a desarrollar



acciones dirigidas a eliminar los factores de riesgos que son negativos para su adecuado desarrollo como un todo, buscando la máxima expresión de su potencial genético, afectivo y social, incluida su salud sexual y reproductiva.



CAPÍTULO II. NORMAS TÉCNICAS

I. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES (SSAA)

La aplicación de la norma se orienta hacia el desarrollo del modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes en los diferentes escenarios como son los establecimientos de salud, el hogar, la comunidad, los sitios de trabajo y los centros educativos, bajo la responsabilidad del equipo de salud y con la participación de la comunidad, promotores, adolescentes, líderes comunitarios, padres y madres de familia.

Puntos a considerar, previo a la implementación de los Servicios de Salud Amigables para los Adolescentes:

1. Modelo de Atención Integral de los Adolescentes: Según el nivel resolutivo y la capacidad de ejecución de cada nivel de complejidad se proponen diferentes modalidades de espacios para ofrecer la atención a los adolescentes en el marco del modelo de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA).

2. Tipos de modalidades de SSAA:

2.1. Consulta diferenciada para adolescentes:

Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de la consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de los adolescentes. Esta actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.

2.2 Modulo o Espacio de Atención para Adolescentes:

La atención integral es ofrecida en un área de la instalación de salud que es exclusiva para la atención del adolescente. Usualmente son instalaciones que cuentan con el espacio y los recursos necesarios para usar esta área de manera exclusiva.

2.3 Centro de salud amigable para adolescentes:

Son instalaciones de salud especializadas, que están fuera de la instalación de salud y se dedican exclusivamente a la atención de los adolescentes. Basados en responder a una demanda establecida y que cuenta con los recursos necesarios.





Adaptada de Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Cómo hacer para que sus servicios de salud sean amigables para los jóvenes. Año 2014. https://media.psi.org/wp-content/uploads/2020/02/31012158/PSI-YFHS-Guide_2014_Spanish.pdf

Las actitudes del proveedor de servicios son la base de cualquier Servicio de Salud Amigable para Adolescente. Una actitud de respeto, sin prejuicios y acogedora es lo primero, sin ella toda la operación se derrumbará.

Una casa sólida y fuerte está construida sobre vigas de apoyo que aseguran que la casa se mantendrá en pie por mucho tiempo. Esto incluye elementos como políticas de apoyo, normas de equidad de género y una red de miembros familiares, pares y miembros de la comunidad que apoyan a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes.

Los estándares de calidad y servicio hacen el “techo” de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes. Ellos son los estándares y valores que protegen a los pacientes y a los proveedores de servicios.

A. Fundamento para la implementación del modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes en el país.

- 1. Todas las instalaciones de salud ofrecerán servicios amigables de calidad para adolescentes según su capacidad de resolución y nivel de complejidad, considerando las necesidades de los adolescentes. El personal de salud promoverá en la comunidad la disponibilidad de estos servicios y se identificarán adecuadamente dentro de la instalación de salud.**

Intervenciones:

- 1.1 Los adolescentes tienen derecho a ser atendidos por demanda espontánea, referidos por funcionarios de salud de esta u otra institución, por alguna situación especial de salud (embarazadas adolescentes, Diabetes Mellitus y otros).
- 1.2 La atención debe impartirse diferenciadamente a través de la implementación del modelo de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes (SSAA) basados en las necesidades de los adolescentes y cumpliendo con alguna de las modalidades establecidas en la presente norma. Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes organizarán una serie de intervenciones que ofrecerán a la población adolescente de su área de responsabilidad, según las necesidades, la disponibilidad de recursos institucionales y de la comunidad.
- 1.3 El carácter de amigabilidad de los servicios deberá cumplirse desde que entran a la institución (ventanilla de REGES) y en todo momento que requieran los servicios de salud. Los adolescentes con alguna discapacidad tendrán un trato preferencial con calidad y calidez en los servicios de salud.
- 1.4 Cada instalación de salud organizará la atención en equipos multidisciplinarios. Con los recursos disponibles, estos estarán integrados por: médico, enfermera, psicólogo, trabajador social, odontólogos, nutricionistas, técnico de enfermería, promotor de salud y otra especialidad médica. De acuerdo con las necesidades se hará referencia al siguiente nivel de complejidad.
- 1.5 Todo el personal que colabore en la atención de adolescentes participará en un proceso de capacitación continua, para el desarrollo de las competencias básicas y específicas necesarias.
- 1.6 Todo adolescente que acuda a la instalación de salud para atención por morbilidad ingresará al programa y se le ofrecerá una atención integral, incluyendo la realización de historia clínica, valoración psicosocial, control de crecimiento y evaluación del estado nutricional, examen físico completo, evaluación de la salud oral, pruebas de laboratorios según patologías, entregas educativas, asesoría, consejería y el tratamiento y referencias específicas necesarias.
- 1.7 El equipo de salud, mediante la historia clínica, captará los casos de Trabajo Infantil y referirá con el Informe de Investigación por Sospecha de Caso de Trabajo Infantil.



- 1.8 Todos los adolescentes trabajadores y extrabajadores recibirán atención integral de salud, asesoría en riesgos laborales y prevención de accidentes, enfocados a su retiro del mercado laboral.
- 1.9 La atención de los adolescentes con discapacidad o en condiciones especiales estará basada en las normas y protocolos vigentes y las mejores prácticas científicas, éticas y socialmente aceptables, considerando sus necesidades especiales que ameritan una orientación individualizada y tomando en cuenta los daños que podrían ocasionarle tratamientos a largo plazo por ser personas en pleno desarrollo.
- 1.10 Para la atención del adolescente, el personal de salud utilizará los instrumentos y formularios establecidos en ésta u otra norma a las que se haga referencia en este documento, entre ellos: la historia clínica del adolescente, la historia clínica perinatal, informe psicológico, informe social, formulario de referencia y contrarreferencia, reporte de sospecha por violencia doméstica y otros.
- 1.11 Se garantizará al adolescente la confidencialidad de la atención, lo cual debe ser explicado a sus padres, tutores o acompañantes.
- 1.12 Los funcionarios responsables de brindar la atención solicitarán exámenes, procedimientos o pruebas complementarias a los adolescentes según criterio médico; deberán explicarles claramente en qué consistirán, las implicaciones de estos y contar con su consentimiento.
- 1.13 Se debe incluir al adolescente varón en todos los momentos de la atención integral a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva de la pareja; al convertirse en padre o iniciar relaciones sexuales asignándole igual participación y responsabilidad.
- 1.14 Todos los funcionarios que intervengan en la atención del adolescente deberán anotar en el expediente clínico un resumen de cada una de las intervenciones, de ser necesario, se redactará un informe con todos los hallazgos encontrados, planes y recomendaciones.
- 1.15 En coordinación con las autoridades del Ministerio de Educación (MEDUCA), los docentes referirán a los Servicios de Salud a los adolescentes que presenten situaciones como Trastornos del aprendizaje, Trastornos conductuales, Trastornos por uso de sustancias u otros trastornos, afecciones a la salud mental y disfunción familiar. Es importante que se integre en la atención integral del adolescente a los profesionales de los Gabinetes Psicopedagógicos que se encuentran en los centros educativos.
- 1.16 Es responsabilidad del Director Médico asignar el tiempo y tomar las medidas administrativas para que se realicen las reuniones técnicas, actividades de capacitación, revisión bibliográfica, discusión de casos, monitoreo y evaluación necesarias. Además, el coordinador del Programa de Adolescentes se le asignará *8 horas administrativas por semana* para la ejecución de sus funciones y actividades.



Cuadro No. 1. Características de los Servicios de Salud Amigables para las personas Adolescentes

Características de los Servicios de Salud Amigables para las personas Adolescentes	
Características	¿Cómo Lograrlo?
1. Personal capacitado	- Programas de capacitación regional y local permanente en salud integral del adolescente en todos los niveles de atención. - Perfil establecido del personal - TODO el personal DEBE SER capacitado para la atención del adolescente - Equipo multidisciplinario disponible - Difusión e implementación de las normas del Programa de salud del adolescente
2. Gerencia a nivel regional y local apoyando al programa	- Gerente sensibilizado y proactivo - Coordinador responsable en el nivel regional y local - Existencia de Plan Operativo Anual (POA) con Monitoreo y Evaluación - Apoyo a la coordinación interprogramática, interdepartamental e intersectorial - Establecer alianzas estratégicas - Asignación de recursos - Incentivos al personal - Sistema de atención al cliente (SAC) y retroalimentación
3. Confidencialidad y privacidad	- Espacio privado - Expediente único - Respeto a la voluntad del adolescente
4. Garantía de acceso a los servicios	- Horario flexible - Sin condicionamientos - Atención sin citas - Atención integral gratuita - Espacio separado y equipado de acuerdo con normas de atención, necesidades y gustos del adolescente - Sin discriminaciones ni condicionamiento - Niveles de referencia y contrarreferencia a otros servicios
5. Actividades de promoción, consejería y atención	- Servicios de información, educación, comunicación, consejería, habilidades para la vida - Formación de grupos de adolescentes - Formación de grupos de apoyo a los adolescentes - Participación de los medios de comunicación social - Participación social - Formación de promotores juveniles - Formación de Consejos Consultivos



	▪ Control de crecimiento y desarrollo y salud bucal ▪ Atención nutricional y suplementación de hierro y ácido fólico ▪ Atención de la morbilidad ▪ Prescripción de anticonceptivos ▪ Movilización de recursos
6. Consentimiento informado	▪ Cumplimiento de la Ley 68 ▪ Cumplimiento de respuesta de la Procuraduría de la Administración sobre los derechos de las y los adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva en las instalaciones de salud

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes. MINSA, 2006.



Cuadro No.2 Intervenciones de los Servicios de Salud Amigables para las personas Adolescentes

Intervenciones de los Servicios de Salud Amigables para las personas Adolescentes	
Tipo de intervenciones	¿Cómo lograrlas?
Educación para la salud	Incorporando la evaluación y apoyo a los aprendizajes para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud a su práctica cotidiana, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables.
Salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Actividades de prevención clínica que garanticen un control integral en salud y atención de la demanda en salud sexual y reproductiva para varones y mujeres, aún aquellos/as en circunstancias especiales, como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otros. Abriendo las puertas a un ambiente de alegría, armonía, amor y a la construcción de parejas.
Atención de patologías transmisibles locales	Protocolos adaptados localmente.
Atención de emergencias	Articulados con una red de salud que garantice la prevención y asistencia de lesiones por causas externas, la emergencia y referencia en salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.
Medicación	Incluyendo la suplementación alimentaria y disponibilidad de anticonceptivos.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes. MINSA, 2006.



Cuadro No. 3 Competencias del personal de salud en el trabajo con adolescentes

Competencias del personal de salud en el trabajo con adolescentes	
1)	Sostener una adecuada comunicación y eventual intermediación tanto con los/as adolescentes como con los padres/madres o adultos responsables.
2)	Promover los derechos y deberes de los/as adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
3)	Realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico biopsicosocial que incluya: evaluación del crecimiento, cálculo del percentil de crecimiento, cálculo de interpretación de la velocidad de crecimiento y desarrollo puberal (según estadíos de Tanner), examen físico completo, con estado nutricional (Índice de masa corporal), orquidometría y examen genital, evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo, relación con la familia, relación con los amigos, la escolaridad, factores de protección, vulnerabilidad y riesgo.
4)	Hacer efectivas las siguientes intervenciones preventivas: evaluación del aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, aún a adolescentes con necesidades específicas como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otras.
5)	Promover en la consulta: a) Autonomía para la toma de decisiones libres y responsables b) Comunicación entre padres e hijos c) Defensa de los derechos y deberes de los/as adolescentes d) Fortalecimiento de la conciencia ciudadana y solidaria de los/as jóvenes e) Escolarización y capacidad de construir proyectos f) Autoestima g) Fortalecimiento de la actitud crítica frente a los medios de comunicación h) Sexualidad libre y responsable, independientemente de la orientación sexual i) Hábitos saludables en la recreación j) Garantizar la confidencialidad k) Desarrollar su trabajo en el marco de consentimiento informado l) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a las conductas discriminatorias, sobre situación social, raza, religión, orientación sexual y género.
6)	Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
7)	Trabajar en coordinación con otras instituciones: en redes de servicios de salud, y redes intersectoriales con organizaciones de la comunidad, como la escuela, el club, organizaciones juveniles, recreativas, laborales, juzgados, entre otras.
8)	Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de los/as adolescentes.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes. MINSA, 2006.



Cuadro No.4. Aspectos para considerar en la capacitación del equipo de salud

Aspectos para considerar en la capacitación del equipo de salud	
1.	Se deberá capacitar a los equipos de salud en metodología participativa, integrando la formación técnica y humanística del personal que labora en los diferentes niveles, para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención del adolescente, del prestador y de la comunidad.
2.	Identificar las necesidades de capacitación del Recurso Humano en salud integral de los y las adolescentes.
3.	Establecer los contenidos técnicos.
4.	Brindar Curso Básico de Atención Integral a la Adolescencia, Cómo planear tu vida, Escuela para padres y madres.
5.	Incluir el diseño psicopedagógico y andragógico para la implementación de técnicas participativas de comunicación grupal como: teatro, títeres, concursos, cuentos, entre otros.
6.	Implementar módulos presenciales y a distancia para la difusión de instrumentos de apoyo didáctico para el equipo básico, los promotores juveniles y líderes comunitarios, rotafolios y manuales para adolescentes vigentes y consejería.
7.	Coordinar con instituciones formadores del Recurso Humano en la temática sobre la salud integral de adolescentes con enfoque de desarrollo humano.
8.	Evaluar el impacto de las actividades de capacitación al Recurso Humano.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las adolescentes. MINSA, 2006.



Cuadro No. 5. Tipos de riesgos o peligros asociados con el trabajo a los que están expuestos las personas trabajadoras menores de edad

Tipo	Factores de riesgos
1. Riesgos físicos	Exposición a exceso y cambios de temperatura, a ruidos, vibraciones y a radiaciones (solares, ionizantes, no ionizantes).
2. Riesgos ergonómicos	Exposición a adoptar mala posición corporal con posturas forzadas o incómodas (de pie, en cuclillas, con inclinación, de rodillas); a realizar movimientos monótonos, repetitivos, forzados de manos, hombros y brazos, por encima de los hombros, y cuello; a rotar y flexionar la columna; y a realizar un sobreesfuerzo al levantar, acarrear o trasladar cargas pesadas.
3. Riesgos químicos	Exposición a gases o vapores, líquidos y sólidos contaminantes, dañinos o peligrosos (emisiones de vehículos, pegamento, pintura, otros), agroquímicos (pesticidas, herbicidas, insecticidas), explosivos o materiales inflamables.
4. Riesgos biológicos	Exposición a insectos, animales, domésticos o salvajes (reptiles, escorpiones, alacranes, mosquitos, avispas, abejas, hormigas, roedores u otros); plantas con efectos alérgicos, venenosas o cortantes; a bacterias, parásitos, hongos, virus u otros (de origen animal o humano, vivos o muertos).
5. Riesgos de seguridad o accidente	Exposición a caídas, golpes, atrapamiento entre objetos (prensado), fractura, quemaduras, cortaduras.
6. Riesgos asociados a la organización del trabajo, y a las condiciones del lugar de trabajo	Exposición a largas jornadas de trabajo, a horarios nocturnos o extraordinarios a un ritmo intenso de trabajo o sin descanso (trabajo pesados) y con sujeción a una alimentación deficiente e insuficiente, a operar herramientas, maquinarias o equipos no adecuados a la edad, tamaño o entrenamiento necesario, a formas inestables de inserción y de remuneración laboral, a condiciones insalubres como la falta o precariedad en la higiene, inexistencia o deterioro de servicios sanitarios y la ausencia de agua potable.
7. Riesgos psicosociales y morales	Exposición a elevados controles, exigencia y responsabilidades de atención y concentración, a la dependencia permanente del empleador, al acoso o abuso físico y sexual, al maltrato o agresión verbal y física, a la explotación, acoso o abuso sexual, a la inducción de comportamientos individual y socialmente nocivos (vicios, adicciones, prácticas inmorales, ilícitas e inaceptables), a limitaciones en la socialización y en oportunidades educativas, inasistencia y deserción escolar.

Fuente: Bolaños, V. Extracto del estudio “Determinación del trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo es probable que dañe la salud, seguridad o moralidad de los niños (art. 3D, Convenio 182 de la OIT) , en el marco de las Peores Formas de Trabajo Infantil” OIT / IPEC , Diciembre 2005. Página 11.



II.PROGRAMACIÓN, MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

a) Programación

Cada instalación de salud realizará *anualmente la programación de actividades*, basada en un *análisis de la situación de los adolescentes*. Este análisis debe hacerse con la participación de los adolescentes a través de grupos organizados, donde expresen sus proyectos de vida, problemas, necesidades y alternativas de solución.

Los adolescentes deben participar en los procesos de programación de la atención integral de los adolescentes y deben responder a un enfoque de salud centrado en riesgo, derechos, género e interculturalidad.

Esta programación dará como resultados la elaboración de planes operativos anuales con establecimiento de metas, de actividades, indicadores de resultado, procesos y estructura de los componentes de promoción, prevención, atención y la coordinación con otras instituciones.

La programación debe contemplar lo siguiente:

1. *Universo*: Población estimada para las edades específicas de 10-14 años y 15-19 años, según las proyecciones de población de la Contraloría General de la República, a julio del año programado en el área de responsabilidad.
2. *Cobertura*: Se debe aumentar 10% por año de la cobertura obtenida a partir del 2020 (14.1%) considerando las siguientes intervenciones:

Población de 10-19 años escolarizada: dicha actividad debe de programarse en coordinación con el Programa de Salud Escolar.

Población de 10-19 años que acuden a la instalación de salud

Población no escolarizada y que no acuden a la instalación
3. *Concentración*: Un (1) control de crecimiento y desarrollo por año.
4. *Rendimiento*:

Actividad	Rendimiento (pacientes por horas)	Tiempo de la atención (minutos)
Pacientes para control de Crecimiento y Desarrollo		
Primera vez	2	30
Subsecuente	3	20
Atención de Morbilidad	3	20



b) Monitoreo

El monitoreo y la supervisión son mecanismos para la vigilancia responsable y capacitante que aseguren la ejecución óptima de los procesos de atención pertinente de acuerdo con las realidades locales.

El monitoreo es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia del desarrollo del Programa de Adolescentes mediante la identificación de sus logros y debilidades.

c) Supervisión

El Nivel Nacional elaborará y ejecutará anualmente un plan de supervisión a las regiones, de al menos dos visitas por año, para velar por el cumplimiento de la norma.

Los niveles regionales elaborarán y ejecutarán anualmente un plan de supervisión a las instalaciones de salud pública y privada de su área de responsabilidad, de al menos 2 visitas por año, para velar por el cumplimiento de la norma. Las fechas de las visitas serán oportunamente notificadas a los supervisados (*al menos una semana de anticipación*). Al concluir cada supervisión se emitirá un informe presentando recomendaciones de mejoras y una propuesta de fecha para la siguiente supervisión. Dicho informe se enviará a la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud, Dirección regional de Salud con copia al coordinador local del Programa de Adolescentes. Las supervisiones cuentan con su respectivo formulario (Ver formulario de supervisión). Las mismas deben ser integrales incluyendo a otros programas que también velan por la salud integral de la población adolescente.

Se realizará supervisiones extraordinarias de acuerdo con la necesidad.



Proceso de Supervisión del Programa de Adolescentes en las instalaciones de salud

Ministerio de Salud

Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Formulario de Supervisión para el Programa Salud Integral de Adolescentes

La supervisión del Programa de Salud Integral de los Adolescentes tiene como propósito evaluar el desarrollo de las actividades del programa como lo establece la norma. Es un proceso capacitante que contribuye al crecimiento profesional del personal, al avance del programa y detectar situaciones que influyan en el adecuado desarrollo del mismo para su cumplimiento.

- 1.Región de Salud:
- 2.Director regional:
- 3.Coordinador Regional del Programa de Adolescentes:
- 4.Coordinador Local del Programa de Adolescentes:
- 5.Nombre de la Instalación de Salud:
- 6.Director de la Instalación de Salud:

7. El equipo de atención del Programa de Adolescentes está conformado por los siguientes profesionales:

8.Población de responsabilidad de 10-19 años segregados por sexo:

10 - 14 años			15-19 años			Total de población de 10 a 19 años
M	F	Total	M	F	Total	

9.Última capacitación recibida en su instalación de salud sobre el Programa de Adolescentes:



A continuación, se realizará una serie de preguntas cerradas (Respuestas Sí/No), en el caso de ser positiva debe mostrar las evidencias.





	Preguntas	Puntaje	SI	NO	TOTAL
	<i>I. PROGRAMACIÓN Y ADMINISTRACIÓN</i>				
	¿La instalación de salud desarrolla el Programa Nacional de Adolescentes?	15			
	¿La instalación de salud tiene un área geográfica y la población bien definida?	15			
	¿La instalación de salud tiene un diagnóstico de salud o perfil epidemiológico de los adolescentes del área?	10			
	¿El Director Médico de la instalación de salud apoya el desarrollo del programa de Salud Integral del Adolescente?	15			
	¿Se ha elaborado un Plan Operativo Anual que incluye actividades del Programa de Adolescentes?	5			
	¿La atención es articulada con la red de servicios de referencia y contrarreferencia?	5			
	Durante el último año ¿Han recibido supervisión del nivel regional?	10			
	SUBTOTAL	75			
	<i>II. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS</i>				
	¿Cuenta la instalación de salud con la existencia física de guías, normas y protocolos de atención integral a la persona adolescente?	10			
	¿Existe en la instalación de salud un flujograma de atención para el adolescente?	5			
	En caso de que la respuesta sea afirmativa. ¿El flujograma dirige la atención final del adolescente hacia un personal de salud capacitado en atención integral del adolescente?	5			
	¿Se cumple con el llenado del expediente electrónico o el expediente físico para la atención del adolescente?	15			
	¿Se realizan controles de crecimiento, desarrollo y vacunación?	5			
	¿Se realizan controles de prevención y atención de enfermedades?	10			
	SUBTOTAL	50			

	III. EDUCACIÓN PARA LA SALUD				
	¿Se ofrece educación y consejería sobre nutrición a los adolescentes?	5			
	¿Se ofrece educación y consejería sobre derechos y deberes de los adolescentes, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos?	5			
	¿Se ofrece educación y consejería acerca de prevención de ITS/VIH/Sida a los adolescentes?	5			
	¿La instalación de salud realiza actividades relacionadas con la prevención y el consumo de algún tipo de drogas?	5			
	¿Se realizan actividades extramuros, presenciales y/o virtuales dirigidas a los adolescentes?	10			
	¿Brindan servicios de salud sexual y reproductiva con acceso a anticoncepción?	5			
	¿La instalación de salud implementa la metodología de Familias Fuertes?	5			
	¿El personal de salud de la instalación está capacitado con la estrategia Mental Health Gap Action Programme (mhGAP- Programa para disminuir brecha de Salud Mental)?	5			
	SUBTOTAL	45			
	IV.SERVICIOS DE LA COMUNIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA				
	¿Participan los adolescentes en la organización, planificación y evaluación de las actividades dirigidas a los adolescentes?	10			
	¿Se cuenta con un Comité Intersectorial regional o local de apoyo al Programa de Adolescentes?	5			
	¿Hay participación de las familias y de la comunidad en los procesos de gestión y capacitación?	10			
	¿Existe un directorio actualizado de las organizaciones de la comunidad vinculadas con los adolescentes, disponibles para el personal y la comunidad?	10			
	¿Se promueven actividades culturales-recreativas con las adolescentes dirigidas a la utilización adecuada del tiempo libre?	10			
	SUBTOTAL	45			
	V. RECURSO HUMANO				
	¿Cuentan con un programa de educación continua para el equipo de salud?	15			
	¿Cuentan con el Recurso humano mínimo necesario para la gestión del programa de Adolescentes? Médico ☐ Enfermera ☐ Odontólogo ☐ Trabajador social ☐ Promotor de salud ☐	10			



	Otros: _____				
	¿Se realiza inducción del Programa de Adolescentes al personal nuevo de la instalación?	15			
	¿Se dispone de médico especialista para la evaluación del adolescente?	10			
	SUBTOTAL	50			
	<i>VI. PLANTA FÍSICA</i>				
	¿Existe una infraestructura diferenciada con acceso directo para la atención de los adolescentes, incluyendo a los que tienen una discapacidad?	15			
	¿Cuentan con espacio para actividades docentes y reuniones de educación para la salud?	10			
	Hay servicios sanitarios para el público y personal de salud.	5			
	SUBTOTAL	30			
	<i>VII. RECURSOS MATERIALES</i>				
	¿Se cuentan con los insumos y materiales necesarios para la gestión del Programa de Adolescentes? (materiales y útiles de oficina, insumos médico-quirúrgicos, mobiliarios, otros)	15			
	Hay otoscopios y oftalmoscopios en la instalación de salud	5			
	Hay estetoscopio (1 por cada consultorio)	5			
	Hay equipo audiovisual (retroproyector, televisor, grabadora)	5			
	Hay buzón de sugerencias	5			
	SUBTOTAL	35			
	<i>VIII. SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO</i>				
	Se dispone de los anticonceptivos indicados en las normas según demanda esperada.	5			
	Se dispone de las vacunas para los adolescentes según el esquema de vacunación del PAI.	5			
	Se realizan las pruebas de laboratorio para los adolescentes según lo indica la norma.	10			



	SUBTOTAL	20			
	TOTAL	350			



Fuente: Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes. OPS/OMS. 1985.

SISTEMA DE PONDERACIÓN

PORCENTAJE OBTENIDO	RESULTADO CUALITATIVO
90 a 100	Excelente
80 a 89	Muy bien
60 a 79	Bien
40 a 59	Deficiente
20 a 39	Muy deficiente



d) Evaluación

La evaluación de las actividades programadas en el plan operativo, se realizarán utilizando los indicadores previamente establecidos en la programación y se analizarán de la siguiente manera: trimestral en el Nivel Local, semestralmente en el Nivel Regional y anualmente en el Nivel Nacional.

A nivel local y regional, las evaluaciones se realizarán entre el equipo de salud, la comunidad y las personas adolescentes.

Los indicadores para los informes, según corresponda, son los estipulados en la presente norma.

La Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia programará las fechas de evaluación, pudiendo ser una vez al año o después de tres meses de haber implementado planes de mejora.

Un listado completo de los indicadores para el seguimiento de esta norma aparece en el Anexo No.1.

f) Sistema de Información

_Sistema de Información Gerencial

El Departamento de Registros de Estadísticas de Salud (REGES), tiene la responsabilidad de tabular la información para la toma de decisiones de impacto sanitario y estrategias operativas.

El Coordinador (Nacional, Regional y Local) tendrá la responsabilidad de obtener y analizar toda la información relacionada a los adolescentes para la toma de decisiones.

La información se recopilará en los formularios establecidos y se enviará de manera mensual, trimestral, semestral o anualmente de acuerdo como está establecida la jerarquía organizacional.

_Sistema de Información de la atención

Para dar seguimiento al desarrollo de las actividades de la población adolescente, es indispensable que la información correspondiente a ésta se maneje con los siguientes grupos de edad : 10 a 14 años y 15 a 19 años.

El registro de la información se inicia desde el momento en que se abre el expediente clínico (físico/electrónico) del adolescente por el Departamento de Registros y Estadística de Salud (REGES) de la institución.

La historia clínica del adolescente se llenará haciendo uso del expediente electrónico, el cual incluye: motivo de visita, anamnesis (alergias, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares, factores de riesgo, composición familiar), examen físico,



diagnóstico y plan de actuación. Se mantendrá la historia clínica impresa para aquellas instalaciones de salud que no cuenten con expediente electrónico (Ver Anexo No. 2).

Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia (SURCO)

Mecanismo aprobado por el MINSA para referir al adolescente a un grado de complejidad igual o mayor dentro o fuera de las instalaciones, cuando el problema de salud supere la capacidad resolutive de la instalación. La contrarreferencia es el proceso en que el profesional consultor debe responder la consulta realizada sobre el usuario al profesional de salud tratante, con el diagnóstico de su problema de salud definido, con las indicaciones terapéuticas necesarias, así como conductas o seguimiento por el profesional que lo refirió. (Ver Anexo No. 3).



III.PROMOCIÓN DE LA SALUD

A. Estrategias

Desarrollo de acciones de promoción de la salud dirigidas a los adolescentes, en la adquisición de competencias en la toma de decisiones en salud, participando en la gestión y cuidado de su salud, la de su familia, comunidad, y del ambiente; en los diferentes escenarios donde interactúan, siendo el sujeto y el objeto de estas acciones.

1. Responsables del Componente de Promoción de la Salud de los Adolescentes: Directores de las instalaciones de salud con su equipo multidisciplinario.
2. *Universo*: Población estimada para las edades específicas de 10-14 y 15-19 años.
3. *Cobertura*: Se establecerá durante la programación, entre el coordinador regional del programa y el equipo de la instalación de salud, liderados por el Director Médico, contemplando a los siguientes grupos:
 - a. Población de 10-19 años escolarizada
 - b. Población de 10-19 años que acuden a la instalación de salud
 - c. Población no escolarizada y que no acuden a la instalación
4. *Concentración*: Al menos realizar **4 actividades de promoción y educación al año por instalación de salud**.

B. Actividades de Promoción

1. **En toda instalación de salud del nivel local deberán realizarse actividades de promoción de la salud integral del adolescente.**
 - 1.1 Todos los adolescentes tienen derecho a adquirir competencias, recibir aprendizajes que le faciliten su desarrollo integral y autocuidado de la salud, sin discriminación por: etnia, edad, discapacidad, religión, orientación sexual, género, nivel socioeconómico, afiliación política y otros más.
 - 1.2 Se debe partir siempre de las necesidades e interés de aprendizaje de los adolescentes mediante el planeamiento de actividades de educación basadas en las expectativas detectadas a través de las diferentes técnicas.
 - 1.3 Los adolescentes con capacidad de liderazgo deben ser incorporados en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de capacitación dirigidos a otros adolescentes.
- Los contenidos educativos que se aborden deben incluir aspectos de la salud integral del adolescente, enfatizando la salud sexual y reproductiva, prevención del uso y abuso de sustancias, estilos de vida saludables y otros, con la utilización de metodologías lúdicas y participativas.



Cuadro No.6

Temas sugeridos para incluir en actividades preventivas y promocionales de la salud integral del adolescente

I. Promoción y prevención

- Promoción de estilos de vida saludables
- Prevención de lesiones asociadas a accidentes y violencia
- Autocuidado e higiene personal
- Recomendaciones para una buena salud bucal
- Seguridad alimentaria y alimentación saludable
- Actividad y ejercicio físico
- Promoción de la salud ambiental
- Prevención de accidentes de educación vial en diferentes escenarios (escolar, laboral, comunitario, etc.)
- Promoción de valores morales, éticos y espirituales
- Promoción para la participación social y liderazgo
- Prevención de Tabaquismo en sus diferentes presentaciones
- Prevención de Embarazos en la adolescencia
- Prevención de la violencia doméstica, explotación sexual comercial y otras violencias
- Prevención de Alcohol y otras drogas
- Erradicación de Trabajo Infantil
- Otros temas que el equipo considere pertinente

II. Salud psicosocial

- Habilidades para la vida

Dimensión social

- Participación
- Empatía
- Respeto por diversidad

Dimensión cognitiva

- Creatividad
- Pensamiento crítico
- Resolución de problemas

Dimensión instrumental

- Cooperación



- Negociación
- Toma de decisiones

Dimensión Individual

- Comunicación
- Resiliencia
- Manejo de sí mismo

○ Liderazgo

- Proyecto de vida y establecimiento de metas
- Participación social
- Consejos consultivos
- Relaciones con los adultos mayores, familiares y comunidad
- Manejo del estrés
- Duelo
- Sensibilización sobre el envejecimiento

○ Adolescencia

- Concepto sobre crecimiento y desarrollo biopsicosocial del/la adolescente
- Desarrollo sexual del/la adolescente (Estadios de Tanner)
- Derechos y deberes de los/las adolescentes
- Situación de la morbilidad de los/las adolescentes
- Ejercicio responsable de la sexualidad
- Familia y adolescencia
- Manejo de conflictos y problemas con la familia
- Relaciones con sus pares
- Manejo de la presión de grupo
- Utilización del tiempo libre
- Relaciones de amistad y noviazgo
- Práctica de sexo seguro y responsable
- Capacidad de intimar
- Identificación y orientación sexual
- Conducta sexual

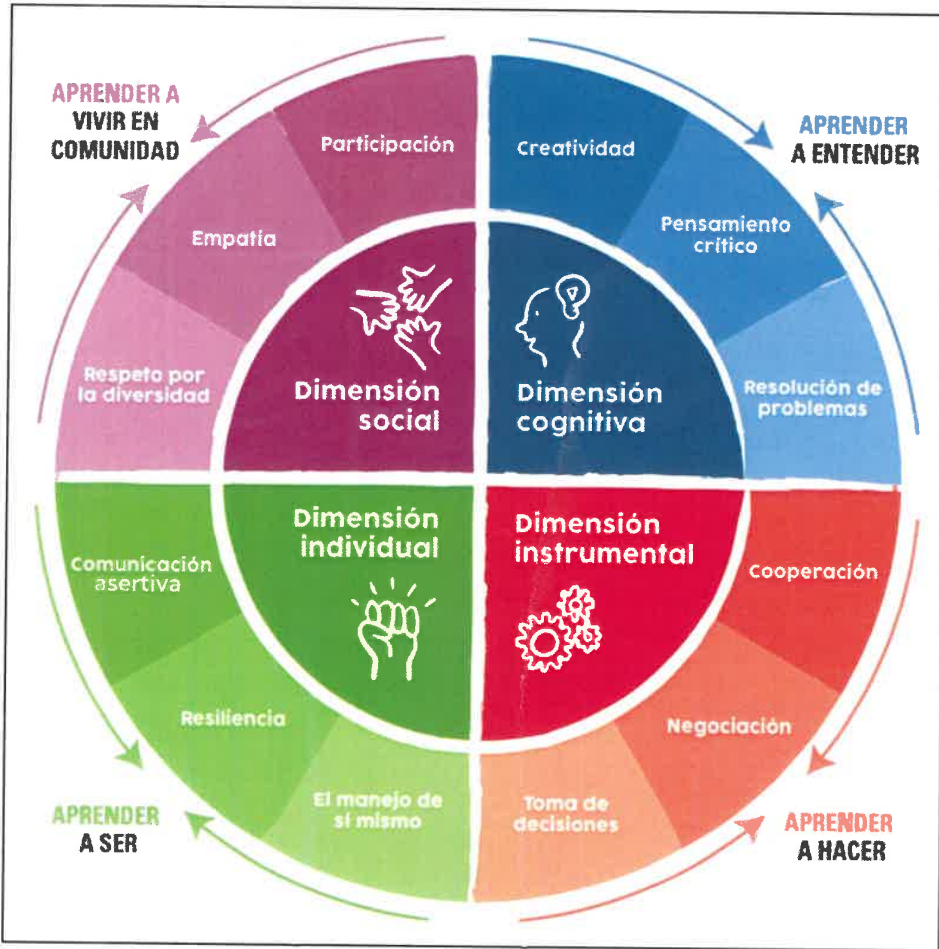
III. Salud Sexual y Reproductiva

- Género y adolescencia/roles sexuales
- Métodos anticonceptivos y aborto
- Prevención de ITS/VIH/Sida
- Paternidad y maternidad responsable



- Equidad de género
- Derechos sexuales y reproductivos
- Prevención del embarazo en la adolescencia

Cuadro No. 7
HABILIDADES PARA LA VIDA



Fuente: Las 12 habilidades transferibles del Marco Conceptual y Programático de UNICEF, 2022

2. Todo el equipo de salud del nivel local efectuará acciones que garanticen la existencia de ambientes que promuevan calidad de vida y desarrollo para los adolescentes.
- 2.1 Fomento de espacios sin humo como medida de prevención del tabaquismo, actividades que disminuyan el consumo de alcohol y drogas, seguridad vial y prevención de accidentes y ruido excesivo.



- 2.2 Inspecciones a espacios de recreación, cultura y deportes en centros educativos que utilizan los adolescentes y en proyectos habitacionales.
- 2.3 Coordinación con las autoridades locales para establecer las soluciones sobre las condiciones ambientales de las áreas de recreación y centros educativos.
- 2.4 Inspecciones a lugares de expendio de alimentos principalmente centros educativos para que ofrezcan alimentos saludables.
- 2.5 Participar en la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 42 del 27 de agosto de 1990, por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad en el tema de la eliminación de barreras arquitectónicas.
- 2.6 En lo referente a ambientes seguros y sanos en las escuelas ver la Guía de Salud Escolar vigente.

3. El equipo de salud del nivel local propiciará espacios de reflexión a los familiares para que fortalezcan su rol socializador con afectividad y efectividad.

- 3.1 Corresponderá a los integrantes del equipo de salud que tengan formación en trabajo con familias, el desarrollo de las actividades que se programen para las familias de los adolescentes escolarizados y no escolarizados.
- 3.2 Organizar grupos de madres, padres y/o tutores que tengan problemas de comunicación con sus hijos (as).
- 3.3 Diseño de proyectos dirigidos a las familias con hijos o hijas adolescentes con alguna patología psicosocial o condición en particular.
- 3.4 Identificar y referir a los adolescentes que lo ameriten a las instituciones, ONGs y otras con capacidad de resolución del problema.

4. Todos los equipos de salud organizarán grupos de adolescentes para el desarrollo y adquisición de competencias para el autocuidado y el cuidado mutuo de la salud.

- 4.1 Las instalaciones de salud deben contar con espacios destinados a reuniones de los adolescentes para que interaccionen sobre los contenidos de competencias para la salud, necesidades, experiencias, dudas, opiniones respecto al servicio recibido y otros.
- 4.2 Los grupos deben ser organizados y coordinados por los mismos adolescentes, siendo asesorados por el equipo de salud con capacitación en trabajo con grupos. El coordinador (a) adolescente es un miembro más del grupo. Se sugiere la organización de los siguientes tipos de grupos: adolescentes de la comunidad, adolescentes institucionalizados, adolescentes con patologías o condiciones específicas, adolescentes embarazadas y sus parejas y adolescentes trabajadores.
Concentración: por lo menos 2 grupos al año
- 4.3 El servicio debe disponer de material educativo audiovisual y materiales impresos como apoyo a las actividades grupales. La metodología utilizada en el desarrollo de las actividades debe ser participativa y lúdica. La duración de las sesiones será establecida por los adolescentes.
- 4.4 El equipo de salud debe dar seguimiento y apoyo a los coordinadores de grupos de adolescentes, a quienes corresponde organizar nuevos grupos de adolescentes de autoaprendizaje (educación entre pares).



5. El equipo de salud del Programa de Adolescentes en conjunto con las personas adolescentes organizará reuniones con grupos de Adultos Mayores con el fin de que las personas adolescentes se sensibilicen sobre ese periodo de la vida y se fortalezcan los valores.

- 5.1 Los integrantes del grupo determinarán la duración y periodicidad de las sesiones grupales. Las actividades deben desarrollarse utilizando la metodología andragógica.
- 5.2 El componente educativo podrá abordar los siguientes temas, entre otros:
 - 5.2.1 Crecimiento y desarrollo integral de los adolescentes.
 - 5.2.2 Fortalecimiento de los conceptos de valores morales y familiares.
 - 5.2.3 Cambios que ocurren durante la adolescencia que afectan la comunicación y la relación entre padres, madres, hermanos (as) e hijos (as) adolescentes.
 - 5.2.4 Manejo de las reglas de la familia tendientes a lograr ajustes intergeneracionales.
 - 5.2.5 Identificación de señales que sugieren angustia, afecciones emocionales y de riesgo de suicidio.
 - 5.2.6 Estimulación de los aspectos relacionados con las competencias para la vida y el desarrollo.
 - 5.2.7 Orientación para que estimulen la resiliencia en los adolescentes.

6. Todos los equipos de salud del nivel local deberán proporcionar espacios para la adquisición de competencias a través de información, educación, comunicación (IEC) y empoderamiento para el cuidado de la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

- 6.1 Información cara a cara en cada contacto del adolescente con el servicio.
- 6.2 Identificación de las organizaciones de la comunidad como: escuela, clubes, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de familia, comunidades religiosas, entre otras; para la implementación de las actividades de IEC. *Listado actualizado cada año.*
- 6.3 Reuniones de coordinación y articulación de acciones con la red de servicios y con las organizaciones de la comunidad como: escuela, clubes, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de familia, comunidades religiosas, entre otras; para la implementación de las actividades de IEC y adquisición de competencias para el cuidado de la salud. Al menos una vez al año.
- 6.4 Educación de la comunidad escolar (el alumnado, padres y madres de familia, docentes) en aspectos relativos a la prevención de conductas de riesgo y promoción de conductas de autocuidado, higiene personal, otros. Al menos una vez al año.
- 6.5 Difusión, a través de los medios de comunicación masiva, de los servicios de salud integral a los adolescentes, haciendo énfasis en su Salud Sexual y Reproductiva. Al menos una vez al año.
- 6.6 Elaboración, validación y distribución de material educativo en aspectos relacionados a competencias para la toma de decisiones en salud, crecimiento y desarrollo integral del adolescente, derechos a la salud y salud sexual y reproductiva, entre otros.
- 6.7 Diseñar y realizar campañas de comunicación en salud, a fin de lograr una mayor cobertura de información y evaluar su impacto. Al menos una vez al año.
- 6.8 Realizar Jornadas de Salud con la participación de los diferentes actores sociales y en particular escolares y adolescentes. Al menos una vez al año.



7. Todos los equipos salud del nivel regional y local conocerán y divulgarán las políticas, los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud.

- 7.1 Conocimiento de los derechos y deberes que tienen los adolescentes, reconocidos en la legislación nacional y en los compromisos internacionales ratificados por el país.
- 7.2 Desarrollo de acciones de divulgación del marco legal vigente que protege al adolescente, para este fin remitirse al documento “Compilación de convenios internacionales y leyes nacionales de protección en salud integral a la población adolescente (10 a 19 años) con énfasis en salud sexual y reproductiva” vigente.
- 7.3 Promoción y protección de los derechos humanos, entre los que está el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, el acceso de los adolescentes a la educación, información, comunicación y uso de los servicios existentes.

8. Los Niveles Locales, Regionales y Nacional difundirán mediante las TIC, las actividades del PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES y su impacto en la población adolescente.

9. El equipo de salud del nivel local promoverá la integración de los adolescentes en los procesos de participación social en sus áreas de responsabilidad.

- 9.1 Identificar grupos juveniles organizados en la comunidad con el propósito de que participen en conjunto con las autoridades municipales, locales, líderes comunitarios, ONGs, grupos cívicos y religiosos, instituciones gubernamentales, empresa privada y otros actores sociales en la elaboración del diagnóstico integral quinquenal, identificación y solución de los problemas que afectan a todos.
- 9.2 Creación y fortalecimiento de la “Comisión Interinstitucional, Intersectorial y Social para promover la salud integral de los adolescentes” en el nivel local, regional y nacional. Esta Comisión desarrollará sus acciones basadas en el plan Maestro de Niñez y Adolescencia, Plan Nacional de Salud Sexual y reproductiva y elaborará el Plan Operativo Anual de salud integral de la Población de 10-19 años con los principios y enfoques de la presente norma.
- 9.3 Captación de los adolescentes que acuden por demanda espontánea e integrarlos como sujeto y objeto durante todo el proceso de participación social a los diferentes procesos de gestión en salud principalmente a los servicios amigables, sin discriminación de ninguna índole.
- 9.4 Formar promotores adolescentes, educadores de pares, capacitarlos, darles seguimiento y mantenerlos vinculados al sistema, a partir de los grupos que representan los diferentes sectores presentes en la comunidad.
- 9.5 Vigilar el acceso de adolescentes, privilegiando aquellos que se encuentran en condición de pobreza y vulnerabilidad, con análisis de sus inequidades socioeconómicas, de salud, de raza/etnia, género y generación.

10. Todo el personal de salud participará en la divulgación de los derechos del adolescente trabajador, la lista de las peores formas de trabajo infantil y de la importancia de la erradicación del trabajo infantil y protección de las personas adolescentes trabajadoras.



Referirse a la a Guía para la Atención Integral en salud de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Trabajo Infantil vigente.

10.1 Los equipos de salud organizarán acciones de promoción en las instalaciones de salud y en los sitios de trabajo de los adolescentes donde se hayan identificado adolescentes trabajadores, dirigidas a la divulgación de la Ley 18 de 2000 y el decreto ejecutivo 19 de 2006 (sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil), la prevención de enfermedades y accidentes laborales, el desarrollo integral del individuo y la erradicación del trabajo infantil.

IV. PREVENCIÓN DE LA SALUD

A. Estrategia

Hace referencia a todas las actividades que permitan la evaluación del crecimiento y desarrollo de los adolescentes para la detección de factores de riesgo y protectores; estimulando sus fortalezas para favorecer su madurez personal.

- 1. La responsabilidad de desarrollar las actividades de este componente es del equipo de salud: médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares y técnicos de enfermería, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, psicólogo, nutricionista y otros especialistas.
- 2. *Universo:* Población estimada para las edades específicas de 10-14 años y 15-19 años.
- 3. *Cobertura:* aumentar el 10% por año de la cobertura obtenida a partir del 2020.
- 4. *Concentración:* El control una vez por cada año.
- 5. *Rendimiento :*

Actividad	Rendimiento (pacientes por horas)	Tiempo de la atención (minutos)
Pacientes para control de Crecimiento y Desarrollo		
Primera vez	2	30
Subsecuente	3	20
Atención de Morbilidad	3	20



B. Atención integral

1.Los adolescentes tienen derecho a la Evaluación Integral de su Crecimiento y Desarrollo con énfasis en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el médico(a),

odontólogo(a), nutricionista, salud mental, trabajador(a) social, enfermera(o), técnica(o) de enfermería y ayudante de salud.

1.1 La atención del adolescente estará orientada por la Guía de Actividades para la Atención Integral del Adolescente, presentada en esta norma.

Cuadro No.8
GUÍA DE ACTIVIDADES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS

Nº	Actividades	Edad en años									
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.	Formularios de ingreso al programa	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2.	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3.	Evaluación de Factores Protectores y de Riesgo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4.	Examen Físico										
	Peso, Talla	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Índice de Masa Corporal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Frecuencia Cardíaca y Respiratoria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Presión Arterial	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5.	Evaluación de Vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6.	Examen de Audición	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
7.	Examen de Visión	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8.	Evaluación Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
9.	Evaluación del Crecimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10.	Evaluación del Desarrollo Puberal (Tanner)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11.	Evaluación de la Sexualidad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
12.	Evaluación de la Columna Vertebral	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13.	PAP	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra	Ra
14.	Laboratorios										
	BHC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Urinálisis	*					*				
	Parasitología	*					*				
	Perfil Lipídico	*	Rb	Rb	Rb	Rb	Rb	Rb	*	Rb	Rb
	Investigar por ITS y VIH	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc	Rc
15.	Complementos Nutricionales	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
16.	Entregas Educativas										
	A los Padres	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Al Adolescente	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Estilo de Vida Saludable	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Alimentación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Prevención de Accidentes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Sexualidad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Conductas de Riesgo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Invitar a las Actividades de Promoción	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*



17.	Evaluación por Odontología	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18.	Evaluación social (Familia, amigos, trabajo)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

*Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente.

O: Otoscopia

I: Técnica Indirecta

D: Técnica Directa

R: Población de riesgo

Rb: Visita de 12 a 16 años:

- Padre, abuelo, tía o tío, o hermano con antecedente de infarto, angina de pecho, accidente cerebrovascular, injerto/stent de derivación de la arteria coronaria/angioplastia, o muerte súbita <55 años en hombres y <65 años en las mujeres.
- Padres con nivel de colesterol total ≥ 240 mg/dL o dislipidemia.
- El paciente tiene diabetes, hipertensión o índice de masa corporal ≥85 percentil o fuma cigarrillos.
- El paciente tiene una afección médica de riesgo moderado o alto

M: Las niñas que menstrúan se les debe realizar BHC Anual

Ra: Realizar en Población de Riesgo (actividad sexual comprobada).Papanicolau cada 2 años si la primera muestra es normal; en caso de anormalidad debe ser referida a Ginecología.

Rc: Se realizará prueba de VIH a la población de riesgo y esto incluye:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Usuarios activos de drogas inyectables.
- Hombres y mujeres que tienen relaciones sexuales vaginales o anales sin protección.
- Hombres y mujeres que tienen parejas sexuales infectadas por el VIH, bisexuales o consumidores de drogas inyectables.
- Hombres y mujeres que intercambian sexo por drogas o dinero.
- Hombres y mujeres que han adquirido o solicitan pruebas para otras ITS.



1.2 El adolescente puede entrar solo o acompañado (según las leyes vigentes) si así lo desea a la consulta o atención, excepto en situaciones donde amerita procedimientos quirúrgicos o su salud ha sido afectada por un riesgo biopsicosocial o ambiental, en donde deberá entrar acompañado por una persona responsable.

1.3 Al momento de iniciar la atención se debe garantizar al adolescente que toda la información que obtenga el profesional de la salud se resguardará con absoluta confidencialidad, exceptuando los casos donde no revelar información implique peligros para la persona atendida o terceros (Artículo 18 y 19 de la Ley N°68 de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada).

C. Proceso de Atención del Adolescente

1. El personal de Registros Médicos deberá abrir el expediente clínico y entregar la tarjeta de citas a los adolescentes que demanden cualquier servicio en las instalaciones de salud.

- 2. La atención y actividades con los adolescentes serán anotadas en la hoja de registro diario de actividades y atención, en la tarjeta de seguimiento de casos, en la ficha escolar o del adolescente y en la Libreta del Niño, Niña y del Adolescente.
- 3. En las regiones en donde el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) se encuentre habilitado toda esta información deberá ser completada siguiendo lo establecido por el programa. De no haber sistema electrónico se continuará a través del expediente físico.
- 4. La Historia Clínica del Adolescente se completa al ingresar el paciente al programa de adolescentes y su seguimiento se hará en la sección de evolución del mismo expediente.
- 5. Al llenar la Historia del adolescente, cuando alguna de las respuestas señale un cuadro amarillo, implicará una situación de riesgo a la cual el profesional de salud deberá ofrecer alguna intervención: educativa, terapéutica, referencia u otra.

D. Evaluación de los factores protectores y de riesgo (Ver Anexo No. 4).

La misma debe identificar los principales factores de riesgo y factores protectores de la salud: psicosociales, ambientales, biológicos y de la salud sexual y reproductivos, tanto individuales como familiares en cada consulta.

Los factores identificados requerirán que el personal de salud establezca intervenciones específicas: Entregas educativas en la consulta, referencia a un área especializada (trabajo social, psiquiatría) o nivel diferente, plan terapéutico y seguimiento consensuados con el adolescente y familiares, referencia a grupos u organizaciones comunitarias.

1. A todo adolescente se le debe hacer una evaluación acerca de la interacción positiva y/o negativa relacionada con su familia y su red social, al menos una vez al año.

De existir trabajo social o equipo de salud mental estos deben realizar esta actividad.

- 1.1 Detección de riesgos y vulnerabilidad psicosocial. Aspectos por investigar: Actividades sociales, antecedentes de salud de la familia, funcionalidad familiar, percepción del adolescente de su relación familiar, estructura familiar, nivel socioeconómico de la familia, integración social, reconocimiento social, capacidad de socializar, entre otros.
- 1.2 Ante una irregularidad en uno de los aspectos investigados; el adolescente debe ser referido a Trabajo Social, Salud Mental o a una institución con capacidad resolutive, según corresponda.

g) Examen físico completo

En todas las visitas anuales del adolescente se le debe medir y evaluar peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria. Esto se hará conforme a las gráficas y estándares establecidos por los Programas de Salud del Adolescente y de Nutrición. Descartar probabilidades de Cáncer en el adolescente. (Anexo No.5).

1.A todo adolescente que acuda a los servicios de salud se les deberá evaluar el estado de sus inmunizaciones y se actualizará según las normas del PAI en la Libreta del Niño, Niña y del Adolescente. (Anexo No.6)



2. Se debe realizar examen del oído cada año. El Médico realizará la otoscopia en ambos oídos y dará las indicaciones necesarias para cada caso.

2.1 Las edades a las que se recomienda hacer Audiometría corresponden a los 12 y a los 16 años (7 y 11 grado escolar). Si se detecta alguna alteración en una o ambas evaluaciones el estudiante deberá ser referido a un Médico Otorrinolaringólogo en una instalación de salud cercana.

3. Según la guía de atención, la evaluación de la agudeza visual se hará en cada visita anual del adolescente. La evaluación puede realizarse por medio de la Cartilla de Snellen o por refracción por un oftalmólogo u optómetra. Aquellos pacientes que acudan por dificultad o disminución de la visión serán referidos inmediatamente para evaluación por oftalmólogo. (Ver Anexo No. 7).

4. El equipo de salud (médico, enfermera) debe evaluar el estado nutricional de los y las adolescentes que acudan a la instalación de salud. De existir nutricionista esta debe realizar la actividad descrita.

4.1 Evaluación del peso, talla e índice de masa corporal.

4.2 Evaluar riesgo de sobrepeso y trastorno de la conducta alimentaria.

4.3 La evaluación se realiza a través del Índice de Masa Corporal (IMC) por sexo y edad.

4.4 Se debe clasificar el estado nutricional tomando en cuenta los parámetros según el sexo y la edad.

- Normal: Si el IMC está dentro del percentil 5 a 85 de la gráfica del estado nutricional por sexo y edad.
- Bajo Peso: Si el IMC es inferior al percentil 5 de la gráfica del estado nutricional por sexo y edad.
- Riesgo de Sobrepeso: Cuando el IMC está entre el percentil 85 y 95 de la gráfica del estado nutricional por sexo y edad.

5. El Equipo de salud debe referir al profesional de nutrición a los adolescentes que presenten situaciones que requieran atención especializada.

5.1 Los casos que deben ser referidos para evaluación por Nutrición incluyen las siguientes situaciones:

- Trastornos nutricionales: Dislipidemia, bajo peso, anemia, obesidad.
- Trastornos de conductas alimentarias: Estos pacientes requieren referencia para Salud Mental.
- Trastornos del metabolismo: Bocio, Diabetes Mellitus o Síndrome Metabólico. Estos pacientes pueden requerir referencia a endocrinología.

5.2 La Evaluación del crecimiento físico se realiza por medio de las curvas de estatura para la edad. (Ver Anexo No. 8).

5.3 Se debe evaluar el desarrollo normal del adolescente siguiendo la referencia de la presente norma y el formulario de evaluación del desarrollo del adolescente. (Ver Anexo No. 9).

5.4 La Evaluación de la maduración sexual se hará por medio de la Escala de Tanner. (Ver Anexo No. 10).



6. Los adolescentes tienen derecho a la evaluación de su salud sexual y reproductiva, por lo menos una vez al año, actividad que debe realizar el médico y la enfermera.

6.1 Consultar a los adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su sexualidad, al menos una vez al año, habiendo o no iniciado sus relaciones sexuales: Conflictos con relación a la sexualidad y orientación sexual, sentimientos frente a la masturbación, inicio precoz de las relaciones sexuales sin información, características de las relaciones de pareja (ver Anexo. 11), indagar por relaciones que impliquen abuso, violencia y explotación sexual comercial, molestia o dificultades en sus relaciones sexuales, falta de deseo sexual, fobia a las relaciones sexuales, falta de erección, eyaculación retardada (parcial o precoz), falta de orgasmo, dolor y vaginismo.

6.2 Indagar acerca de los comportamientos sexuales de riesgo para embarazo y/o infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida. Ofrecer las pruebas diagnósticas para VIH y Sida al menos una vez al año o en situaciones de riesgo a los adolescentes que tiene relaciones sexuales.

6.3 Investigar sobre situaciones de abuso sexual ocurridas en el pasado /presente y proceder al llenado del Formulario de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor. (Ver Anexo No. 12).

6.4 Preguntar acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene sobre la sexualidad.

6.5 Validar existencia en la familia de antecedentes de madre o hermana embarazada adolescente.

6.6 Efectuar consejería genética cuando se detecten factores de riesgo o predisposición genética sobre una afección en particular.

6.7 Indagar la utilización de algún método anticonceptivo y ofrecer consejería sobre anticoncepción, riesgos y ventajas, haya o no iniciado relaciones sexuales sin que esté presente su acompañante (madre, padre, acudiente) durante la actividad.

6.8 Realizar un PAP anual o con mayor frecuencia de acuerdo con el criterio médico, a todas las adolescentes que tiene vida sexual activa.

7. El personal de salud (médico, odontólogo, enfermera, trabajador social) deben detectar y captar tempranamente (antes de las 20 semanas de gestación) a toda adolescente embarazada. (Ver Anexo No. 13)

7.1 Aprovechar las visitas a la comunidad, independientemente de su objetivo inicial, para detectar tempranamente a toda adolescente embarazada: Indagar a la adolescente embarazada o a su familiar para conocer si está controlándose en la instalación de salud, revisar la tarjeta de control de embarazo, referirla a la instalación si no ha iniciado el control de su embarazo o no asiste a las citas de control, orientar a la adolescente embarazada y a su familiar sobre la importancia del control del embarazo, captación e ingreso del programa en el momento que acude a la instalación de salud y dentro del listado general de embarazadas de las comunidades, determinar el número de adolescentes embarazadas.

8. El personal de salud (médico, odontólogo, enfermera, trabajador social, personal de salud mental) deben participar en la atención del primer control prenatal de la adolescente embarazada.

8.1 Evaluar la condición física y psicosocial de la adolescente embarazada de acuerdo con la atención general de la gestante como lo establece las Normas Técnicas -Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer y las Normas Integrales para Salud de la Población y el Ambiente vigentes.



- 8.2 Detectar riesgo biológico tomando como referencia las Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer y las Normas Integrales para Salud de la Población y el Ambiente vigentes.
- 8.3 Determinar niveles de riesgo en adolescentes embarazadas. Referir al especialista según necesidad e igualmente al equipo de salud mental, trabajo social, odontología y nutrición.
- 8.4 Determinar la clasificación de la embarazada según riesgo (Bajo, Alto, Muy Alto Riesgo Materno Perinatal) basándose en las Normas Técnicas - Administrativas Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer vigente.
- 8.5 Planear consejería a la pareja de la adolescente embarazada para destacar la importancia, necesidad de apoyo y participación del padre del niño (a), durante el proceso del embarazo, parto, cuidados del recién nacido y el resto del periodo de crecimiento y desarrollo. Referir al equipo de salud mental y trabajo social.
- 8.6 Dar consejería de acuerdo con los factores de riesgo biológico y psicosociales detectados.
- 9. El equipo de salud debe realizar visita domiciliaria a la adolescente embarazada que no asista a los controles y citas correspondientes.**
- 9.1 Planear visitas domiciliarias integrales basados en la agenda de citas y la tarjeta de seguimiento de casos.
- 9.2 Orientaciones a la pareja y familia de la adolescente embarazada durante la visita domiciliaria: Importancia del apoyo familiar y de la pareja, evaluar la aceptación o rechazo del embarazo, necesidad del apoyo económico, emocional y físico a la adolescente, participación de la familia para disminuir los efectos de los factores de riesgo sobre la adolescente, reforzar las fechas de citas de control y ventajas de acudir a los controles de salud (debe ser lo más pronto posible y con el personal adecuado), orientación sobre los signos de alerta durante el embarazo, entrega de micronutrientes en cantidad que cubra hasta su próxima cita y a todas las pacientes se les brindará información acerca de sus derechos.
- 10. El equipo básico de salud capacitado (médico, enfermera, trabajador social) brindarán consejería en las citas de control a la adolescente embarazada y a su pareja, durante el embarazo, parto y puerperio.**
- 10.1 En las citas de controles se dará consejería acerca de los siguientes temas:
- 10.1.1 Durante el embarazo: Preparación para la maternidad, relaciones de equidad entre hombres y mujeres, aceptación de su rol de madre y de padre, preparación para la lactancia materna y sus ventajas, cuidado del recién nacido y citas de control, derechos del niño y orientación sobre la inscripción en el registro civil, higiene, alimentación, nutrición, ejercicios y vestuarios, proyecto de vida y la necesidad de continuar sus estudios, importancia del control prenatal y la atención hospitalaria del parto, identificación de signos de alarma por la adolescente embarazada y sus familiares, importancia de cuidar y conservar la tarjeta de los controles de embarazo.
- 10.1.2 Antes de su egreso de la maternidad: Lactancia materna, cuidados del recién nacido, métodos anticonceptivos post parto, controles de salud del recién nacido y registro del recién nacido.
- 10.1.3 En el control de puerperio, entre los 7 y 15 días post parto, ofrecer la atención y recomendaciones según las Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer vigente.



10.1.4 Posterior al puerperio, la adolescente debe ser reincorporada y/o referidas al programa de salud integral del adolescente y beneficiarse de todas las actividades que se desarrollen.

11. El equipo de salud organizará grupos de adolescentes embarazadas, solteras y/o con sus parejas.

11.1 Diseñar un programa con contenido educativo para desarrollar en el grupo de adolescentes embarazadas. (Ver Anexo No. 14).

11.2 Presentar el Programa diseñado a todos los funcionarios de la instalación de salud, a las autoridades locales, sociedad civil, para gestionar el apoyo a las actividades que se ejecutarán y selección de los facilitadores para el desarrollo de los temas.

11.3 Hacer una lista de los recursos requeridos, preparar el material impreso para distribuir a los participantes, ejecución del programa y elaborar los informes de cada sesión.

11.4 Considerar posibilidad de aprovechar esta oportunidad para realizar una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) relacionadas con la salud sexual y reproductiva que les permita diseñar intervenciones de promoción y prevención.

11.5 Consignar las intervenciones efectuadas en el formulario de registro diseñado para tal fin y evaluación del programa.

12. El médico y la enfermera deben atender la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar a todo adolescente que lo solicite.

12.1 Historia clínica del adolescente completa: Datos generales: Sexo – Edad, antecedentes personales: edad de la menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, ciclos menstruales, infecciones genitales y de transmisión sexual, embarazos anteriores, abortos, antecedentes de la pareja: Número de parejas, infecciones de transmisión sexual, trastorno de la alimentación y disfunciones sexuales.

12.2 Examen físico: Toma de peso, talla, presión arterial, desarrollo de maduración sexual según Tanner, evaluación del desarrollo, palpación de la glándula Tiroides, examen pélvico (puede efectuarse en la segunda consulta, toma de PAP, estudio bacteriológico de secreciones vaginales, exámenes de laboratorios según criterio médico).

12.3 Seguimiento: La segunda consulta se realizará en 8 semanas.

12.4 Selección y prescripción del método anticonceptivo. Véase las Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer vigente.

13. El equipo de salud debe ofrecer consejería sobre métodos anticonceptivos a todos los adolescentes que lo soliciten (preferiblemente con su pareja) hayan o no iniciado relaciones sexuales (incluye prácticas sexuales no coitales).

13.1 Garantizar la confidencialidad y la participación del adolescente y no hacer juicios valorativos sobre el comportamiento del adolescente.

13.2 La consejería debe abordar los siguientes temas: Métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes: Hormonales, mecánicos de barrera, anticoncepción de emergencia y abstinencia.



13.3 Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, la doble protección tanto para la prevención del embarazo como de las ITS/VIH/Sida, así como para posponer el primer embarazo y la ampliación del periodo intergenésico.

13.4 Conceptos de género (acceso y control de los recursos, roles de género) que permitan al adolescente la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos que sea el producto de una negociación de ambos.

13.5 Participación de la pareja en la elección y el uso de método anticonceptivo (si está presente). (Ver Anexo No. 15)

14. Si el adolescente no ha iniciado actividad sexual se reforzará la abstinencia y se orientará sobre sexo seguro.

15. El médico y la enfermera responsable de la atención de la consulta del adolescente debe realizar la evaluación de columna vertebral para la detección de posturas anormales (escoliosis y cifosis) en cada cita de control. (Ver Anexo No. 16)

15.1 Se requieren radiografías postero-anterior (PA) de pie, cuerpo entero y vistas laterales. Para confirmar el diagnóstico de escoliosis, evaluar la etiología (congénita, neuromuscular, idiopática), determinar el patrón de curva y medir la magnitud (ángulo de Cobb) y evaluar la madurez esquelética (para determinar el riesgo de progresión). Todos los pacientes con sospecha de escoliosis deben ser referidos a los médicos especialistas para su evaluación (Ortopedia). En los casos que sea posible enviarlos con las radiografías arriba descritas.

16. El médico y la enfermera responsable de la atención de la consulta de la adolescente con vida sexual activa deberá realizarle la citología vaginal según las Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer vigente.

17. El médico responsable de la atención de la consulta de la adolescente solicitará y evaluará según cuadro No.9 los siguientes laboratorios: Hemoglobina y hematocrito, creatinina y/o nitrógeno de urea, las pruebas de heces y orina, perfil lipídico, solubilidad de hemoglobina y/o electroforesis de hemoglobina (una vez en la vida), adolescentes de ambos sexos con vida sexual activa: VDRL, VIH. (Ver Anexo No.17).

18. El médico responsable de la atención de la consulta de la adolescente evaluará e indicará según la necesidad de los complementos nutricionales. Ver normas vigentes de Salud sexual y reproductiva y de Micronutrientes.

19. Todo adolescente debe ser referido a la consulta odontológica para ser evaluado integralmente y determinar los factores de riesgo cariogénico, periodontal y de crecimiento y desarrollo de los maxilares por lo menos cada año.

19.1 Referir al Adolescente a la Consulta odontológica según el flujograma.

19.2 Realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento, además de establecer el sistema de atención por citas según Normas de Atención de Salud Bucal vigentes.



20. El odontólogo (a) realizará el Plan de Tratamiento propuesto según los riesgos del paciente.

20.1 Orientar al adolescente acerca del autocuidado de su salud bucal, aplicará las técnicas preventivas descritas en los protocolos de atención en Salud Bucal según riesgo, realizará las acciones clínicas y terapéuticas necesarias y oportunas para rehabilitar la funcionalidad de los tejidos orales, (captación y orientación al adolescente, historia clínica y examen, evaluación del crecimiento y desarrollo de los maxilares y cambios de dentición, control de higiene oral, técnica de cepillado, profilaxis, aplicación del barniz de flúor, plan de tratamiento, promoción y educación en el auto cuidado (Ver Normas Técnicas, Administrativas y Protocolos de atención en Salud Bucal del primer Nivel de Atención, vigentes).

21. La atención y actividades con los adolescentes serán anotadas en la hoja de registros diarios de actividades y atención, en el expediente clínico, en la tarjeta de seguimiento de casos, en la ficha escolar o del adolescente y en la tarjeta de vacunación (Libreta del Niño, Niña y Adolescente).

22. El médico y la enfermera responsable de la atención de la consulta del adolescente ante la sospecha de trastornos y disfunciones en la salud mental o con riesgo suicida se debe evaluar inmediatamente a los adolescentes de acuerdo con las Normas del Programa Nacional de Salud Mental vigentes.

22.1 Ante la sospecha de depresión se puede realizar un tamizaje durante la consulta.

Cuadro No.9

TEST DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

No.	Interrogantes	Respuesta	
		SI	NO
1.	Tiene sentimientos de tristeza y/o irritabilidad	SI	NO
2.	¿Ha perdido el interés o placer en actividades que antes disfrutaba?	SI	NO
3.	¿Ha tenido cambios importantes en el peso o apetito?	SI	NO
4.	¿Ha tenido cambios en las pautas de dormir (disminución o aumento de las horas de sueño)?	SI	NO
5.	¿Tiene con frecuencia sentimientos de culpa o inutilidad?	SI	NO
6.	¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones?	SI	NO
7.	¿Siente fatiga o pérdida de energía?	SI	NO
8.	¿Ha tenido agitación o disminución de la actividad que hayan notado otros?	SI	NO
9.	¿Ha tenido pensamientos de suicidio o muerte?	SI	NO



10.	¿Le sucede todo esto desde hace más de dos semanas?	SI	NO
-----	---	----	----

Interpretación:

- La sospecha de depresión requiere que los síntomas estén presentes por 2 o más semanas. Aunque tenga síntomas depresivos, si no tiene la duración suficiente se excluye el diagnóstico de depresión.
- Menos de cinco respuestas afirmativas indica que no hay sospecha de que sufra depresión clínicamente significativa, aunque tenga síntomas depresivos por más de 2 semanas.
- Cinco o más respuestas afirmativas con dos o más semanas de evolución indican que posiblemente este sufriendo de depresión. El paciente debe ser referido a salud mental para confirmar el diagnóstico.
- La presencia de ideas suicidas, aunque no se acompañen de la sospecha de depresión, es suficiente para que sea referido a salud mental.
- Excluir la sospecha de depresión, no excluye la presencia de otras patologías, por lo que ante dudas en cuanto al diagnóstico debe referirse a salud mental para una evaluación profunda.

22.2 El equipo de salud debe atender a todo adolescente que consulte por trastornos debido al consumo de alcohol y otras drogas.

22.3 El equipo de salud (médico, enfermera, psicólogo, trabajadora social) debe atender a todo adolescente que consulte por Violencia o Sospecha de Violencia Doméstica.

23. El equipo de salud, en el momento de la consulta y cuando así lo requieran, ofrecerá al adolescente consejería, asesoría y educación en salud.

- 23.1 Entregas educativas (asesorías, volantes, folletos, entre otros), con el propósito de fomentar las conductas saludables en los adolescentes y su familia.
- 23.2 Entregas educativas a padres, tutores o acompañantes sobre aspectos normales de la adolescencia, la prevención de riesgos, apoyo en el desarrollo físico, mental y emocional, solución de problemas, entre otros. La participación de los familiares, tutores y/o acompañantes debe contar con la aprobación del adolescente excepto si peligra la vida o bienestar de este.
- 23.3 Las entregas educativas estarán basadas en riesgos o problemas identificados durante la evaluación.
- 23.4 Esta actividad debe ser impartida por cualquier trabajador de la salud con capacitación en la técnica de consejería y en salud integral de adolescente.
- 23.5 Ambiente propicios para el desarrollo de la consejería: seguro, cómodo y con privacidad.
- 23.6 La consejería se impartirá a todos los adolescentes sin discriminación por etnia, edad,



género, discapacidad, orientación sexual, privados o no de libertad, afiliación política, entre otros.

23.7 El trabajador de la salud que imparta la consejería es responsable del registro de los temas abordados haciendo referencia si es intra o extrainstitucional y las recomendaciones pertinentes al adolescente, en la tarjeta de seguimiento de caso y en el registro diario de actividades. Una lista de los diversos temas abordables aparece en el Cuadro No.7.

Los siguientes temas serán priorizados en la atención del adolescente:

- Recomendaciones sobre las necesidades nutricionales del adolescente. (Ver Anexo No. 18).
- Recomendaciones sobre las relaciones de pareja. (Ver Anexo No. 19).
- Prevención de accidentes y conductas de riesgo. (Ver Anexo No. 20).

V.ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD

A. Estrategia

Desarrollar acciones o actividades de manejo y seguimiento de la morbilidad biopsicosocial más frecuente en los adolescentes, basándose en las normas y protocolo de salud transversalizando la perspectiva de género a todo lo largo del proceso y tomando en cuenta la diversidad por etnia, religión, discapacidad, orientación sexual, edad, cultura, afiliación política, que trabajan, privados o no de libertad y nivel económico. Todo ello vinculado a un enfoque holístico.

1. **Responsables del Componente de Atención de los Adolescentes:** médicos generales y especialistas, odontólogos, enfermeras, técnicos de enfermería, trabajadores sociales, ayudantes de salud, psicólogos, nutricionistas y otros especialistas.
2. **Universo:** Población estimada para las edades específicas de 10 a 14 años y 15 a 19 años.
3. **Cobertura:** 100% de la demanda por morbilidad.
4. **Rendimiento:**

Atenciones de Morbilidad (Médicos generales y especialistas)		
Actividad	Rendimiento (pacientes x horas)	Tiempo de la atención (minutos)
Atención de Morbilidad		
Primera vez	3	20
Reconsulta	3	20

5. **Todo adolescente que acuda a una instalación de salud para atención por morbilidad se ingresará al programa y se le ofrecerá una atención integral incluyendo la realización de historia clínica, valoración psicosocial, control de**



crecimiento y evaluación del estado nutricional, examen físico completo, evaluación de la salud oral, pruebas de tamizaje por patologías priorizadas, entregas educativas, asesoría, consejería y el tratamiento y referencias específicas necesarias.

6. El médico y la enfermera deben atender la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar a todo adolescente que lo solicite.
7. El equipo de salud debe establecer sesiones de discusión de situaciones de adolescentes que demanden intervenciones de mayor profundidad, tales como: abandono, adolescentes embarazadas sin red social de apoyo, adolescentes con problemas nutricionales, adolescentes con intentos suicidas, violencia doméstica, aborto, depresión, uso de sustancia lícitas o ilícitas, duelo, discapacidad, trabajadores, privados de libertad entre otras.
- 7.1 Cada miembro del equipo de salud deberá evaluar la situación presentada por el adolescente, elaborar un informe con los hallazgos encontrados y anexarlos al expediente clínico.
- 7.2 El médico tratante debe convocar la reunión con las disciplinas relacionadas con la situación del adolescente y elaborar el Plan de Seguimiento incluyendo la visita domiciliaria multidisciplinaria.
- 7.3 El director de la instalación de salud debe ofrecer las facilidades al equipo de salud tratante del adolescente para que realice visita domiciliaria con los siguientes objetivos:
- a. Captación precoz de adolescentes.
 - b. Motivación para el control médico preventivo.
 - c. Seguimiento del adolescente que abandonan la consulta y/o tratamiento.
 - d. Confirmar la dinámica familiar, la situación socioeconómica y cultural.
 - e. Conseguir apoyo familiar para la solución de situaciones detectadas en los Adolescentes.
 - f. Proporcionar orientación y consejería.
 - g. Búsqueda de contactos de adolescentes con Tuberculosis, ITS, VIH/Sida, consumo de sustancias ilícitas, otras.
 - h. Evaluar el entorno en que vive el adolescente.
- 7.4. Los integrantes del equipo de salud involucrados en la atención del adolescente se reunirán las veces necesarias para dar seguimiento y para buscar alternativas de apoyo.
8. El equipo de salud ante sospecha de trastornos y disfunciones en la salud mental debe evaluar inmediatamente a los adolescentes de acuerdo con las Normas Nacionales del Programa de Salud Mental.

Intervenciones:

Investigar sobre:

- 8.1.1 Antecedentes personales y familiares de enfermedades mentales.
- 8.1.2 Comportamiento en el ámbito familiar, escolar y/o laboral.
- 8.1.3 Estilos de vida.
- 8.1.4 Proyecto de vida

Si sospecha de trastorno en la salud mental del adolescente, referir al equipo de salud mental.



Listado de la clasificación de las enfermedades y del Comportamiento. (Ver Anexo No. 21)

9. El equipo de salud debe atender a los adolescentes con bajo rendimiento escolar.

Intervenciones:

- 9.1 Evaluación del adolescente para determinar las causas del bajo rendimiento escolar:
 - 9.1.1 Trastornos físicos (visión, audición, nutricionales, enfermedad crónica).
 - 9.1.2 Trastornos mentales.
 - 9.1.3 Problemas familiares.
 - 9.1.4 Dificultades específicas (lectura, escritura, cálculo, falta de concentración).
 - 9.1.5 Problemas económicos (pobreza, pobreza extrema).
 - 9.1.6 Consumo de alcohol y otras drogas.
 - 9.1.7 Abuso sexual.
 - 9.1.8 Violencia doméstica.
 - 9.1.9 Derivación del adolescente hacia el especialista que debe atender su situación.
 - 9.1.10 Orientación a la familia.
 - 9.1.11 Continuar la coordinación con el centro educativo.

10. El equipo de salud debe evaluar inmediatamente a todo adolescente con riesgo suicida.

10.1 Los casos de adolescentes con conductas de riesgo suicida (ideación, intento y/o lesiones autoinfligidas, deben ser referidos de inmediato a una instalación de segundo o tercer nivel de complejidad para su evaluación correspondiente con el acompañamiento de un cuidador o tutor responsable. *Ver Subprograma de Conductas de Riesgo Suicida de la Norma Técnica Administrativa Nacional de Salud Mental.*

11. El equipo de salud debe evaluar a los adolescentes que acudan por sospecha de depresión.

Intervenciones:

- 3.1 Evaluar la condición del adolescente, a través de entrevista, observación y la aplicación de pruebas sencillas diseñadas para detectar la presencia de depresión.
- 3.2 La atención se hará en conjunto con el departamento de salud mental de la instalación o con el respectivo centro de referencia.
- 3.3 Se elaborará un plan de intervención que incluya lo siguiente:
 - 3.3.1 Explicación sobre las causas de la depresión y mecanismos de manejos.
 - 3.3.2 Orientación a la familia.
 - 3.3.3 Trabajar las habilidades para vivir.
 - 3.3.4 Enseñar técnicas de meditación y relajación.
 - 3.3.5 Si es necesario prescribir un antidepresivo.
 - 3.3.6 Seguir la Guía de los Seis (6) Pasos de Intervención en Crisis vigente.
 - 3.3.7 Referir inmediatamente al hospital ante las siguientes situaciones:
 - Hay alucinaciones o delirios.



- Ideas o intentos de suicidios.
- Antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

12. El equipo de salud debe atender a todo adolescente que consulte por trastornos debido al consumo de alcohol y otras drogas.

Intervenciones:

- 12.1 Orientación al adolescente y su familia sobre los daños que ocasiona el consumo de alcohol y otras drogas, al cuerpo humano, a la familia y comunidad.
- 12.2 Referencia hacia grupos de apoyo, al paciente y a su familia.
- 12.3 Derivación hacia el equipo de salud mental.

13. El equipo de salud (médico, enfermera, psicólogos, trabajador social o técnico en enfermería) debe atender a todo adolescente que consulte por violencia o sospecha de violencia doméstica.

Intervenciones:

- 13.1 Atender la situación de acuerdo con lo establecido en el “Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de salud” vigente.
- 13.2 El abordaje de estos casos debe ser interdisciplinario.
- 13.3 Hacer las sinergias pertinentes para proteger a la víctima, hasta que pueda ser atendida por las autoridades competentes y colocadas en un lugar seguro alejado de su ofensor u ofensora.
- 13.4 Prevenir embarazo de acuerdo con las Normas de Atención en Anticoncepción de Emergencias vigente, en caso de abuso sexual en las últimas 72 horas.
- 13.5 Prevenir ITS de acuerdo con las Normas Nacionales de Manejo de las ITS vigente.
- 13.6 Derivar hacia grupos de autoayuda.

14. El equipo de salud debe atender a todo adolescente que consulte por alguna preocupación relacionada con la función sexual.

Intervenciones:

- 14.1 Escucharlo y tranquilizarlo.
- 14.2 Evaluación clínica.
- 14.3 Ofrecer consejería sobre el desarrollo psicosocial y la respuesta sexual humana.

15. El equipo de salud debe evaluar a los adolescentes que consulten por presentar un problema relacionado con la función sexual, tales como: Trastornos de la fase orgásmica, trastorno de la fase de excitación, trastornos en la fase del deseo, trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales, dispareunia funcional y fobia a las relaciones sexuales.

Intervenciones:

- 15.1 Escucharlo y tranquilizarlo.



- 15.2 Indagar acerca de los aspectos familiares, psicológicos, sociales, asociados a los problemas que afectan a los adolescentes.
- 15.3 Evaluación clínica y/o descartar una patología orgánica.

16. El equipo de salud debe considerar la orientación sexual, al atender a los adolescentes.

Intervenciones:

- 16.1 Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
- 16.2 No asumir siempre que la orientación sexual será siempre heterosexual.
- 16.3 Consulte la Guía Infanto Juvenil vigente.

17. El trabajador de la salud que atiende a un adolescente con orientación homosexual debe tomar en cuenta que tiene las mismas necesidades que los heterosexuales.

Intervenciones:

- 16.1 Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
- 16.2 Ofrecer consejería para el abordaje de inquietudes planteadas por los adolescentes.
- 16.3 La homosexualidad no debe considerarse como una patología.
- 16.4 Los adolescentes deben recibir la misma atención sin discriminación por su orientación sexual.
- 16.5 Aprovechar el momento de la atención para promover la práctica de sexo seguro y responsable.
- 16.6 No estigmatizar a los adolescentes debido a su orientación sexual.
- 16.7 Orientar a la familia hacia la aceptación de la orientación sexual del adolescente atendido, si está de acuerdo.
- 16.8 Referir al adolescente a salud mental si se observa la presencia de conflictos en el manejo de su orientación sexual.

18. El médico debe evaluar y tratar a todo adolescente que consulte por Hidrocele, Epididimitis/orquitis (dolor testicular intenso, aumento de volumen testicular, inflamación del escroto, fiebre, rubor, calor, malestar general, con o sin secreción uretral), Varicocele (aumento del volumen del escroto por distensión venosa, que aumenta con la posición de pie, hay sensación de venas en el escroto), Criptorquidia (falta de descenso de uno o los dos testículos) o Anorquidia (ausencia testicular congénita o adquirida), Tumores del testículo.

Intervenciones:

- 18.1 Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
- 18.2 Escuchar con interés, empatía y tranquilizarlos.
- 18.3 Explicar al adolescente y su familia la sospecha diagnóstica.
- 18.4 Estabilizar y trasladar al hospital más cercano, de mayor complejidad, para evaluación y realización de estudios especiales de diagnóstico y tratamiento.



19. El médico o la enfermera evaluará al adolescente que consulte por alteraciones de la pubertad o patologías tales como:

- Retardo en la maduración sexual. (Tanner). (Ver Anexo No.10)
- Ausencia de menarquia o polución.
- Trastornos del ciclo menstrual: Amenorrea, amenorrea secundaria, oligomenorrea, hipermenorrea, dismenorrea, tensión premenstrual.
- Ginecomastia.
- Alteraciones del desarrollo mamario.
- Alteraciones de la Columna Vertebral. (Ver Anexo No.16)

Intervenciones:

- 19.1 Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
- 19.2 Explicar en qué consiste el problema de salud al adolescente, su familia, consecuencias y tratamiento.
- 19.3 Tranquilizar al adolescente y su familia.
- 19.4 Explorar si este problema está afectando su salud mental.
- 19.5 Consultar la Guía Infante Juvenil vigente.
- 19.6 Referir, cuando sea pertinente, hacia el especialista en el nivel correspondiente.
- 19.7 Explicar al adolescente y a su familia el motivo de la referencia y los trámites que deben realizar.

20. El médico o la enfermera evaluará al adolescente que consulte por vulvovaginitis y considerar que puede ser de múltiples etiologías entre ellas:

- 20.1 Por Cándida: Clotrimazol 1% crema 5g intravaginales x 7 días
Clotrimazol 2% crema 5g intravaginal por 3 días
Miconazol 2% crema 5g intravaginal por 7 días

Se debe considerar tratamiento a la pareja sexual en caso de infecciones recidivantes, considerar: Fluconazol 150 mg V.O. una toma o Ketoconazol 2 tabletas bid V.O. por 5 días.

- 20.2 Por Tricomonas: Metronidazol 500 mg V.O. bid por 14 días
NO se puede tomar alcohol durante el tratamiento por el efecto antabus del medicamento.
Ante la sospecha de otra etiología referir al especialista.
Para ampliar la información referirse a la Guía de Manejo de las Infecciones Ginecológicas, MINSA-CSS 2021.

21. El equipo de salud debe atender a toda adolescente por los siguientes motivos de consulta: Rechazo o temor hacia su actual embarazo, solicita interrupción de su embarazo y si ha tenido un aborto espontáneo o inducido.

Intervenciones:

- 21.1 Rechazo o temor hacia su actual embarazo.
 - 24.1.1 Todos los motivos deben ser atendidos integralmente (médico, enfermera, trabajador social, ayudante de salud). De igual manera deben recibir consejería orientada hacia la aceptación de su embarazo.
- 21.2 Solicita interrupción de su embarazo.
 - 21.2.1 Ofrecer consejería



- 21.2.2 Explicar las implicaciones legales, médicas, psicosociales y las indicaciones terapéuticas para la interrupción del embarazo.
- 21.2.3 Trabajar en conjunto con la adolescente alternativas diferentes al aborto, tales como: dar la patria potestad a los padres de la adolescente, dar al niño en adopción u otras.
- 21.3 Ha tenido un aborto espontáneo o inducido.
 - 21.3.1 Ante el aborto inducido ofrecer consejería.
 - 21.3.2 Ante la presencia de sentimientos ambivalentes, que afectan la condición emocional de la adolescente, referir a salud mental.
 - 21.3.3 Si la adolescente está de acuerdo dar consejería a la familia.



22. El médico debe de atender a toda adolescente que presente aborto en evolución inminente.

Intervenciones:

- 22.1 Ver Guías de Atención de Embarazo de Alto Riesgo vigente.
- 22.2 Referir a la adolescente hacia la instalación con capacidad resolutive para atenderla.

23. Toda adolescente que haya presentado un aborto debe ser atendida por el equipo de salud.

Intervenciones:

- 23.1 Brindar consejería haciendo énfasis en los diferentes métodos anticonceptivos.
- 23.2 Dar seguimiento a las indicaciones del profesional de salud en la instalación donde fue atendida.
- 23.3 Acudirá a cita de control puerperal al octavo día.
- 23.4 Se le ofrecerá algún método anticonceptivo.
- 23.5 Se anotará en la hoja de registro diario como Puerperio Post Aborto.

24. El equipo de salud deberá atender a la pareja de la adolescente atendida por los motivos señalados anteriormente.

Intervenciones:

- 24.1 Incluir a la pareja de la adolescente en las actividades de consejería y planificación familiar.

25. El médico realizará la investigación diagnóstica de ITS/VIH/Sida a todo adolescente que lo solicite o que tenga o se sospeche comportamientos de riesgo.

Intervenciones:

- 25.1 Historia clínica completa.
- 25.2 Evaluación clínica.
- 25.3 Determinación de riesgo: Hacer énfasis en la identificación de comportamientos de riesgo (relaciones sexuales anales, vaginales y orales sin protección, números de parejas sexuales, cambio frecuente de parejas sexuales, historia de ITS, antecedentes de trabajo

sexual, pareja sexual con comportamiento de riesgo, consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, antecedentes de violación o abuso sexual).

25.4 Cuando se identifican conductas de riesgo se debe dar asesoría preprueba y previo consentimiento del adolescente para realizar la misma, sea para una ITS o VIH.

25.5 Ordenar exámenes de laboratorio por sospecha de VIH/Sida: Elisa, Western Blot. Para sospecha de ITS: VDRL, frotis de secreciones y cultivo si lo amerita el caso.

25.5.1 En mujeres: prueba de embarazo y PAP.

25.5.2 Una vez recibido el resultado de la prueba independiente de que ésta sea positiva o negativa se debe brindar asesoría post prueba.

25.5.3 Si las pruebas de Elisa y Western Blot son positivos: se debe canalizar hacia el especialista o una instalación con capacidad resolutive.

25.6 Consideraciones para efectuar la consejería:

25.6.1 Explicar las ventajas de realizar la prueba (diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y reducción del riesgo de transmisión).

25.6.2 Explicar los motivos por los que se ordena la prueba.

25.6.3 Explicar mecanismos de realización de la prueba.

25.6.4 Garantizar la confidencialidad del diagnóstico.

25.6.5 Identificar una persona que apoye al adolescente.

25.6.6 Entregar los resultados de las pruebas personalmente, para lo cual es conveniente que acuda acompañado de su padre, madre, tutor o persona de confianza.

25.6.7 Asesorar acerca de los pasos a seguir (vida sexual, actividad física, nutrición, otros).

25.7 Todo caso en que se confirme ITS y/o VIH se debe manejar integralmente por el equipo de salud (médico general, médico especialista, enfermera, trabajador social, nutricionista, equipo de salud mental).

25.8 Se debe hacer la notificación del caso y la investigación de contactos por el equipo de salud local y epidemiología.

25.9 Completar la atención del adolescente basándose en las normas y protocolos para la atención del Programa Nacional de ITS/VIH/Sida vigente.

26. El médico deberá atender a todos los adolescentes que consulten por acné.

Intervenciones:

26.1 Hacer historia clínica completa y clasificar el grado de severidad. Interrogar por el uso de esteroides, cosméticos y problemas de estrés o ansiedad para hacer el diagnóstico diferencial.

26.2 El tratamiento debe iniciarse desde la aparición de las primeras lesiones e incluye las siguientes acciones

a. Higiene facial.

b. Peróxido de Benzoilo al 5%: Para uso tópico 2 veces al día.

c. De no mejorar en 2 meses, referir a Dermatología.

26.3 El acné severo se debe referir al dermatólogo.

27. El médico debe atender a todo adolescente que consulte por Tiña pedis (pie de atleta”).

Intervenciones:





- 1.1 Hacer historia clínica completa.
- 1.2 Tratamiento:
 - 1.2.1 Cuidados generales para aplicar durante el tratamiento y para evitar las reinfecciones.
 - 1.2.2 Mantener los pies limpios y secos.
 - 1.2.3 Evitar estar descalzo en sitios públicos.
 - 1.2.4 Secarse bien los pies antes de ponerse los zapatos.
 - 1.2.5 Aplicar talco antihongos en los pies y en el interior del calzado.
 - 1.2.6 Usar medias o calcetines limpios y secos.
 - 1.2.7 El calzado debe mantenerse seco y limpio en su interior. Poner al sol con frecuencia.
 - 1.2.8 Cremas fungicidas tales como: Clotrimazol 1%, Miconazol 2%, Ketoconazol dos veces por día de uso tópico por 2-3 semanas.
 - 1.2.9 La afección de las uñas requiere de tratamiento especializado por Dermatología.
 - 1.2.10 Si hay maceración o inflamación puede hacerse lavados con ácido acético diluido (2 cucharadas de vinagre blanco por medio litro de agua).
 - 1.2.11 En caso de presentarse infección bacteriana puede usarse también antibióticos orales por 7 a 10 días:
 - Eritromicina 500 mg cada 8 horas después de la comidas o Amoxicilina 500 mg cada ocho horas.
 - En casos severos y persistentes a pesar de las recomendaciones, referir al dermatólogo.
 - 1.2.12 Proporcionar consejería al adolescente sobre higiene personal y las causas de esta afección, formas de prevención y la importancia de cumplir el tratamiento ordenado.

28. El médico debe atender a todo adolescente que consulte por Ptiriasis versicolor.

Intervenciones:

28.1 Hacer historia clínica completa.

28.2 Tratamiento:

- De uso tópico: Terbinafina 1% 2 veces al día por una semana; Ketoconazol 2% crema o champú cada día por 2 semanas.

En casos severos y si no se observa mejoría después de tratamiento tópico, referir al dermatólogo.

28.3 Proporcionar consejería al adolescente sobre higiene personal y las causas de esta afección, formas de prevención y la importancia de cumplir el tratamiento. Se debe evitar la exposición solar sin protección en horario de 10am-4pm.

29. El médico atenderá al adolescente que presente dermatosis producidas por ácaros en áreas pilosas, tales como el cuero cabelludo y el vello pubiano.

Intervenciones:

29.1 Tratamiento

Ivermectina tabletas:

La ivermectina sólo está autorizada en niños de 15kg y mayores de 2 años.
Se calcula a 200mcg/Kg de peso (0.2mg/Kg de peso).



Se repite a los 7 días.
15 a 20Kg---- 1/2tab.
21 a 40 Kg----- 1 tab(6mg)
41 a 60Kg----- 1 1/2tab
61 a 80Kg----- 2 tab

- 29.1.1 Infestación del cuero cabelludo: mojar bien el cabello con la loción de Permetrina al 5% y dejar por 5-10 minutos y luego lavar. Repetir el tratamiento en 5 días.
- 29.1.2 Infestación del vello pubiano: aplicar la loción de Permetrina al 5% en todo el vello pubiano y áreas pilosas que estén cerca y dejar por 12 horas. Repetir en 4-5 días. Tratar a la familia y a la pareja si lo amerita.
- 29.1.3 Ofrecer consejería sobre hábitos higiénicos, prevención y formas de transmisión según sea el caso.

30. Los adolescentes que presenten una enfermedad crónica no transmisible deben ser atendidos integralmente (médico, enfermera, trabajadora social, psiquiatra, nutricionista, psicólogo).

Intervenciones:

- 30.1 El tratamiento se administrará de acuerdo con lo que establecen las normas de salud vigentes en el país:
 - 30.1.1 Normas integrales para la salud de la población y el ambiente vigente.
 - 30.1.2 Programa de salud dirigidos al adulto- Normas de atención vigente.
 - 30.1.3 Normas para el manejo integral del paciente con hipertensión arterial vigente.
 - 30.1.4 Normas para la atención del paciente con diabetes mellitus vigente.
- 30.2 Brindar consejería al adolescente sobre la enfermedad, tratamiento, estilos de vida y consecuencias.
- 30.3 Proporcionar información a la familia, acerca de la enfermedad y sobre la importancia de su apoyo para que su familiar tenga un mejor pronóstico, acompañado de una buena calidad de vida.
- 30.4 Cada miembro del equipo de salud que atienda al adolescente debe consignarlo en el expediente clínico o historia del adolescente.

31. El médico ordenará las pruebas pertinentes según la Norma Nacional vigente del Programa de Tuberculosis, a todos los adolescentes que:

- 1. Tenga signos y síntomas compatibles con tuberculosis.
- 2. Sea contacto con un enfermo de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.
- 3. Sea portador del VIH o Sida.

Intervenciones:

- 31.1 Diagnóstico: Indicar los exámenes correspondientes según la Norma del Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis vigente.
- 31.2 Tratamiento: Seguir indicaciones contenidas en el Manual de Normas y Procedimiento - Tratamiento acortado estrictamente supervisado - TAES vigente. (Ver Anexo No 22).
- 31.3 Ofrecer consejería al adolescente y su familia acerca de aspectos relacionados con esta enfermedad, tales como: tratamiento, formas de transmisión, consecuencias, el hacinamiento, higiene personal y de la vivienda, su asociación con el VIH.



30.4 Brindar apoyo integral al adolescente que sea diagnosticado como caso, por el equipo de salud (médico, enfermera, trabajador social, nutricionista, psiquiatría, psicólogo).

32. Todo adolescente con anemia deberá recibir tratamiento según esquema y ser referido cuando sea necesario para completar estudios o tratamiento.

Intervenciones:

32.1 Todo adolescente con diagnóstico de anemia leve o moderada será tratado con hematínicos por tres meses o que han recibido tratamiento por tres meses sin presentar mejoría, deberán ser referidos al siguiente nivel de atención.

32.2 Los adolescentes con anemia leve o moderada serán tratados así:

32.2.1 **De 10-11 años:** Hierro 60mg/ día + Ácido Fólico 400 mcg/día por 3 meses.

32.2.2 **De 12-19 años:** Hierro 120 mg/día + Ácido Fólico 400 mcg/día por 3 meses.

32.2.3 **Adolescentes embarazadas:** Hierro 120 mg/día + Ácido Fólico 400mcg/día por tres meses, continuar después con dosis de suplementación preventiva.

32.3 Todo paciente en tratamiento por anemia deberá ser orientado sobre alimentación adecuada.

VI. REHABILITACIÓN

Estrategia: Desarrollar un proceso permanente de participación interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria, familiar y personal que contribuya a la rehabilitación física, psíquica y social de los adolescentes que facilite a este grupo la reinserción en su entorno familiar, escolar y comunitario.

1. Responsables: Médicos generales y especialistas, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogos, terapeutas físicos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, educador para la salud y promotores (capacitados en Rehabilitación Basada en la Comunidad [RBC] y tecnología aplicada a miembros del equipo básico de salud).

2. Universo: Adolescente de 10 a 19 años.

3. Rendimiento: Pacientes con discapacidad se atenderán a razón de 2 pacientes por hora.

4. El equipo de salud debe atender al adolescente con discapacidad para evaluar sus necesidades.

Intervenciones:

3.4 Estas evaluaciones consisten en:

3.4.1 Identificación de las diferencias físicas, sensoriales, intelectuales y mentales.

3.4.2 Evaluación de las limitaciones en sus actividades.

3.4.3 Evaluación de la restricción en la participación.

3.4.4 Observar las habilidades del adolescente o sea lo que pueden hacer, no pueden hacer y podría hacer.

- 3.4.5 Observar las habilidades del adolescente para fomentarlas.
- 4.1.6 Observar las dificultades del adolescente en relación con su vivienda, su familia, su comunidad o vecindario.
- 4.17 Evaluar las necesidades del adolescente. (Ver Anexo No. 23)

5. El equipo básico de salud que trabaja en el Nivel Local debe ejecutar actividades que conduzcan hacia la rehabilitación de los adolescentes con alguna discapacidad temporal o permanente.

- Intervención:
- 5.1 El Director de la instalación de salud debe proporcionar al equipo de salud, las facilidades para efectuar actividades que ayuden en la rehabilitación de las capacidades del adolescente.

6. La intervención dirigida al adolescente para ayudarlo en su rehabilitación física, psíquica y social se realizará de manera integral e interdisciplinaria.

- Intervenciones:
- 6.1 El coordinador (a) convocará al resto del equipo multidisciplinario para efectuar la reunión.
 - 6.2 Elaboración un Plan de Intervención Integral.
 - 6.3 Si la instalación de salud no cuenta con el recurso humano o equipo para dar respuesta a la necesidad del adolescente con una discapacidad, se debe referir hacia una con capacidad resolutive.

7. El equipo de salud debe orientar al adolescente y a su familia acerca de sus necesidades y el manejo de su discapacidad física o psíquica.

- Intervenciones:
- 7.1 Durante la consulta el equipo de salud debe contribuir a que el adolescente con discapacidad conozca nuevas formas para realizar las “actividades de la vida diaria” (comer, bañarse, peinarse), tomando en cuenta las experiencias de adolescentes con afecciones similares.
 - 7.2 El equipo de salud debe orientar a la familia para que realicen las “adaptaciones” en la vivienda y en la comunidad del adolescente discapacitado para darle más independencia.
 - 7.3 Recomendar la realización de actividades de estimulación motora y de salud mental.

8. El equipo de salud debe realizar visita domiciliaria multidisciplinaria a los adolescentes cuya discapacidad le impida acudir a la instalación de salud.

- Intervenciones:
- 8.1 Los proveedores de servicios de salud definirán los objetivos de la visita domiciliaria multidisciplinaria.
 - 8.2 Los objetivos de esta visita deben incluir como mínimo los siguientes:
 - 8.3 Conocer sus condiciones de vida:
 - 8.3.1 Facilidades de la vivienda para manejarse dentro de ella con independencia.
 - 8.3.2 Relaciones familiares.
 - 8.3.3 Inserción en la escuela y en la comunidad.
 - 8.3.4 Calidad de la atención recibida por sus cuidadores.
 - 8.3.5 Determinar el impacto de la discapacidad en el grupo familiar.
 - 8.4 Investigar si está recibiendo terapia de rehabilitación.
 - 8.5 Indagar acerca de las necesidades del adolescente.
 - 8.6 Orientación al adolescente y a su familiar acerca del manejo de su discapacidad.



- 8.7 Derivar al adolescente hacia la instalación de salud o hacia una institución con capacidad resolutive, según corresponda.
- 9. El equipo de salud debe promover la realización de actividades que faciliten la reinserción del adolescente con discapacidad en su medio escolar, familiar y comunitario.**

Intervenciones:

- 9.1 Realizar visitas al hogar del adolescente para hacer recomendaciones que faciliten su reinserción en las actividades diarias de la familia y en las socio-recreativas, culturales en que participen y acerca de las “adaptaciones” que requiere la vivienda para facilitar su autonomía dentro de ella.
- 9.2 Visitar el plantel educativo al que asiste el adolescente para facilitar su reinserción en este medio, procurando que no le lesione su autoestima, que se estimulen y aprovechen sus capacidades integrándolos en las actividades recreativas y culturales.
- 9.3 Hacer recomendaciones a las autoridades locales y municipales para la eliminación de las “barreras arquitectónicas” y acerca de la integración del adolescente en las actividades comunitarias de acuerdo con sus capacidades.
- 10. Los (as) proveedores de servicios de salud deben orientar al adolescente y a sus familiares, acerca de los recursos comunitarios existentes para la confección de “ayudas técnicas” que aumenten su autonomía.**

Intervenciones:

- 10.1 Informar al adolescente y a su familiar los recursos que existen en la comunidad como el Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano (INADEH) , Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MIVIOT) y Lotería Nacional de Beneficencia, entre otros, para diseñar y confeccionar “Ayudas Técnicas” (barandales para colocar en las camas, andaderas, sillas, rampas, barras para los servicios sanitarios y otros) a bajos costos.
- 11. El equipo de salud debe organizar grupos de apoyo y autoayuda para familiares de adolescentes con alguna discapacidad para intercambiar experiencias, que les permitan comprender la causa del impedimento y ayudarlos a mejorar la calidad de vida del grupo familiar y la autonomía de su familiar afectado.**
- Intervenciones:
- 11.1 Reclutamiento de los familiares de adolescentes con alguna discapacidad a través de visitas domiciliarias, observación, referencias o demanda espontánea.
- 11.2 Sesiones estructuradas con presentación de objetivos, metodología, designación de un funcionario como “acompañante” del grupo.

VII.PERSONAS ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS EN ALBERGUES U HOGARES DE ACOGIDA Y PERSONAS ADOLESCENTES MIGRANTES

- 1. Todos los niños y adolescentes que residen en diferentes albergues (por ejemplo: en situación de maltrato, en situaciones de conflicto con la ley o en el caso de migrante), como personas sujetas de derechos, deben recibir los servicios de salud con calidad y calidez.**



1.2 Los directivos y el personal que trabaja en los albergues, como ente responsable de la custodia, deberán ajustarse a lograr que los niños, niñas y adolescentes reciban todo lo planteado en esta norma.

1.2 Para cumplir con los controles sugerimos:

1.2.1. Los Niños y Adolescentes que requieren controles de salud:

a. Los controles de niño sano (C y D) deben coordinarse previamente con las fechas de cumpleaños de los adolescentes, siguiendo los cronogramas de citas establecidos en el Programa de Niñez y Adolescencia.

b. Es importante que el (la) Director(a) de la institución (albergue) se comuniquen con el director médico de la instalación de salud de su área.

c. El Director del albergue debe comunicarse con el Director del Centro de Salud y darle el listado de las personas adolescentes con sus edades y el Director Médico dará instrucciones a REGES para asegurar el cupo de los/las adolescentes.

d. El personal de los albergues que lleva a los menores debe conocer la información del adolescente que está llevando, de ser posible, llevar el expediente que reposa en el albergue.

e. El "Paso Expedito" no se puede garantizar, pero sí se le debe garantizar el cupo.

f. En el concepto de gratuidad, debe prevalecer y ser cónsono con las leyes y decretos vigentes.

g. Cuando los pacientes no tienen identificación, se les asigna un número correlativo (número prestado). Este número correlativo lo asigna REGES y es el que será utilizado para identificar al niño siempre que solicite atención.

h. El paciente debe presentar el carné (proporcionado por la SENNIAP) así como el personal que lo acompañe a la cita.

i. Todos los adolescentes deben tener su libreta del Niño, Niña y Adolescente. De no ser así se le debe entregar en la instalación donde se ofrece la atención.

1.2.2 Los adolescentes que requieran atención por morbilidad o urgencias.

a. De preferencia, el Director del albergue debe notificar al Director Médico, o al administrador en turno que están llevando un paciente para atención médica por morbilidad o por urgencia.

b. El Director del albergue debe llevarlo al centro de atención de salud más cercano.

c. El personal de los albergues que lleva a los menores debe conocer la información del adolescente que está llevando, de ser posible, llevar el expediente que reposa en el albergue.

d. Debe llegar al Centro de Salud con su acompañante (debidamente identificado) y se acerca a la ventanilla de registro (REGES).

e. Se le debe dar cupo con médico general o especialista, de tener las agendas llenas, se les debe habilitar un cupo extra.

f. Finalizada la atención, se entrega una copia de la receta para que repose en el albergue y facilite la administración del medicamento u otras indicaciones médicas.

g. La dirección médica de la instalación que ofrece la atención debe garantizar la reproducción de estas recetas.

h. La atención en todos los centros es de 7:00 a 3:00 pm, salvo en los centros con horario extendido.



- i. La atención de los/las adolescentes, hasta los 18 años debe ser gratuita, según Ley 177 del 13 de noviembre de 2020.
- 2. Todos los menores que estén institucionalizados en albergues, casas de acogida, incluso en situaciones de riesgo o situaciones de conflicto con la ley deben tener un registro de actividades de salud, en la que conste las medidas preventivas, de referencia en salud médica, vacunación, atención salud bucal, nutrición, salud mental, análisis por trabajo social, terapia ocupacional, salud ambiental.
- 3. El personal de salud debe supervisar las condiciones de salubridad e higiene de los albergues y la condición de salud de los niños al menos dos veces al año utilizando la GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LOS ALBERGUES EN LAS INSTALACIONES PÚBLICAS DE SALUD (MINSA 2022).





VIII. Bibliografía

1. Alcalá, María José. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Family Care International (FCI). Nueva York, U.S.A., 1995.
2. Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social. Comisión Interinstitucional de Coordinación del Lineamientos para la reorganización de la red pública de los servicios de salud. Panamá, Febrero de 2002.
3. Consulta Internacional de Jóvenes de ONG's para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Declaración de Jóvenes del Cairo sobre Población y Desarrollo. El Cairo – Egipto, 31 de agosto al 4 de septiembre de 1994.
4. Contraloría General de la República de Panamá. Dirección de Estadística y Censo. Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados finales ampliados Volumen II - Características Generales y Educativas. Panamá. 14 de mayo de 2000.
5. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Encuesta continua de hogares. Situación Social Estadísticas del Trabajo. Volumen I. Panamá. Agosto de 2000.
6. Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Nacimiento Vivos y Defunciones Fetales. Estadísticas Vitales Volumen II. Panamá. 2002.
7. Documentos básicos del Encuentro internacional sobre salud adolescente realizado en Cartagena de Indias Colombia, 16 al 19 de mayo de 1995.
8. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Evaluación del Carácter de Amigabilidad de los Servicios que oferta el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente en Panamá. 2005
9. FNUAP. Las futuras generaciones preparadas para el mundo. FNUAP, Nueva York, 2001.
10. Ministerio de Salud. – Caja de Seguro Social. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Detección Temprana y Atención Oportuna de la Sospecha del Cáncer en Niños y Adolescente. Panamá 2021
11. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Departamento Materno Infantil. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente – Normas Técnico-Administrativas y Manual de Procedimientos. Panamá. 1991.
12. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social. Programa Nacional de Salud Integral a la Adolescencia. Segunda revisión. Panamá. 2002.
13. Ministerio de Salud / OPS: Situación Actual de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en Panamá. 2010.
14. Ministerio de Salud. La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición por niveles de atención y grados de complejidad. Panamá. Septiembre de 2003.
15. Ministerio de Salud. Normas Integrales de Salud para la Población y el Ambiente. Panamá. 1997.
16. Ministerio de Salud – Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmisibles Sexualmente y el VIH/SIDA. Normas Técnicas Administrativas para la Atención de las Enfermedades Sexualmente y el VIH/SIDA. Panamá. 1999.
17. Munist, Mabel y otras. Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes. OPS/OMS. Septiembre. 1998.

18. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo – Egipto. Del 5 al 13 de septiembre. 1994.
19. OMS, Serie de Informes Técnicos 886. Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. OMS. Ginebra. 1999.
20. OPS/OMS. Programa Regional de Salud del Adolescente. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva. Washington, D.C. U.S.A. 2000.
21. Simini, F., Franco, S., Pasqualini, D. Sistema informático del adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay. Mayo 1995.
22. UNICEF. Ministerio de la Juventud, La Mujer, La Niñez y la Familia. Ministerio de Economía y Finanzas. Plan Estratégico Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Primera Edición. Panamá. 2015.
23. Zubarew, Tamara y otros. Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Estimación de complejidad condiciones de eficiencia. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de Salud Integral del Adolescente en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud – Fundación W.K.Kellogg.
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. Departamento de Atención y Salud Integral a la Población. Sección de Niñez y Adolescencia: Compilación de Convenios Internacionales y Leyes Nacionales de Protección en Salud Integral a la Población Adolescente de 10 a 19 años con Énfasis en salud Sexual y Reproductiva. “Proyecto de Servicios Amigables para Adolescentes”. Panamá. 2006.
25. Ministerio de Salud. Guías de Manejo de las Infecciones Ginecológicas. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias_de_manejo_de_las_infecciones_ginecologicas_doc_impreso_para_distribuir.pdf. Panamá. 2021.
26. Ministerio de Salud. Servicio de Salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud. Panamá. 2018.
27. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Protocolos de Atención : <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2021/04/PROTOCOLO-DE-ESCOLIOSIS.pdf>. Panamá. Junio 2020.
28. Ministerio de Salud. OPS. OMS. Normas Técnicas Nacional para el Control de la Tuberculosis. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/10sept_norma_tb_digital.pdf. Abril 2017. Panamá.
29. WHO, UNAIDS. *Global Standards for quality health care services for adolescents*. World Health Organization. Ginebra. 2015.
30. UNFPA-LACRO. *Estándares de calidad para mejorar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Panamá. 2016.
31. Planificación familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. OPS. 2019
32. Ministerio de Salud. GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LOS ALBERGUES EN LAS INSTALACIONES PÚBLICAS DE SALUD 2022.





Anexo No. 1

INDICADORES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

A. INDICADORES DE PROMOCIÓN

- 1. No. de actividades promocionales de la salud integral de los/las adolescentes.
- 2. Comisión Intersectorial y Social para promover la salud integral de los/las adolescentes creada y activa.
- 3. No. de adolescentes participando en la Comisión Intersectorial y Social para promover la salud integral de los/las adolescentes participando.
- 4. Plan Estratégico para promover el desarrollo y la salud de los/las adolescentes elaborado.
- 5. No. de adolescentes participando en el Plan Estratégico para promover el desarrollo y la salud de los/las adolescentes.
- 6. Diagnóstico integral de los/las adolescentes elaborado quinquenalmente.
- 7. No. de acciones que procuran la existencia de ambientes seguros y sanos para los/las adolescentes realizadas.
- 8. Proyectos dirigidos a las familias con hijos/as adolescentes con alguna patología o condición particular.
- 9. No. de grupos de padres y madres que tengan problemas de comunicación con sus hijos/as adolescentes organizados y funcionando.
- 10. Grupos de autoaprendizaje para adolescentes organizados y funcionando.
- 11. No. de grupos de adolescentes multiplicadores organizados y funcionando.
- 12. Grupos de autoaprendizaje para adultos (padres, madres, tutores, cuidadores y líderes comunitarios) organizados y funcionando.

B. INDICADORES DE PREVENCIÓN

- 1. No. de adolescentes que recibieron una evaluación de su Salud Sexual y Reproductiva.
- 2. No. de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia.
- 3. No. de adolescentes con problemas en su red social atendidos por Trabajo Social.
- 4. No. de adolescentes con problemas en su red social atendidos por Salud Mental.
- 5. No. de adolescentes que recibieron una evaluación de su red social.

C. INDICADORES DE ATENCIÓN

- 1. No. de sesiones de discusión del Equipo de Salud de situaciones relacionadas con adolescentes, realizadas.
- 2. No. de visitas domiciliarias multidisciplinarias realizadas.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
1	Cobertura de atención en adolescentes de 10-14 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 10-14 años que recibieron atención por crecimiento y desarrollo o morbilidad según norma de atención	No. de adolescentes de 10-14 años que recibieron atención de crecimiento y desarrollo o morbilidad Total, de Población de 10-14 años	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes que reciben atención	Registro diario de actividad SEIS	MINSA
2	Cobertura de atención en adolescentes de 15-19 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 15-19 años que recibieron atención por crecimiento y desarrollo o morbilidad según norma de atención	No. de adolescentes de 15-19 años que recibieron atención de crecimiento y desarrollo o morbilidad Total, de Población de 15-19 años	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes que reciben atención	Registro diario de actividad SEIS	MINSA
3	Cobertura de crecimiento y desarrollo en adolescentes de 10-14 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 10-14 años que recibieron atención por crecimiento y desarrollo según norma de atención	No. de adolescentes de 10-14 años que recibieron atención de crecimiento y desarrollo Total, de Población de 10-14 años	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes que reciben un control de salud	Registro diario de actividad SEIS	MINSA
4	Cobertura de crecimiento y desarrollo en adolescentes de 15-19 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 15-19 años que recibieron atención	No. de adolescentes de 15-19 años que recibieron atención de crecimiento y desarrollo Total, de Población de 15-19 años	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes	Registro diario de actividad SEIS	MINSA



		por crecimiento y desarrollo según norma de atención				que reciben un control de salud		
5	Cobertura de atención en adolescentes embarazadas de 10-14 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes embarazadas de 10-14 años que recibieron atención prenatal	No. de adolescentes embarazadas de 10-14 años que recibieron atención prenatal (ingresos+nuevos) Total, de embarazadas de todos los grupos de edades que ingresaron a control prenatal	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes embarazadas de 10 a 14 años que asistieron a control prenatal	Registro diario de actividad	MINSA	
6	Cobertura de atención en adolescentes embarazadas de 15-19 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes embarazadas de 15-19 años que recibieron atención prenatal	Adolescentes embarazadas de 15-19 años que recibieron atención prenatal (ingresos+nuevos) Total, de embarazadas de todos los grupos de edades que ingresaron a control prenatal	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años que asistieron a control prenatal	Registro diario de actividad	MINSA	



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

No	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
7	Tasa de aborto en menores de 15 años	Se refiere al número de abortos captados del grupo menor de 15 años	Número de abortos en <15 años Número de nacidos vivos de madres <15años	x 1000	Permite conocer la población menor de 15 años que tuvieron aborto	Certificado de defunción fetal	Contraloría General de la República (INEC)
8	Tasa de aborto en adolescentes de 15 a 19 años	Se refiere al número de abortos captados de adolescentes de 15 a 19 años	Número de abortos en adolescentes de años 15-19 Número de nacidos vivos de madres de 15-19 años	x 1000	Permite conocer la población de adolescente de 15 a 19 años que tuvieron aborto	Certificado de defunción fetal	Contraloría General de la República (INEC)
9	Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que con vida a la fecha de la evaluación sexual activa	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que con vida a la fecha de la evaluación refieren vida sexual activa	No. de adolescentes 10-14 años con vida sexual activa Población de adolescentes de 10-14 años	x 100	Permite conocer la población de adolescentes de 10 a 14 años con vida sexual activa.	ENSPA	MINSA
10	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que con vida a la fecha de la evaluación sexual activa	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que con vida a la fecha de la evaluación refieren vida sexual activa	No. de adolescentes 15-19 años con vida sexual activa Población de adolescentes de 15-19 años	x 100	Permite conocer la población de adolescentes de 15-19 años con vida sexual activa.	ENSPA	MINSA



11	Porcentaje de adolescentes de 10 -14 años que utiliza algún método anticonceptivo	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 10-14 años que planificando con algún método anticonceptivo	No. de adolescentes 10-14 años planificando con algún método anticonceptivo (casos nuevos) Total, de la población en planificación familiar	x 100	Permite conocer la población de adolescentes de 10-14 años que están en planificación familiar	Registro diario de actividad SEIS	MINSA
12	Porcentaje de adolescentes de 15 -19 años que utiliza algún método anticonceptivo	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 15-19 años que planificando con algún método anticonceptivo	No. de adolescentes 15-19 años planificando con algún método anticonceptivo (casos nuevos) Total, de la población en planificación familiar	x 100	Permite conocer la población de adolescentes de 15-19 años que están en planificación familiar	Registro diario de actividad	MINSA
13	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes de 10 - 14 años	Se refiere al porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes de 10 - 14 años	No. de nacidos vivos por edad de la madre de 10-14 años Total, de nacidos vivos	x 100	Permite conocer el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes de 10-14 años.	Certificado de nacimiento	Contraloría General de la República (INEC) MINSA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
14	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 - 19 años	Se refiere al porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes de 15-19 años	$\frac{\text{No. de nacidos vivos por edad de la madre de 15-19 años}}{\text{Total de nacidos vivos}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes de 15-19 años.	Certificado de nacimiento	Contraloría General de la República (INEC) MINSA
15	Tasa de mortalidad materna en adolescentes de 10-19 años	Número de muertes maternas en adolescentes de 10-19 años	$\frac{\text{Número de muertes maternas en adolescentes de 10-19 años}}{\text{Nacidos vivos}}$	x 1000	Permite conocer el número de muertes maternas en adolescentes de 10-19 años	Certificado de defunción	Contraloría General de la República(INEC) MINSA
16	Cobertura de PAP en adolescente con vida sexporcentajeual activa	Porcentaje de adolescente con toma de PAP nuevas	$\frac{\text{Nº de adolescente de 10-19 años con toma de PAP (nuevas)}}{\text{Población femenina de 10-19 años atendida}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescente con toma de PAP durante un periodo	Registro diario de actividad	MINSA
17	Porcentaje de Adolescente con ITS	Comprende el porcentaje de adolescentes con ITS	$\frac{\text{Número de adolescente de 10-19 años con ITS}}{\text{Población total de 10-19 años}}$	X 100	Permite conocer el porcentaje de adolescente con ITS	Registro diario de actividades SISVIG SEIS	MINSA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
18	Porcentaje de adolescente con VIH	Comprende el porcentaje de adolescente que presenta VIH	$\frac{\text{Número de adolescente de 10-19 años con VIH}}{\text{Población total de 10-19 años}}$	x 100	Determina el porcentaje de adolescente con VIH	Registro diario de atención	MINSA
	Tasa de suicidios en adolescente de 10-14 años	Número de suicidios en adolescente de 10-14 años	$\frac{\text{Número de suicidios en adolescentes de 10-14 años}}{\text{Población total de 10-14 años}}$	x 1000	Permite conocer las muertes por suicidio en adolescentes de 10-14 años	Certificado de defunción	Contraloría General de la República (INEC)
20	Tasa de suicidios en adolescente de 15-19 años	Número de suicidios en adolescente de 15-19 años	$\frac{\text{Número de suicidios en adolescentes de 15-19 años}}{\text{Población total de 15-19 años}}$	x 1000	Permite conocer las muertes por suicidio en adolescentes de 15-19 años	Certificado de defunción	Contraloría General de la República (INEC)
	Prevalencia de tabaquismo en adolescente	Número de adolescentes que consume tabaco	$\frac{\text{Número de adolescentes de 10-19 años que consume tabaco}}{\text{Población total de 10-19 años}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes que fuma.	ENCUESTA	MINSA
22	Prevalencia de alcoholismo en adolescencia		ENCUESTA				MINSA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
23	Tasa de mortalidad en adolescentes	Comprende el número de muerte en adolescente por cualquier causa	$\frac{\text{Número de muerte de adolescente 10-19 años}}{\text{Población total de 10-19 años}}$	x 1000	Permite conocer las defunciones en la población adolescente.	Certificado de defunción	Contraloría General de la República (INEC) MINSA
24	Cobertura de atención odontológica en adolescentes de 10-14 años	Porcentaje de adolescentes de 10-14 años que asistieron a la primera consulta en el programa de salud bucal	$\frac{\text{Número de primeras consultas de adolescentes de 10-14 años}}{\text{Población total de 10-14 años}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescentes de 10-14 años que asistieron por primera vez a la consulta del programa de salud bucal	Registro diario de actividades	MINSA
25	Cobertura de atención odontológica en adolescente 15-19 años	Porcentaje de adolescentes que asistieron a la primera consulta en el programa de salud bucal	$\frac{\text{Número de primeras consultas de adolescente de 15-19 años}}{\text{Población total de 15-19 años}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescentes de 15-19 años que asistieron por primera vez a la consulta del programa de salud bucal	Registro diario de actividades	MINSA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
26	Concentración	Se refiere al número de consultas recibidas en el año	$\frac{\text{Número de muerte de adolescente 10-19 años}}{\text{Población total de 10-19años}}$	x 1000	Permite conocer las defunciones en la población adolescente.	Certificado de defunción	Contraloría General de la República (INEC) MINSA
27	Cobertura de atención odontológica en adolescentes de 10-14 años	Porcentaje de adolescentes de 10-14 años que asistieron a la primera consulta en el programa de salud bucal	$\frac{\text{Número de primeras consultas de adolescentes de 10-14 años}}{\text{Población total de 10-14 años}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescente de 10-14 años que asistieron por primera vez a la consulta del programa de salud bucal	Registro diario de actividades	MINSA
28	Cobertura de atención odontológica en adolescente 15-19 años	Porcentaje de adolescentes que asistieron a la primera consulta en el programa de salud bucal	$\frac{\text{Número de primeras consultas de adolescente de 15-19años}}{\text{Población total de 15-19años}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescente de 15-19 años que asistieron por primera vez a la consulta del programa de salud bucal	Registro diario de actividades	MINSA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE

No.	INDICADOR	DEFINICIÓN	FÓRMULA	K	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
29	Concentración	Se refiere al número de consultas recibidas en el año	Total, de consulta por edad 10-14 años _____ Total, de consultas nuevas 10-14 años	x 100	Permite obtener el número promedio de consultas recibido por adolescente en el año	Registro diario de actividades SEIS	MINSAL
30	Concentración	Se refiere al número de consultas recibidas en el año	Total, de consulta por edad 15-19 años _____ Total, de consultas nuevas 15-19 años	x 100	Permite obtener el número promedio de consultas recibido por adolescente en el año	Registro diario de actividades SEIS	MINSAL
31	# de formularios de investigación por sospecha de caso de Trabajo Infantil reportados	Se refiere al número de consultas recibidas en el año relacionadas con sospecha de Trabajo Infantil	Número de formularios anuales de investigación por sospecha de Trabajo Infantil por edad de 10-14 años Total de consultas anuales de 10-14 años	x 100	Permite obtener el número de formularios de investigación por sospecha de Trabajo Infantil	Registro diario de actividades Formulario de investigación de	MINSAL



							Por sospecha de Trabajo Infantil	
32	# de Informes de Notificación de Violencia relacionada a delitos contra el orden Jurídico, Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto mayor y Género en adolescentes 10-14 años	Se refiere al número de consultas recibidas en el año relacionadas con sospecha Violencia en adolescentes de 10-14 años	Número de informes anuales de informes por sospecha de Violencia por edad de 10-14 años Total de consultas anuales de 10-14 años	x 100	Permite obtener el número de Informes por sospecha de Violencia en adolescentes de 10-14 años	Registro diario de actividades Informes de Notificación de Violencia relacionada a delitos contra el orden Jurídico, Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto mayor y Género en adolescentes	MINSA	
33	# de Informes de Notificación de Violencia relacionada a delitos contra el orden Jurídico, Familiar, Integridad Personal, Libertad	Se refiere al número de consultas recibidas en el año relacionadas con sospecha Violencia en adolescentes de 15-19 años	Número de informes anuales de informes por sospecha de Violencia por edad de 15-19 años Total de consultas anuales de 15-19 años		Permite obtener el número de Informes por sospecha de Violencia en adolescentes de 15-19 años	Registro diario de actividades Informes de Notificación de Violencia relacionada a delitos contra el	MINSA	



	Sexual, Adulto mayor y Género en adolescentes 15-19 años					orden Jurídico, Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto mayor y Género en adolescentes	
--	--	--	--	--	--	---	--



Anexo 2

HISTORIA DEL ADOLESCENTE
MODELO DEL CLAP-OPS/OMS



CLAP-OPS/OMS

HISTORIA DEL ADOLESCENTE

ESTABLECIMIENTO

HC N°

APELLIDO Y NOMBRE

DOMICILIO

LOCALIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO

Código

TEL:

domicilio

mensaje

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

ESTADO CIVIL

CONSULTA PRINCIPAL

N°

FECHA

EDAD

ACOMPANIANTE

ESTADO CIVIL

Motivos de consulta según adolescente

Motivos de consulta según acompañante

Observaciones Adolescentes

ANTECEDENTES PERSONALES

ALERGIAS

ENFERMEDADES

ACIDENTES

QUIRÚRGICA

USO DE

TRASTORNOS

MULTIPLATO

JUVENILES

OTROS

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES

ENFERMEDADES

ALERGIA

ENFERMEDADES

TRASTORNOS

ALCOHOL

VIOLENCIA

MADRE

JUVENILES

OTROS

Observaciones

FAMILIA

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

DIAGRAMA FAMILIAR

VIVIENDA

Observaciones

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION

ESTABLECIMIENTO

H C A P

EVOLUCION			Nº		EDAD		ACOMPANIANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION				
FECHA	da	mes	año		año	mes	padre	madre	padre	madre	padre	madre	padre	madre	da	mes	año
PESO Kg		Circ. de cintura		TALLA cm		Circ. de brazo		Circ. de codo		FREC. de actividad física		FREC. de actividad sexual		TAM. de útero		VOL. de testículos	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
CAMBIOS RELEVANTES OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable															Fecha		
															primera visita		

EVOLUCION

Nº

EDAD

ACOMPANIANTE

ESTADO CIVIL

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION

FECHA	da	mes	año		año	mes	padre	madre	padre	madre	padre	madre	padre	madre	da	mes	año
PESO Kg		Circ. de cintura		TALLA cm		Circ. de brazo		Circ. de codo		FREC. de actividad física		FREC. de actividad sexual		TAM. de útero		VOL. de testículos	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
CAMBIOS RELEVANTES OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable															Fecha		
															primera visita		

EVOLUCION

Nº

EDAD

ACOMPANIANTE

ESTADO CIVIL

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION

FECHA	da	mes	año		año	mes	padre	madre	padre	madre	padre	madre	padre	madre	da	mes	año
PESO Kg		Circ. de cintura		TALLA cm		Circ. de brazo		Circ. de codo		FREC. de actividad física		FREC. de actividad sexual		TAM. de útero		VOL. de testículos	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
Método de control según el responsable																	
CAMBIOS RELEVANTES OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable															Fecha		
															primera visita		

CLAP OPS/OMS A



CLAP-OPSOMS H&A - FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD REPRODUCTIVA

ESTABLECIMIENTO

C.C. N°

APELLIDO Y NOMBRE

SEXO ☐ masculino ☐ femenino

N° Consulta de Salud Reproductiva

EDAD

Fecha de última menstruación principal

Referencia por

ACTIVIDAD

TRABAJO

Fecha última menstruación

FECHA

ESTADO CIVIL

Veceles de consulta

DESARROLLO PUBERAL

MUJER

HOMBRE

TELARQUA

PUBARQUA

VELLO AXILAR

MEJARQUA

PUBARQUA

VELLO AXILAR

POLUCION desde

RITMO MENSTRUAL

CANTIDAD

COAGULOS

Observaciones

DOLOR MENSTRUAL

MASTODINIA

SEXUALIDAD

fuente de información

Grado de información

PARTEJA ACTUAL

TIEMPO DE RELACION

EDAD PAREJA

ACTIVIDAD DE LA PAREJA

TRABAJO DE LA PAREJA

ESTADO CIVIL DE LA PAREJA

NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA

EDAD INICIO

TIPO EXPERIENCIA SEXUAL

NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL

FRECUENCIA COTIDIA

NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (parting IV)

MASTURBACION

Observaciones

ABUSO SEXUAL

Abuso sexual

Tipos de abuso

Edad agresor

Cantidad de agresores

Edad inicio del abuso

Tiempo

TRATAMIENTO

Observaciones

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CONOCE M.A.C.

HA USADO ANTES

USO ACTUAL

PRACASO

TEMOR AL USO

INDICADO POR:

EMBARAZO CON USO de MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿CUAL?

OTROS

Razón de su NO uso en adolescentes con experiencia sexual

SA 400 / Form. Compl. Salud Rep. (Rev. 1)



USA one form Control Subject Area 11118



Anexo 3

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SURCO)

[illegible]

Anexo 4
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES QUE INCIDEN EN LA ADOLESCENCIA

Factores de riesgo y factores protectores que inciden en la adolescencia
La conducta de riesgo se clasifica en 4 categorías: • Demográficas: Edad, sexo. • Personales: Autoestima, expectativas de educación, percepción de las opciones de vida. • Familiares: Estructura, dinámica familiar, roles, cultura. • Comunitaria: Calidad de la educación, acceso al empleo, ambiente, otros.
Factores de riesgo • Baja autoestima. • Búsqueda de la independencia. • Problemas de conducta. • Problemas de aprendizaje o mal rendimiento escolar. • Retraso de la maduración sexual. • Inicio temprano de actos coitales. • Relaciones sexuales conflictivas o pertenencia a una familia con relaciones conflictivas. • El uso de drogas, alcohol y tabaco, dando lugar a la violencia y conductas de riesgo.
Factores protectores • Desarrollo de valores individuales y de grupo. • Autoestima. • Proyecto de vida. • Educación sexual. • Nivel educativo • Desarrollo moral y espiritual. • Espacios amigables para recreación y actividades diversas. • Comunicación familiar adecuada. • Participación en grupos de servicio en la comunidad, que estimulen valores individuales y /o de grupo. • Equidad de género. • Búsqueda de identidad.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Detección de riesgos psicosociales

- Detección de trastornos en las relaciones sociales (aislamiento, timidez, rechazo, agresividad).
- Consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias nocivas.
- Violencia social, familiar y escolar.
- Depresión e intentos de suicidio.
- Trastorno de aprendizaje.
- Falta de educación vial.
- Menores de edad conduciendo automóviles y otro tipo de vehículos.
- Maltrato físico y abuso sexual.
- Inicio temprano de relaciones sexuales.
- Influencia de pares.
- Baja autoestima.
- Falta de orientación y apoyo familiar.
- Baja capacidad de resiliencia.
- Deserción escolar.
- Expectativas bajas de educación.
- Desempeño escolar deficiente.
- Conducta antisocial y vandalismo.
- Rol parental: vínculo débil, padres y madres que no guían, no supervisan, no se comunican, muy autoritarios o permisivos.
- Uso inadecuado de su tiempo libre.
- Existencia de crisis en la familia, tales como: divorcios, muerte, nacimientos, pérdida de empleo, mudanza, otros.
- Disfunción familiar.
- Adolescente que trabaja (subempleo) en condiciones laborales inadecuadas y riesgosa.
- Pobreza extrema.
- Baja escolaridad de los padres.
- Prostitución.
- Falta de metas.
- Estrés.
- Abandono del hogar.
- Poco apoyo emocional y social.
- Docentes que lesionan la autoestima de los estudiantes a través de tratos verbales, físicos y psicológicos inadecuados.
- Introducción de drogas lícitas e ilícitas en los planteles educativos.
- Circunstancias de la comunidad: desorganización de los sectores, discriminación por etnia, género, edad, alto grado de desempleo.
- Miembros de la familia con un trastorno en su salud (enfermedad mental, consumo de drogas, tuberculosis, VIH/Sida, cáncer, discapacidad y trastornos de la conducta alimentaria).
- Debilidad en el desarrollo moral, ético y espiritual.
- Adolescentes que viven en instituciones de rehabilitación de menores.
- Embarazo en la adolescente.
- Paternidad y maternidad temprana.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes, MINSA, 2006.



Identificación de factores protectores de los riesgos psicosociales

- Existencia de redes de apoyo social.
- Medios de comunicación involucrados en el trabajo positivo con adolescentes.
- Grupos y asociaciones de jóvenes trabajando área de la salud integral de los adolescentes.
- Consejería para adolescentes.
- Existencia de grupos de aprendizaje para adolescente.
- Familia con fortalezas espirituales.
- Adolescentes capacitados en habilidades para vivir.
- Un ambiente social facilitador que de oportunidades (familia, escuela, pares).
- Fuerza psíquica interna, inherentes a la personalidad:
 - Autonomía
 - Control del impulso
 - Autoestima
 - Sentirse querido
 - Empatía
- Habilidades sociales en el manejo de situaciones y competencia en resolución de problemas, manejo de estrés y capacidad de planear.
- Buen funcionamiento familiar.
- Sin problemas escolares.
- Pertenecer a grupos juveniles, otros.
- Adolescentes participando en actividades socioculturales, deportivas y recreativas.
- Existencia de legislación internacional y nacional sobre el trabajo infantil y otras.
- Capacitación en salud sexual y reproductiva.
- Nivel educativo (algún grado de escolaridad).
- Proyecto de vida.
- Formación moral y espiritual.
- Concatenación entre la escuela y la familia.
- Legislaciones que protegen los derechos de los menores (Código de la Familia, Ley 38, otras).
- Implantación de otros Programas de Prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Desarrollo de programas de prevención de la violencia social, familiar y escolar.
- Implantación de otros programas de prevención de riesgos psicosociales.
- Lazos seguros con los pares y con adultos que modelan conductas positivas sociales y de salud.
- Equidad de género.
- Desarrollar programas de prevención de la maternidad y paternidad temprana.
- Referente adulto (relación de confianza con un adulto, con el sacerdote, un profesor, tía, instructor de deporte, líder comunitario).

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Detección de factores de riesgos biológicos

- Antecedentes de progenitores con alcoholismo y consumo de otras drogas.
- Antecedentes de progenitores con enfermedades crónicas.
- Hábitos alimentarios no saludables (exceso de grasas, azúcares, sal).
- Sedentarismo.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Obesidad.
- Control de su peso mediante vómitos, laxantes o dietas sin vigilancia profesional.
- Anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones.
- Desnutrición.
- Conducción de automóvil y otros vehículos de manera desordenada y riesgosa.
- Asociación de la practica fisica con consumo de anabólicos esteroides, alcohol y otras drogas.
- Cambio frecuente de pareja sexual.
- Promiscuidad sexual.
- Adolescente con antecedente de madre y hermanas con embarazo en la adolescencia.
- Inicio temprano de las relaciones coitales.
- Disfunciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Alguna de sus parejas sexuales tiene VIH o Sida.
- Ausencia o exceso de actividad física.
- Deficiencias nutricionales.
- Amenorrea.
- Hiperlipidemia con los siguientes factores de riesgo:
 - Enfermedad coronaria en pariente de primer grado o abuelos que se hizo aparente a una edad menor de 55 años.
 - Niveles de colesterol o de triglicéridos superiores a 240 mg/dl y 135 mg/dl respectivamente, en parientes de primer grado.
 - Múltiples factores de riesgo en menores: hipertensión, historia familiar desconocida, diabetes, tabaquismo, obesidad y consumo excesivo de grasas saturadas, uso de anticonceptivos orales.
 - Sedentarismo.
 - Niveles de glicemia en parientes de primer grado mayor de 110 mg/dl.
- Retardo en el desarrollo del sistema reproductor.
- Presencia de Acné.
- Retardo en la madurez sexual.
- Riesgos ginecológicos (véase la Guía de Atención Infanto Juvenil vigente).

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Identificación de factores protectores de los riesgos biológicos

- Adopción de estilos de vida saludable.
- Prestación de servicios de salud amigables con calidad y calidez.
- Consejería sobre el factor de riesgo detectado.
- Educación vial en las escuelas y otros escenarios.
- Evaluación del desarrollo sexual del crecimiento de los Adolescentes.
- Abordaje de los trastornos de la alimentación por los equipos de Salud Mental y Nutrición.
- Desarrollo de acciones del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el eje de los adolescentes.
- Prevención del embarazo en la adolescencia.
- Control de salud integral anual.
- Prevención de cáncer de cuello uterino, mediante la toma del Papanicolau para las adolescentes con o sin vida sexual activa.
- Adolescentes capacitados en habilidades para vivir.
- Consumo de alimentos fortificados con micronutrientes.
- Práctica de sexo seguro.
- Rehabilitación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Identificación de riesgos y puntos críticos de control para evitar la contaminación de alimentos.
- Personal de salud impartiendo actividades preventivas sobre el uso de bloqueadores solares mayor de 45 UVA para prevenir Cáncer de Piel.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Detección de riesgos ambientales

- Utilización de plaguicidas en la agricultura.
- Existencia de criaderos del mosquito *Aedes Aegypti* y otros más.
- Contaminación alimentaria.
- Contaminación del aire por el uso de aerosoles, tabaco, humo de la chimenea de las fábricas y automóviles.
- Contaminación de las aguas, ríos y mares por los desechos residuales.
- Acumulación de basura.
- Mala disposición de las excretas humanas.
- Deforestación – desequilibrio del ecosistema.
- Existencia de vectores, roedores.
- Falta de aseo de las viviendas y edificios escolares.
- Desastres naturales o provocados (sequías, inundaciones, terremotos y otros).
- Exposición a ruidos que pueden afectar la capacidad auditiva.
- Convivencia con animales que no cuentan con los controles de salud veterinaria pertinente.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Identificación de factores protectores de los riesgos ambientales

- Utilización de la agricultura orgánica.
- Existencia de campañas para la eliminación de los criaderos del mosquito *Aedes Aegypti* y otros más.
- Manipuladores de alimentos capacitados en seguridad alimentaria.
- Campaña para lograr la disminución del uso de aerosoles, consumo de tabaco, humo de las chimeneas de las fábricas y de los automóviles.
- Existencia de un sistema de disposición de tratamiento de excretas y de desechos sólidos.
- Monitoreo de la concentración de flúor, cloro, pesticida y sal en el agua.
- Monitoreo del Yodo en la sal.
- Eliminación de los criaderos de vectores, roedores y otras alimañas.
- Educación en situaciones de desastres naturales o provocados.
- Capacitación a los adolescentes y comunidad en general sobre los efectos que tiene el ruido en su salud.
- Realizar mediciones del ruido para dar cumplimiento a la legislación existente relacionada con el control del ruido.
- Inspección a viviendas, edificios y alrededores para vigilar las condiciones sanitarias.
- Control de salud veterinaria.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. MINSA, 2006.



Identificar los factores protectores de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes

- Educación en el ejercicio responsable de la sexualidad.
- Accesibilidad a métodos de anticoncepción recomendados para los adolescentes.
- Promocionar los Factores Protectores Generales (Promoción Primordial).
- Disponibilidad de servicios amigables de atención para los adolescentes y embarazadas adolescentes.
- Fortalecimiento de redes de apoyo social.
- Informar y educar en sexualidad a personas relacionadas con los adolescentes: padres, maestros, de manera que estén capacitados para facilitar la comunicación en este aspecto y poder proporcionar una orientación sana que incluya la utilización de los servicios de salud.
- Informar sobre las infecciones de transmisión sexual curables con tratamiento adecuado (Sífilis, Blenorragia, Clamidias, Herpes genital y el Sida).
- Informar sobre medidas especiales:
 - Abstinencia de relaciones sexuales.
 - Relaciones sexuales con un solo compañero que esté sano.
 - Uso adecuado y sistemático del preservativo (condón).
- Informar sobre los efectos negativos de la automedicación tanto en la prevención del embarazo, como el tratamiento de las ITS, en otras afecciones y la necesidad de acudir a los Centros de Salud.
- Foros con grupos juveniles para analizar películas, programas de opinión televisivos, publicaciones relacionadas con la sexualidad.
- Inexistencia de discriminación por género en la prestación de servicios a los adolescentes.
- Adolescentes capacitados como promotores juveniles para trabajar con adolescentes.
- Pertenecen a grupos juveniles que trabajan la Salud Sexual y Reproductiva incluyendo práctica de sexo seguro.
- Incremento del acceso a la información sobre Salud Sexual y Reproductiva través de los Medios de Comunicación Social e Internet.
- Adolescentes capacitados en habilidades para la vida y estilos de vida saludable.
- Adolescentes informados en Salud Sexual y Reproductiva.
- Padres, madres, acudientes, familiares y docentes interesados en conocer cómo manejar los cambios que ocurren durante la adolescencia.

Fuente: Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integralde Adolescentes. MINSA, 2006.



Anexo 5
CLASIFICACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE CÁNCER DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAMIENTO
Uno o más signos: • Fiebre por más de 7 días sin causa aparente. • Dolor de cabeza, persistente y progresivo; de predominio nocturno que despierta al niño o adolescente o aparece al momento de levantarse en la mañana y puede acompañarse de vómitos. • Dolores óseos que se incrementan progresivamente en los últimos meses e interfieren con la actividad física. • Petequias, hematomas y/o sangrados. • Palidez palmar o conjuntival severa. • Leucocoria (ojo blanco). • Aparición de estrabismo. • Aniridia (falta de iris). • Heterocromía (ojos de diferente color). • Hifema (sangre dentro del ojo). • Proptosis (ojo saltado). • Ganglios mayores a 2,5 cm de diámetro, duros, no dolorosos, con evolución de más o menos 4 semanas. • Signos y síntomas neurológicos focales, agudos y/o progresivos. • Convulsión sin fiebre ni enfermedad neurológica de base. • Debilidad unilateral (de una de las extremidades o de un lado del cuerpo). • Asimetría física (facial). • Cambios en el estado de consciencia o mental (en el comportamiento, confusión). • Pérdida del equilibrio al caminar. • Cojea por dolor. • Dificultad para hablar. • Alteraciones en la visión (borrosa, doble, ceguera súbita). • Masa abdominal palpable. • Hepatomegalia y/o esplenomegalia. • Masa en alguna región del cuerpo sin signos de inflamación.	POSIBLE CÁNCER O ENFERMEDAD MUY GRAVE	• Hospitalizar o Referir URGENTEMENTE a un servicio de pediatría, completar de inmediato el examen y administrar de inmediato el tratamiento de ESTABILIZACIÓN indicado antes de referirlo, sin demoras a un hospital de alta complejidad con Servicio de Hemato-oncología pediátrica en el caso del niño. • Estabilizar al paciente, si es necesario iniciar líquidos intravenosos, oxígeno, manejo del dolor. • Si se sospecha tumor cerebral y hay deterioro neurológico iniciar manejo para hipertensión endocraneana. • Resuelva todos los problemas administrativos que se presenten. • Comuníquese con el Centro de Referencia. • Hablar con los padres, explicar la necesidad e importancia de la Referencia y la urgencia de la misma.
• Pérdida de apetito en los 3 últimos meses. • Pérdida de peso en los 3 últimos meses.	ALGÚN RIESGO DE CÁNCER	• Examen físico completo en busca de una causa para los signos encontrados.



• Cansancio o fatiga en los 3 últimos meses. • Sudoración nocturna importante, sin causa aparentemente. • Palidez palmar o conjuntival leve. • Linfadenopatía dolorosa o con evolución menor a 4 semanas o con diámetro menor o igual a 2.5 cm o consistencia no dura. • Aumento del volumen en cualquier región del cuerpo con signo de inflamación.		• Revise la alimentación del niño y corrija los problemas encontrados. • Si hay pérdida de peso y apetito, fatiga o cansancio, refiera a consulta con el pediatra para iniciar estudios por posible TBC/VIH. • Si tiene palidez palmar leve, inicie hierro y controles cada 14 días. Si empeora referir URGENTEMENTE. Si en el control del mes no hay mejoría, solicitar hemograma u frotis de sangre periférica, buscar causas de anemia, tratar y referir según corresponda. • Tratar la causa de la linfadenopatía con antibiótico si es necesario y controlen 14 días. Sino mejora referir. • Tratar con antibiótico el proceso inflamatorio que produce aumento de volumen en una región del cuerpo y realice control en 14 días. Sino mejora referir. • Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato. • Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo. • Recomiende un ambiente libre de humo. • Recomiende alimentación saludable y actividad física regular.
No cumple con criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores.	NO TIENE CANCER	• Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo. • Recomiende un ambiente libre de humo. • Sugiera una alimentación saludable y actividad física regular.

Fuente: Guía para la Detección Temprana y la Atención Oportuna de la Sospecha de Cáncer en Niños y Adolescentes. MINSA. 2021.



Anexo 6
Esquema de Vacunación. 2023.

NIÑOS DE 5 AÑOS A ADOLESCENTES DE 18 AÑOS				
TIPO DE VACUNA	EDAD A VACUNAR	Nº DE DOSIS	INTERVALO ENTRE CADA DOSIS	DOSIS, VIA Y LUGAR DE APLICACION
M.M.R (1)	Escolar y adolescentes de 15 a 19 años si nunca han sido vacunados.	2 dosis	4 semanas	0.5cc Via subcutánea en el área del Deltoides
Neumococo Conjugado (2)	5-18 con condición de riesgo.	1 dosis	Ninguno	0.5cc Via intramuscular en el Área de Deltoides.
Neumococo Polisacárido (3)	7 años	Refuerzo	5 años después de la primera dosis	0.5cc Via intramuscular en el Área de Deltoides.
Influenza (4)	5-19 años con Condición de riesgo	1 dosis	Ninguno	0.5cc via intramuscular en el Área del Deltoides.
Tdap	10 años	Refuerzo	Ninguno	0.5cc Via intramuscular, en el músculo deltoides
Papiloma Virus (5)	10 años (10 años 11 meses 29 días)	2 dosis	6 meses después de la primera	0.5cc Via intramuscular en el musculo deltoides
COVID-19 (6)	5 a 11 años (11 años 11 meses 29 días)	2 dosis y un refuerzo	4 semanas después de la primera dosis. Refuerzo (bivalente) a los 2 meses de la segunda dosis.	0.2 cc via intramuscular en el musculo deltoides

Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, MINSA 2023.

- (1) No colocar con los siguientes valores de CD4 según edad: menor de 1 año <750 células x microlitro, 1-4 años <500 células x micro litro, mayor o igual a 6 años <200 células x micro litro. Si nunca ha sido vacunado aplicar dos dosis con intervalo de treinta días. Si tiene una dosis completar con el refuerzo.
- (2) Para niños con alto riesgo de Enfermedad Neumocóccicas, Anemia Falciforme, VIH, Inmunocomprometidos, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renales crónicas, Asplenia anatómica o funcional, Fistula del Líquido Cefalorraquídeo e Implantes Cocleares.
- (3) Para niños con alto riesgo de Enfermedad Neumocóccicas Anemia Falciforme, VIH, Inmunocomprometidos, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hepática, renales crónicas, Asplenia anatómica o funcional, Fistula del Líquido Cefalorraquídeo e Implantes Cocleares. (Si nunca fue vacunado)
- (4) Los niños menores de 9 años si nunca han recibido la vacuna aplicar 2 dosis con intervalo de 4 semanas.
- (5) Respetar el intervalo mínimo de 6 meses. Para niños y niñas con inmunosupresión incluidos VIH deben ser 3 dosis (0,2 y 6 meses), ya que estos pacientes tienen una respuesta inmunológica reducida.
- (6) La dosis de 0.2 cc corresponde a la vacuna de la casa comercial de Pfizer. Aplicación simultánea con otras vacunas.
- NOTA: Para cualquier dosis de vacunas fuera del grupo etáreo, consultar cuadro de Vacunación de rescate en niños con esquema atrasados.

NOTA: Para cualquier dosis de vacunas fuera del grupo etario, consultar cuadro de vacunación de rescate en niños con esquema atrasado.





Anexo 7

20/200

E

1

20/100

F P

2

20/70

T O Z

3

20/50

L P E D

4

20/40

P E C F D

5

20/30

E D F C Z P

6

20/25

F E L O P Z D

7

20/20

D E F P O T E C

8

20/15

L E F O D P C T

9

20/13

F D P L T C E O

10

20/10

P E Z O L C F T D

11

Interpretación de la prueba y medidas a tomar

Última fila que leyó correctamente	Anotación	Medidas a tomar
40 30	20/40 20/30	Derivación a Optometría / Oftalmología
25 20	20/25 20/20	Colocar en primera fila en clases y reevaluar en 6 meses
15	20/15	Normal

Instructivo para el uso de la Cartilla de Snellen

Requisitos:

El que va a realizar la prueba debe recibir el entrenamiento y las prácticas supervisadas.
Seleccionar lugares con buena iluminación (natural o eléctrica) y silencioso.

Preparar al adolescente.

- Enseñarle a cubrir un ojo, sin presionarlo.
- Verificar el conocimiento del nombre de las letras en la cartilla.

No permitir que el paciente vea la cartilla antes de la prueba

Procedimiento

Llenar la hoja de registro.

Colocar la cartilla en la pared, a la altura de la cara, a 20 pies (6 metros) de distancia de la persona que se examinará.

El examinador se coloca entre el paciente y la cartilla para que la persona evaluada no vea las letras.

Indicarle que se cubra un ojo con la mano enconchada.

Cada ojo se mide individualmente y se anotan los hallazgos.

En orden descendente señale con un objeto delgado, oscuro y mate (ejemplo: pluma) cada una de las letras de la cartilla.

La agudeza visual de la persona corresponde al quebrado de la última línea que pudo leer correctamente todas las letras. Si tuvo algún error, anotar el número de letras que falló en esta última línea.

La persona que usa lentes es necesario examinarlo primero sin lentes, anota los resultados y luego haga el examen con los lentes, cubriendo cada lente con un papel doblado en cuatro. (No cubra el lente con las manos).

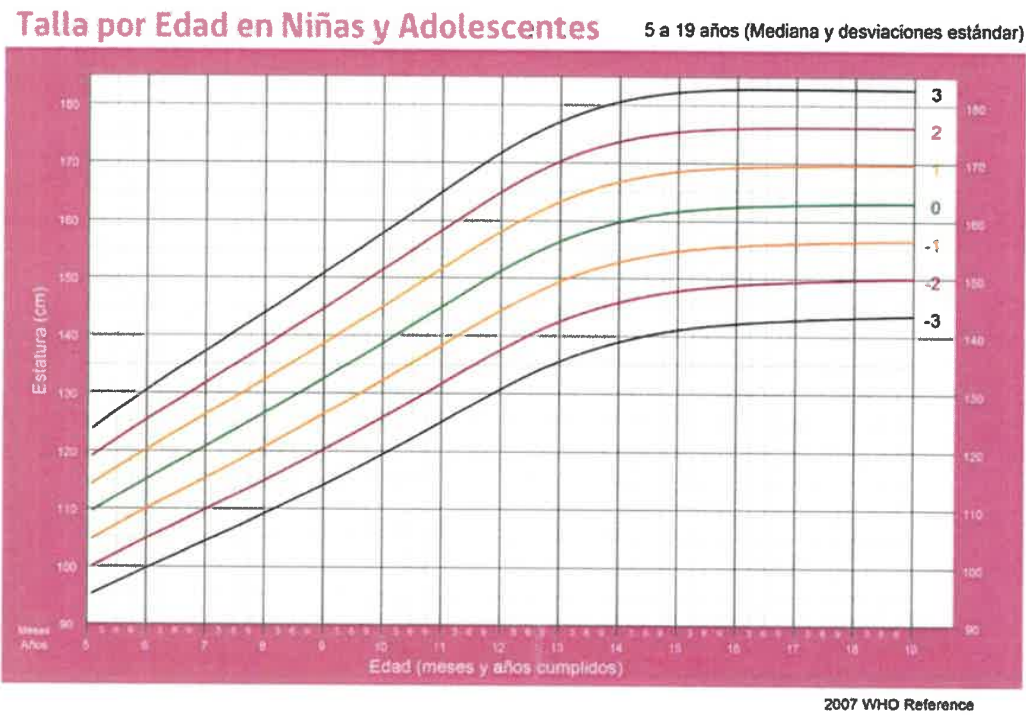
Si el examinado no ve la letra E grande 20/200 se le pone de pie y que avance de un metro hacia la cartilla con el ojo cubierto, hasta que pueda verla. Se anota la distancia en metros a que pudo verla.

Si el examinado pegado a la cartilla no ve la E 20/200, se le alumbra el ojo con una linterna de mano. Si observa la luz, se anota Visión Luz; de no observar la luz, la anotación será visión nula.

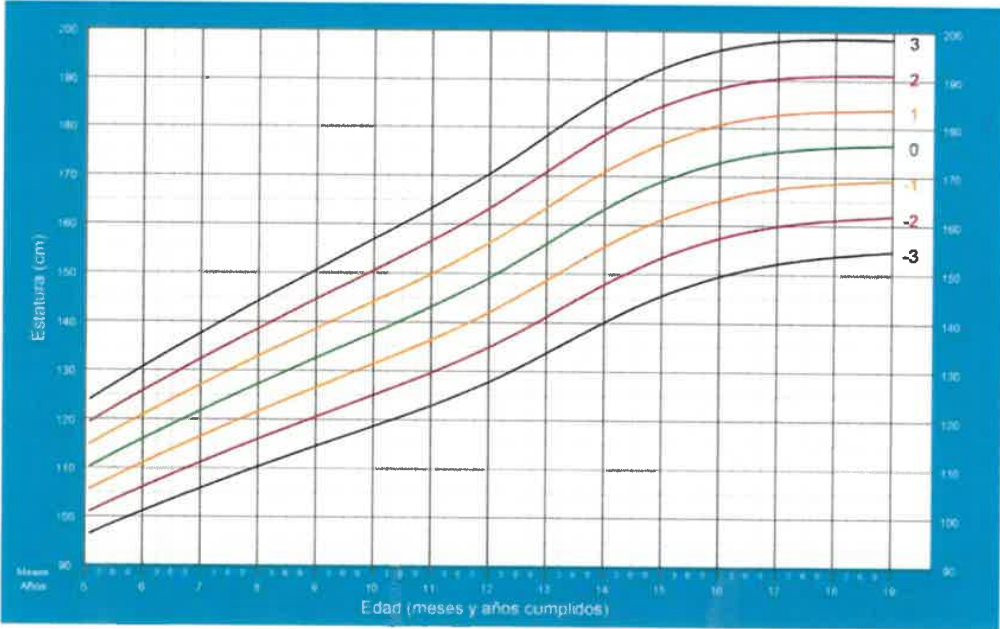
Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes. Panamá, 2023

Anexo 8

GRÁFICAS PARA EVALUACIÓN DE CRECIMIENTO (ESTATURA), ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN ADOLESCENTES

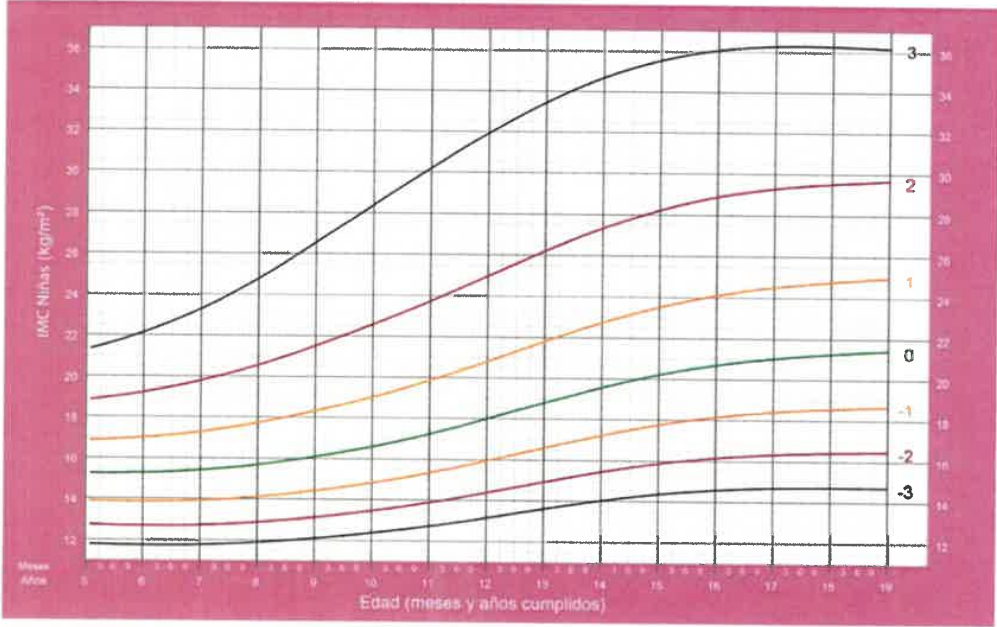


Talla por Edad en Niños y Adolescentes 5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)

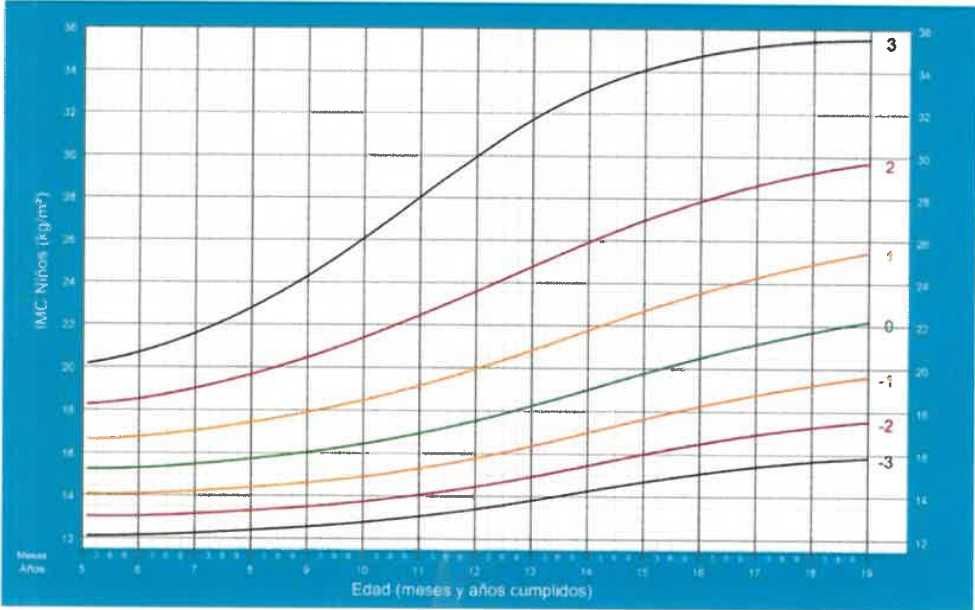


IMC por Edad en Niñas y Adolescentes

5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



IMC por Edad en Niños y Adolescentes 5 a 19 años (Mediana y desviaciones estándar)



2007 WHO Reference



Presión arterial en adolescentes niñas por edad y percentil de la estatura
(11 a 17 años)

Edad (Años)	Percentil TA ↓	Presión sistólica (mmHg)								Presión diastólica (mmHg)							
		Percentil de estatura								Percentil de estatura							
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	
11	50th	100	101	102	103	105	106	107		80	80	80	81	82	83	83	
	90th	114	114	116	117	118	119	120		74	74	74	75	76	77	77	
	95th	118	118	119	121	122	123	124		78	78	78	79	80	81	81	
	99th	125	125	126	128	129	130	131		85	85	86	87	87	88	89	
12	50th	102	103	104	105	107	108	109		61	61	61	62	63	64	64	
	90th	116	116	117	119	120	121	122		75	75	75	76	77	78	78	
	95th	119	120	121	123	124	125	126		79	79	79	80	81	82	82	
	99th	127	127	128	130	131	132	133		86	86	87	88	88	89	90	
13	50th	104	105	106	107	109	110	110		62	62	62	63	64	65	65	
	90th	117	118	119	121	122	123	124		76	76	76	77	78	79	79	
	95th	121	122	123	124	126	127	128		80	80	80	81	82	83	83	
	99th	128	129	130	132	133	134	135		87	87	88	89	89	90	91	
14	50th	106	106	107	109	110	111	112		63	63	63	64	65	66	66	
	90th	119	120	121	122	124	125	125		77	77	77	78	79	80	80	
	95th	123	123	125	126	127	129	129		81	81	81	82	83	84	84	
	99th	130	131	132	133	135	136	136		88	88	89	90	90	91	92	
15	50th	107	108	109	110	111	113	113		64	64	64	65	66	67	67	
	90th	120	121	122	123	125	126	127		78	78	78	79	80	81	81	
	95th	124	125	126	127	129	130	131		82	82	82	83	84	85	85	
	99th	131	132	133	134	136	137	138		89	89	90	91	91	92	93	
16	50th	108	108	110	111	112	114	114		64	64	65	66	66	67	68	
	90th	121	122	123	124	126	127	128		78	78	79	80	81	81	82	
	95th	125	126	127	128	130	131	132		82	82	83	84	85	85	86	
	99th	132	133	134	136	137	138	139		90	90	90	91	92	93	93	
17	50th	108	109	110	111	113	114	115		64	65	65	66	67	67	68	
	90th	122	122	123	125	126	127	128		78	79	79	80	81	81	82	
	95th	125	126	127	129	130	131	132		82	83	83	84	85	85	86	
	99th	133	133	134	136	137	138	139		90	90	91	91	92	93	93	



Presión arterial en adolescentes varones por edad y percentil de la estatura (11 a 17 años)																	
Edad (Años)	Percentil TA ↓	Presión sistólica (mmHg)								Presión diastólica (mmHg)							
		Percentil de estatura								Percentil de estatura							
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th		
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63		
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78		
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82		
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90		
12	50th	101	102	104	105	106	109	110	59	60	61	62	63	63	64		
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79		
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83		
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91		
13	50th	104	105	106	106	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64		
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79		
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83		
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91		
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65		
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80		
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84		
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92		
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66		
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81		
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85		
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93		
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67		
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82		
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87		
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94		
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	65	66	67	68	69	70		
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84		
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89		
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97		





Anexo 9

EVALUACIÓN DEL NEURODESARROLLO DEL ESCOLAR ENTRE LOS 10 Y 11 AÑOS

Considerar sospecha de alteraciones del desarrollo cuando encuentran más de 2 áreas en riesgo. Referirlo para una evaluación más amplia a psicología, paidopsiquiatría o neurología pediátrica. Considerar iniciar intervenciones terapéuticas de acuerdo con el resultado mientras se tramita la cita.

EVALUACIÓN 10-11años	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas		SI		NO	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Practica deportes en grupo		NO		SI	
Pertenece a grupos, preferiblemente del mismo sexo		NO		SI	
Puede debatir sobre temas específicos		NO		SI	
La escritura es más rápida y organizada. Escriben historias		NO		SI	
Muestra preocupaciones relacionadas a su género		SI		NO	
Mantiene buenas relaciones con sus padres		NO		SI	
Tiene problemas con la disciplina		SI		NO	

EVALUACIÓN 12-14 años	Fecha	EN RIESGO		NORMAL	
Los familiares reportan pérdida de habilidades ya previamente adquiridas		SI		NO	
CONFIRMADO DURANTE LA EVALUACIÓN CLÍNICA					
Le da mucha importancia a sus amigos y esto afecta la relación familiar		NO		SI	
Se interesa por su imagen corporal		NO		SI	
Expresa y comprende sus emociones		NO		SI	
Mantiene buenas relaciones familiares		NO		SI	
Muestra respeto por sus padres		NO		SI	
Muestra preocupaciones sobre su salud		NO		SI	
Hace uso apropiado de su tiempo libre		NO		SI	
Tiene problemas de rendimiento académico		SI		NO	
Muestra datos de adicción algún tipo de sustancia ilícita		SI		NO	

Elaborado por el equipo de la Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia.MINSA.
Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes.
Panamá, 2023



Anexo 10

ESCALA DE TANNER PARA EVALUACIÓN DEL ESTADO PUBERAL Y GRADO DE DESARROLLO DEL VELLO PÚBICO

GRADOS DE TANNER DEL DESARROLLO MAMARIO Y DEL VELLO PÚBICO EN MUJERES

I			
II			
III			
IV			
V			

A. *Grado de Tanner del Desarrollo Mamario:*

La clasificación del desarrollo mamario no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

Grado I o Prepuberal: No hay tejido mamario palpable, solo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

Grado II: Se palpa el tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. La areola y el pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

Grado III: Se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño, la areola y la mama tiene un solo contorno.

Grado IV: Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).

Grado V: La mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

B. *Grado de Tanner para el desarrollo del vello púbico en las mujeres:*

Grado I o Prepuberal: No existe vello de tipo terminal.

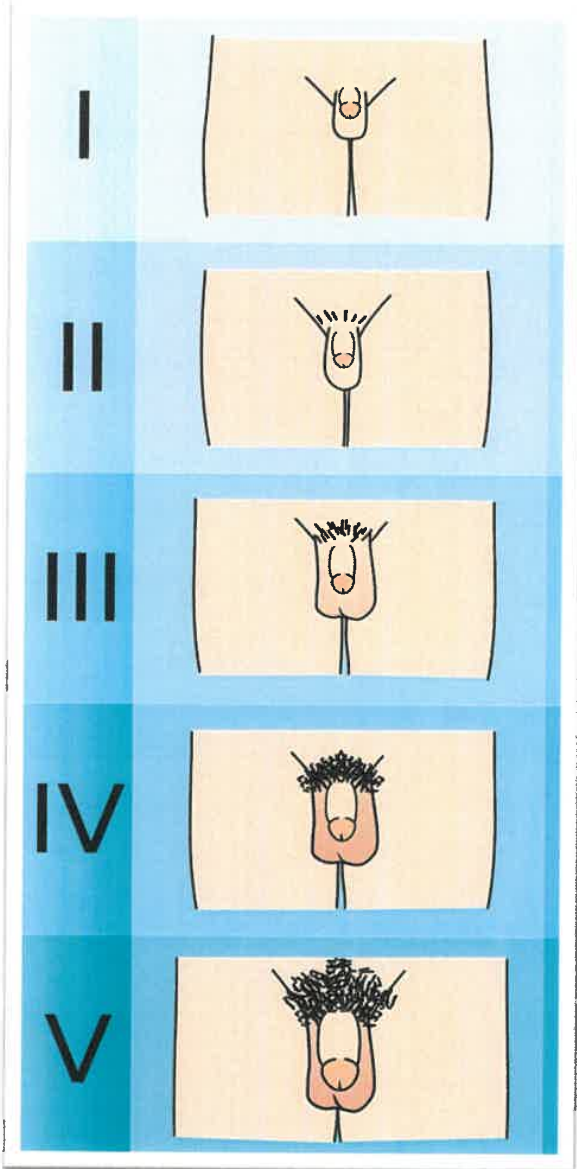
Grado II: Existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso, levemente rizado a lo largo de los labios mayores.

Grado III: Se caracteriza por pelos más oscuros, más ásperos y rizados que se extienden sobre el pubis en forma poco densa.

Grado IV: El vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.

Grado V: El vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna del muslo.

GRADOS DE TANNER DEL DESARROLLO DEL VELLO PÚBLICO EN HOMBRES



- A. *Grado de Tanner para el desarrollo del vello púbico en los hombres:*
- Grado I o Prepuberal:** No existe vello de tipo terminal.
- Grado II:** Existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso, levemente rizado en la base del pene.
- Grado III:** Se caracteriza por pelos más oscuros, más ásperos y rizados que se extienden sobre el pubis en forma poco densa.
- Grado IV:** El vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.
- Grado V:** El vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de los muslos. Posteriormente en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un Grado VI.



Anexo 11

VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

La violencia está presente en el noviazgo. Tres de cada 10 estudiantes reportan violencia en el noviazgo. Si quieres saber si en tu actual noviazgo vives violencia, en cada pregunta anota el puntaje de la respuesta que corresponda a tu situación. Al terminar, suma los puntajes de cada subtotal para obtener el total y compáralo con el índice de violencia que se presenta al final.

Preguntas Grupo I	Respuestas y puntajes		
	Frecuente (2 puntos)	A veces (1 punto)	Nunca (0 punto)
1.- Cuando se dirige a ti, ¿Te llama por un apodo que te desagrada y/o con groserías?			
2.- ¿Te ha dicho que andas con alguien más, que tus amigos quieren andar contigo?			
3.- ¿Te dice que tiene otras chicas (os), te compara con sus exnovias (os)?			
4.- ¿Todo el tiempo quiere saber qué haces y con quién estás?			
5.- ¿Te critica, se burla de tu cuerpo y exagera tus defectos en público o en privado?			
6.- Cuando estás con él (ella) ¿Te sientes tensa (o) y piensas que hagas lo que hagas él (ella) se molestará?			
7.- Para decidir lo que harán cuando salen ¿Ignora tu opinión?			
8.- Cuando platican, ¿Te sientes mal porque sólo te habla de sexo, te pregunta si tuviste relaciones sexuales con tus exnovios (as)?			
9.- Te ha dado algún regalo a cambio de algo que te ofenda o te haya hecho sentir mal?			
Subtotal			

Preguntas Grupo II	Respuestas y puntajes		
	Frecuente (5 puntos)	A veces (3 puntos)	Nunca (0 puntos)
10.- Si has cedido a sus deseos sexuales, ¿Sientes que ha sido por temor o presión?			
11.- Si tienes relaciones sexuales, ¿Te impide o condiciona el uso de métodos anticonceptivos?			
12.- ¿Te ha obligado a ver pornografía y/o a tener prácticas sexuales que te desagraden?			
13.- ¿Te ha presionado u obligado a consumir droga?			
14.- Si toma alcohol o se droga ¿Se comporta violento contigo o con otras personas?			
15.- A causa de los problemas con tu novio (a) ¿Has tenido una o más de las siguientes alteraciones: pérdida de apetito y/o sueño, malas calificaciones, abandono en la escuela, alejamiento de tus amigos o amigas?			
16.- Cuando se enojan o discuten ¿Has sentido que tu vida está en peligro?			
17.- ¿Te ha golpeado con alguna parte de su cuerpo o con un objeto?			
18.- ¿Alguna vez te ha causado lesiones que ameriten recibir atención médica, psicológica, jurídica y/o auxilio policial?			
19.- ¿Te ha amenazado con matarse o matarte cuando se enojan o le has dicho que quieres terminar?			
20.- ¿Después de una discusión fuerte, él (ella) se muestra cariñoso (a) y atento (a), te regala cosas y te promete que nunca más volverá a suceder y que “todo cambiará”?			
Subtotal			
TOTAL			



Interpretación de la prueba
Índice de violencia en la relación de noviazgo

Hasta 5: Relación que no presenta violencia

El noviazgo es una etapa en la que aprendemos a relacionarnos en pareja con la persona que queremos. Toda pareja tiene problemas, pero no todas saben resolverlos de manera sensata, teniendo presente el respeto por las diferencias y los derechos de cada uno.

De 6 a 15: Relación con primeras señales de violencia

Existencia con problemas, pero que se resuelven sin violencia física. Los actos violentos son minimizados y justificados por problemas ajenos a la pareja. Es importante que se desarrollen habilidades para resolverlos (Comunicación asertiva, resolución de conflictos, manejo del estrés).

De 16 a 25: Relación de abuso

La pareja está usando cada vez más la violencia para resolver los conflictos; la tensión se empieza a acumular. Siente que puede controlar la situación y que él (ella) cambiará. Es una situación de CUIDADO y una señal de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 26 a 40: Relación de abuso severo

Definitivamente la relación de noviazgo es violenta. Los actos violentos se dan bajo cualquier pretexto y cada vez más frecuentes e intensos. Después de la agresión, intenta remediar el daño, pide perdón y promete que no volverá a ocurrir.

Esta etapa es difícil porque hay miedo y vergüenza por lo que pasa. Tiene esperanza de que cambie. Requiere ayuda para manejo de la situación.

Más de 41: Relación violenta

Es URGENTE poner a salvo a la persona, que tome medidas de seguridad y que reciba inmediatamente ayuda especializada. Su vida está en peligro. Su salud física y/o mental puede quedar severamente dañada.

Recomendaciones generales:

Si vive violencia en el noviazgo, es importante que tome medidas de seguridad como:

- Buscar ayuda profesional.
- Contarle la situación a una persona de tu confianza y que pueda ayudar (amiga (o), prima (o), maestra, orientadora, etc.)
- Si sale con él (ella), decirle a alguien de confianza a dónde irán y a qué hora estará de regreso.
- Cuando salgas con él (ella), delo a conocer a alguien que esperará y que sabe lo que harán.
- Siempre que salga con él (ella), lleva una tarjeta telefónica o si puede un teléfono celular, dinero y cédula o alguna identificación.

Fuente: www.omnia.com.mx



Anexo 12
FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR Y MALTRATO AL MENOR

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

Informe de Notificación por Sospecha de Violencia relacionada a delitos contra el Orden Jurídico Familiar, Integridad Personal, Libertad Sexual, Adulto Mayor y Género

DATOS CENTRALES DE LA PRESUNTA VÍCTIMA

INSTALACIÓN:

NOMBRES: APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: CÉDULA IDENTIFICACIÓN:

EDAD:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

Original: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Copias: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
Ministerio Público
Al paciente o sustituto de éste

COMISIÓN PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
UNIDAD TÉCNICA DE VIOLENCIA

MINISTERIO DE SALUD
salud
Ministerio de Salud
Panamá
OFICINA DE ASESORIA LEGAL

Anexo 13

Niveles de Riesgo en Adolescentes Embarazadas

Característica de la Adolescente	Clasificación	Conducta a Seguir
Múltiparas 18 a 19 años Casadas	Adolescente de Riesgo corriente o riesgo no detectable (A)	Atención en el Primer Nivel de Atención con la Norma técnica del Programa de Salud Integral de la Mujer.
Soltera Mayor de 17 años La mayor de los hermanos Actitud indiferente o negativa al inicio del embarazo	Adolescente de Bajo Riesgo Obstétrico (B)	Atención preferencial en el Primer Nivel de Atención dando mayor selectividad a los controles.
Edad de la menarquia a los 11 años o menos. Dos años de educación media. Enflaquecida por medición del área muscular braquial. Ver norma maternal para la determinación del peso	Adolescente de Bajo Riesgo Obstétrico y Perinatal. (C)	Atención combinada entre el Primer y Segundo Nivel de Atención.
Patología del embarazo o asociada según norma del Programa Maternal. Embarazo producto de abuso sexual. Pareja estudiante o en trabajo ocasional. Estatura de 1.50m o menos.	Adolescente de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal.	Ingreso por el Primer Nivel de Atención y referencia de inmediato al Segundo Nivel de Atención. Coordinación lo más estricta posible entre Niveles.

(1) Molina R., Luengo X. Y cols. Factores Predictivos de Riesgo en Adolescentes Embarazadas. Enviado para publicación al Boletín de la Organización Panamericana de la Salud.



Anexo 14
Temas sugeridos para incluir en un programa educativo dirigido
a la adolescente embarazada y a su pareja

Preparación integral para la maternidad
• Se realiza en forma grupal con pares, desde el primer contacto con la adolescente y su pareja, aplicando técnicas participativas, que intentan promover la independencia y la búsqueda individual de soluciones. • Se debe apoyar en la experiencia de los/as adolescentes y favorecer la expresión de creencias, sentimientos y actitudes, incentivando la asistencia al mayor número posible de encuentros, incorporando el máximo de contenidos.
Contenidos
• Autocuidado • Autoestima • Proyecto de vida • La consulta prenatal. Importancia. • Nutrición durante el embarazo • Identidad y género • Relaciones familiares • Derechos y deberes legales • Signos y síntomas de alarma pre y post parto • Lactancia materna y sus beneficios • Psicoprofilaxis del parto • Prevención del siguiente embarazo. Regulación de la fecundidad y elección método de anticonceptivo. • Cuidados del recién nacido • Habilidades para vivir
Recomendaciones para el parto
• Se debe garantizar una referencia a las adolescentes, posibilitando su acceso a los servicios de 2do o 3er nivel de atención, según corresponda a cada caso en particular. • Se debe promover, de acuerdo con las posibilidades, que en la labor de parto y el puerperio inmediato la adolescente se encuentre acompañada por su pareja o miembros de su familia. • Cuidados durante el puerperio tardío.





Anexo 15
Esquema para Orientación en el uso de Métodos Anticonceptivos

MÉTODO	COMENTARIO
ANTICONCEPTIVOS ORALES (Anticonceptivos orales combinados y píldoras de progestina solas)	• El olvido de tomarse la píldora incrementa la tasa de fracaso, sobre todo en el caso de las píldoras de solo progestina cuya ventana de seguridad es de solo tres horas. • Es un método muy popular entre adolescentes • Pueden usarse en forma segura una vez que la adolescente ha menstruado. No presentan efectos sobre el crecimiento.
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES (Combinados y de solo progestágenos)	• Su aplicación es mensual, bimensual o trimestral. • Recomendamos que: progestágenos solo en pacientes con patologías que contraindiquen uso de estrógeno (anemia falciforme por ejemplo) • Actualmente se acepta inyectables combinados intramusculares e inclusive subcutáneos. En la consejería, incluir el que los inyectables combinados pueden cesar la menstruación, efecto positivo pues evita la anemia.
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	• No existe restricción de uso.
CONDÓN O PRESERVATIVO	• Protección inmediata, pero requiere planificación relacionada con el coito. • Debe facilitarse su disponibilidad dada la posibilidad de que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales no planificadas. • Es el único método que protege de ITS/VIH/SIDA.
COITUS INTERRUPTUS O RETIRO	• Para la práctica del método deberá asegurarse de que los y las adolescentes estén bien informados sobre la técnica y su tasa de fracasos.
MÉTODOS NATURALES (Ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical o Billings)	• Apropiado para parejas que estén dispuestas y motivadas a aprender sobre el ciclo menstrual de la mujer. • Requiere de disciplina. • Recomienda la participación del hombre y el conocimiento sobre la fisiología de la reproducción. • Requiere de capacitación por personal competente. • Puede ser un problema si la mujer tiene ciclos irregulares y/o flujo vaginal o hay muy mala comunicación de la pareja o cuando el hombre y la mujer no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales durante varios días en el ciclo.
PARCHE ANTICONCEPTIVO COMBINADO	• Pueden presentar irritación local, manchado intermitente, náuseas. • Los criterios médicos de elegibilidad son los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.
ANILLO VAGINAL ANTICONCEPTIVO COMBINADO	• Ausencia menstrual o manchado intermitente • Los criterios médicos de elegibilidad son los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.
IMPLANTES ANTICONCEPTIVOS	• Pueden producir manchados intermitentes, náuseas. • Se recomienda su uso en adolescentes por su privacidad del uso.
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (Con anticonceptivos orales combinados llamados Píldoras Anticonceptivas de Emergencia PAE)	• Indicarlos en situaciones de emergencia (relación sexual no protegida, falla del método por ejemplo ruptura del condón, olvido de tomar la píldora, violación). • Protegen 3 de cada 4 probables embarazos. • No son abortivos y actúan antes de la nidación impidiendo o retardando la ovulación y modificando el endometrio. • Debe facilitarse información sobre su uso, efectos secundarios , presentaciones disponibles , así como consejería sobre métodos anticonceptivos para uso sistemático.

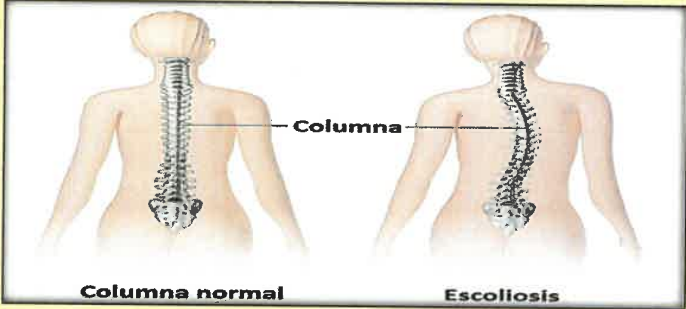
ESQUEMA PARA ORIENTACIÓN EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	
Tipo de enfermedad crónica	Métodos anticonceptivos
Lupus eritematoso	• Anticonceptivos orales de Progestágeno • Inyectable de progestágeno de acción prolongada • Evitar uso de DIU con inmunosupresores
Diabetes Mellitus	• Anticonceptivos orales combinadas con las más bajas dosis hormonales • Progestágeno solos
Enfermedad Tiroidea	• DIU • Puede usarse píldoras combinadas con buen control hormonal tiroideo
Tuberculosis	• Usar dos métodos de anticoncepción (la Rifampicina aumenta el metabolismo hepático de los esteroides y disminuye la eficacia de estos).
Asma	• Anticonceptivos orales combinados
Enfermedad fibroquística	• Anticonceptivos orales combinados, menor dosis progestágenos
Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa	• Anticonceptivos orales combinados
Hepatitis	• Anticonceptivos orales combinados solamente con función normal. • Controlar
Convulsiones	Progestágenos inyectables o Anticonceptivos orales (menos el valproato los anticonvulsivantes reducen la eficacia de los anticonceptivos orales)
Artritis reumatoidea	• Anticonceptivos orales combinados
Cáncer	• Anticonceptivos orales combinados si el cáncer no es estrógeno dependiente. • Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores
Asma	• Anticonceptivos orales combinados
Enfermedad Renal Crónica	• Progestágenos inyectables, o Anticonceptivos orales sin hipertensión severa. • Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores
Anemia Falciforme	• Píldora de progesterona sola, progesterona inyectable de acción prolongada. • No usar DIU por riesgo de sangrado e infección.



Anexo 16

DETECCIÓN DE ESCOLIOSIS Y CIFOSIS

Escoliosis: Es la desviación lateral de la columna en el plano frontal.

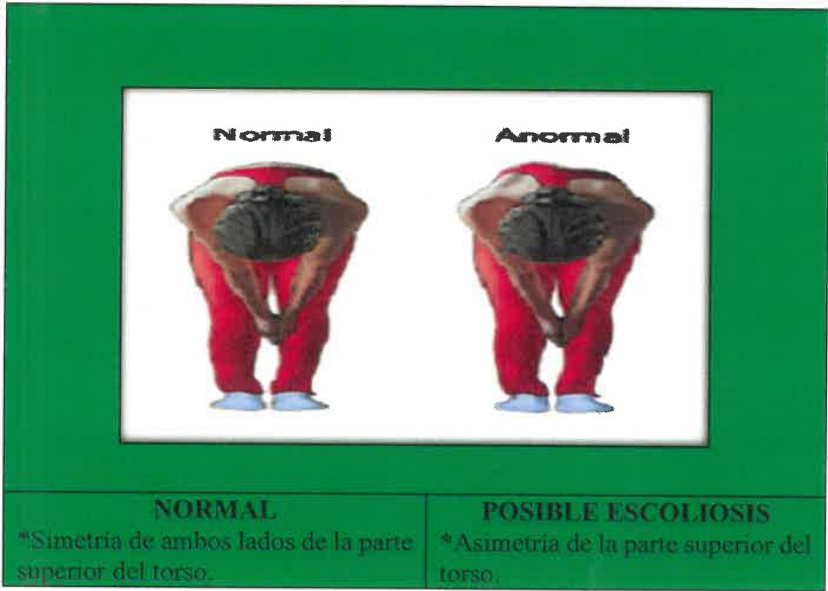


NORMAL	POSIBLE ESCOLIOSIS
*La cabeza está centralizada sobre la línea interglútea. *Hombros nivelados. *Escápulas simétricas. *Caderas simétricas y niveladas. *Espacios entre el cuerpo y brazos simétricos.	*La cabeza descentralizada con respecto a la línea interglútea. *Hombros desnivelados. *Escápulas asimétricas. *Asimetría de cadera. *Asimetría de espacio del cuerpo y brazo.

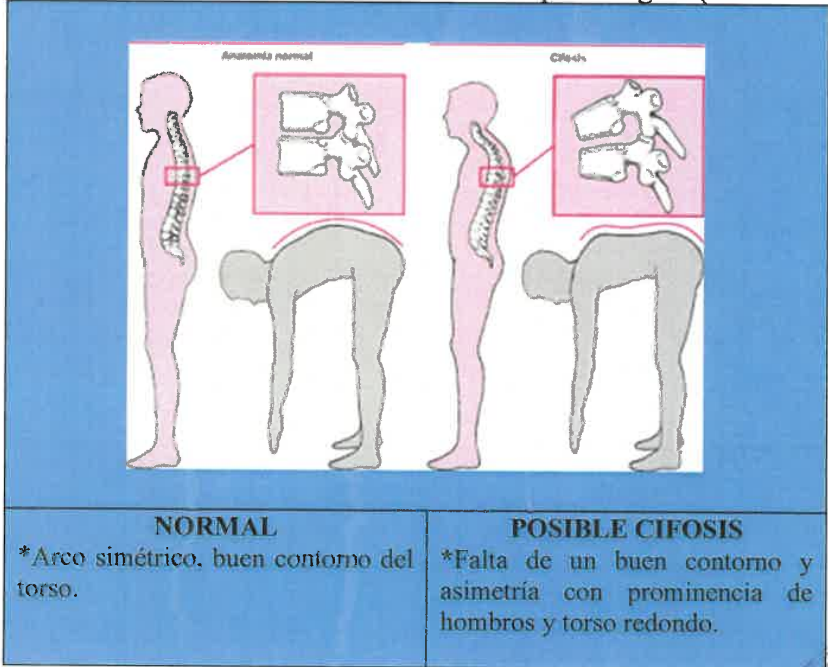


NORMAL	POSIBLE ESCOLIOSIS
*Ambos lados de la parte superior e inferior del dorso son simétricos.	*Un lado de la caja torácica y/o la parte del dorso son asimétricas.





Cifosis: Es la deformación de la columna en el plano digital (torso redondo).



Anexo 17

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO DE HIPERCOLESTEROLEMIA

FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES SEGÚN RESULTADOS
1. Niños cuyos padres o abuelos tuvieron antes de los 55 años algunos siguientes diagnósticos: a. Arteriosclerosis coronaria corroborada por angiografía o han requerido de angioplastia o cirugía de “bypass” de arterias coronarias. b. Infarto agudo de miocardio. c. Angina de pecho. d. Enfermedad vascular periférica. e. Enfermedad cerebro vascular f. Muerte súbita cardiaca.	<u>Colesterol <170</u> : Control cada 5 años. Recomendaciones: hábitos de vida saludable. <u>Colesterol 170 a 199</u> : Repetir prueba y promediar con el resultado previo. Resultado del promedio <170: Control cada 5 años. Recomendaciones: hábitos de vida saludable. >=170: Evaluar promedio de LDL. <u>Colesterol >=200</u> : Evaluar promedio de LDL
2. Algunos de los padres con un colesterol sérico mayor de 240 mg/dl.	<u>Evaluación del Promedio de LDL:</u> <110mg/dl Repetir prueba en 5 años Recomendaciones: hábitos de vida saludable. 110-129 mg/dl Recomendaciones: Estilo de vida terapéutico. Evaluación por nutrición. Repetir prueba cada año. >=130 mg/dl Recomendaciones: Estilo de vida terapéutico. Referir al pediatra y a nutrición.
3. Niños en los que por alguna razón no se puede obtener historia familiar especialmente si tiene otros factores de riesgo.	
4. Otros factores de riesgo que sugerirían la necesidad de evaluar el colesterol sérico: a. Historia familiar de enfermedad cardiaca cerebro vascular o vascular periférica oclusiva de inicio temprano (antes de los 55 años, en hermanos o tíos). b. Tabaquismo. c. Hipertensión arterial. d. HDL bajo (< 35 mg/dl). e. Obesidad severa (> percentil 95 del peso para la talla). f. Diabetes Mellitus. g. Inactividad física.	



Anexo 18

Necesidades Nutricionales de los Adolescentes

Están directamente relacionadas con los cambios en la composición corporal y guardan un vínculo más estrecho con la edad fisiológica que con la cronológica. Considerar la etapa de maduración, el estadio del desarrollo puberal y sexual y la velocidad del crecimiento. Tener en cuenta los tres aspectos del crecimiento.
Cálculo de nutrientes
▪ Hidratos de carbono: 50-60% del aporte energético total. Un gramo aporta 4 kcal.
▪ Proteínas: 10-15% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 4 kcal.
▪ Lípidos: 30% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 9 kcal.
Minerales
Durante el estirón puberal, aumenta la necesidad de todos los minerales, sobre todo los siguientes:
<i>Calcio</i> para aumento de la masa ósea.
<i>Hierro</i> para aumento de la masa muscular y expansión del volumen sanguíneo.
<i>Zinc</i> para la producción de nuevo tejido óseo y muscular.

Requerimientos calóricos y proteicos en adolescentes					
Edad (años)	Peso	Calorías		Proteínas	Proteínas
		kcal/día	kcal/kg	g/kg/día	g/día
MUJERES					
11-14	43	1935	45	1.3	56
15-18	50	2000	40	1.2	60
VARONES					
11-14	45	2500	55	1.3	59
15-18	66	3000	45	1.2	79



Necesidades nutricionales de la adolescente embarazada o que amamanta			
En la embarazada y durante la lactancia aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre casi no hay incremento de las necesidades alimenticias. Durante el segundo y tercer trimestre es aconsejable un incremento de aproximadamente 300 calorías diarias.			
Las adolescentes embarazadas con una actividad leve necesitan como mínimo, de 2300 kcal. diarias y 68 gramos de proteínas, con un 60% mínimo de alto valor biológico o sea alimentos fuentes de proteínas de origen animal.			
La adolescente que no consume leche o derivados debe incorporar a su dieta el consumo de los mismos, durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado. Para evitar esta constipación es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.			
Se recomienda no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo fiambres, embutidos, conservas, salsas comerciales, caldos, etc.			
Se hace énfasis en evitar el consumo de sodas, maltas, exceso de dulces, frituras o alimentos de baja densidad en nutrientes. El alcohol y el tabaco están prohibidos.			
Alimentos recomendados diariamente para adolescentes, adolescentes embarazadas y adolescentes lactantes			
Alimentos	Adolescente de 11-18 años Cantidades	Adolescente embarazada Cantidades	Adolescente lactante Cantidades
Leche íntegra	2 vasos	2 vasos	3 vasos
Carne	3 onzas	4 onzas	5 onzas
Huevos	1 unidad	1 unidad	1 unidad
Arroz	2 tazas	2 tazas	2 ½ tazas
Frijoles	2/3 taza	1 taza	1 taza
Verduras y plátano	1 taza	1 taza	1 taza
Vegetales	1 taza	1 taza	1 taza
Frutas	4 porciones	6 porciones	6 porciones
Pan	2 rebanadas	3 rebanadas	3 rebanadas
Aceite *	6 cdtas	6 cdtas	6 cdtas
Azúcar *	4 cdtas	4 cdtas	8 cdtas

Fuentes:
Adecuación de la Dieta Diaria Recomendada para las diferentes edades y estados fisiológicos. Departamento de Nutrición. MINSA, 2005.
Recomendaciones Dietéticas Diarias del INCAP, 1994. Publicación INCAP ME/057. OPS/OMS
*Al público en general no se recomienda mencionar el azúcar y el aceite, ya que su uso es explícito.



Anexo 19

Consejería sobre relaciones de pareja. ¿Qué es una relación sana?

Las relaciones sanas son aquellas en las que tú estás a gusto con tu pareja porque te trata con respeto. ¿Qué es tratar con respeto?

- Tus opiniones son tan importantes como las de él o ella, aunque sean diferentes.
- Organizar cosas y divertirse juntos.
- Es tan importante el tiempo que pasas con él/ ella como el que pasas con tus amigas y amigos.
- Tener confianza para hablar de cualquier tema. Escucharte.
- Habla de los conflictos sin temor ni imposición.
- Compartir los problemas y respetar las soluciones que cada uno encuentre.
- Que se comporte igual en público que en privado.
- Además, en una relación sana tú te sientes libre de hacer y decir lo que quieras.
- Compartir cosas con otras personas y no sólo con él, con los amigos, con la familia. Recuerda que él es uno más y no el único.
- No hacer siempre lo que él/ella quiera, sino que también él/ella haga cosas que a tí te gusten.
- Cada uno debe hacer lo que quiera hacer siempre.



Anexo 20

Prevención de accidentes en adolescentes

Hay que dialogar con los adolescentes sobre prevención de las principales causas de muerte en este grupo de edad: homicidios, accidentes de transporte y ahogamientos.

Deben discutir sobre diferentes opciones de recreación y estilos de vida sanos, especialmente lo referente al consumo de alcohol o drogas.

Las actividades y los temas de promoción tienen que estar orientados a la adquisición de Habilidades para la Vida (pensamiento crítico, toma de dediciones, comunicación asertiva, desarrollo de la autoestima y otras)

ARMAS

- Se deben discutir con los adolescentes los temas sobre violencia y uso de armas en los colegios, la comunidad y el hogar propio. También el tema de las pandillas debe ser considerado.

SEGURIDAD VIAL

- Al viajar en un automóvil, utilice el cinturón de seguridad siempre. Esto ha salvado muchas vidas.
- No aborde un vehículo conducido por una persona en estado de ebriedad, no conduzca el mismo en estado de ebriedad.

SEGURIDAD EN EL AGUA

- Discuta el uso de alcohol en las actividades relacionadas al agua (paseos a la playa o ríos).





Anexo 21

Trastornos mentales y del comportamiento

- **Trastorno del humor (afectivo) persistente:** Trastorno de los humores persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 323)
- **Episodio depresivo:** En los episodios depresivos, leves, moderados o graves el/la usuario/a sufre de un decaimiento de ánimo, con reducción de energía y disminución de actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés, la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas más leves. El decaimiento de ánimo varía poco de un día al otro, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los llamados síntomas somáticos, tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida de apetito, peso y de la libido. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 320)
- **Trastornos fóbicos de ansiedad:** Grupo de trastornos en los que la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas o son soportadas con pavor. La preocupación de el/la usuario/a puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 324)
- **Agorafobia:** Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo de salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos, o el miedo a viajar solo en tren, en bus o en avión. Una característica frecuente en los episodios es la crisis de angustia (pánico). (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 324)
- **Fobias sociales:** Temor a ser escudriñado por la gente, que lleva al paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas se asocian con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Las/os usuarias/os pueden

Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes. Panamá, 2023

presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias a la ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 324)

- **Fobias especiales:** Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingesta de ciertos alimentos, la atención dental, la visión de sangre o heridas. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 325)
- **Otros trastornos de ansiedad:** Trastornos en los que la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 325)
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Presencia de pensamientos obsesivos o de actos compulsivos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos son casi invariablemente angustiantes y el/la paciente afectado/a intenta a menudo rechazarlos sin tener éxito en su empeño. Son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados repetidos una y otra vez. No son agradables ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el/la paciente, que éste/a teme y que de otro modo puede ocurrir. Habitualmente el/la paciente reconoce que este comportamiento es ineficaz, por lo que realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 327)
- **Cefalea tensional:** Es un dolor de cabeza intenso desencadenado por un factor emocional. Previamente se descartó causas orgánicas.





▪ **Trastornos de la ingesta de alimentos:**

- **Anorexia nerviosa:** Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el/la mismo/a paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes, al igual que a los niños /as que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una sicopatología específica, en la que se mantiene como idea recurrente y sobre valorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal, por lo cual el/la se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas y el uso de anorexígenos y de diuréticos. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 338).
- **Bulimia nerviosa:** Es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiper ingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control de peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiper ingestión alimentaria, seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 339)
- **Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas (alcohol, opiáceos, cannabinoides – marihuana-, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes incluida la cafeína, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles. Excluye abuso de sustancias que no producen dependencia):** Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Incluye el informe del paciente, análisis de sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos, signos clínicos y de comportamiento, la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal deberá clasificarse siempre que sea posible de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. (OPS/OMS [2] – CIE 10, 1995: 304).



- **Estado de abstinencia:** Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (OPS/OMS [2] CIE-10, 1995: 306)
- **Estado de abstinencia con delirio:** Afección en la que el estado de abstinencia se complica con delirio. También se pueden presentar convulsiones, Delirium Tremens (inducido por alcohol). (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 306)
- **Intoxicación aguda:** Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que haya surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 305)
- **Síndrome amnésico:** Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo de ordenamiento de los sucesos y también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 306)
- **Síndrome de dependencia:** Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para auto controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y aplicaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes dependencia de una sustancia específica psicoactiva (tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (drogas opioides) o de una variedad

más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes. Alcoholismo crónico, dipsomanía, Drogadicción. (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 305-306)

- **Trastorno Psicótico:** Conglomerado de trastornos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditiva en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave. (Alucinaciones alcohólicas, Celotipia alcohólica, Paranoia alcohólica, Psicosis SAI alcohólica). (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 306)
- **Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío:** Trastorno en el cual los cambios cognoscitivos de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por otras sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas.
- **Uso nocivo:** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de la hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995: 305)



Anexo 22
Tratamiento para tuberculosis en Adulto
(15 años en adelante)



Tabla No. 4. Medicamentos de primera línea, modo de acción, potencia y dosis

Medicamento de primera línea	Modo de acción	Potencia	Dosis recomendada (mg/kg peso)	
			Diaria	Máxima (mg)
Isoniacida (H)	Bactericida	Alta	5 (4 - 6)	300
Rifampicina (R)	Bactericida	Alta	10 (8 - 12)	600
Pirazinamida (Z)	Bactericida	Baja	25 (20 - 30)	2000
Etambutol (E)	Bacteriostático	Baja	15 (15 - 20)	1600
Estreptomina (S)	Bactericida	Baja	15 (12 - 18)	1000

Tabla No. 5. Fármaco y dosis para el tratamiento de casos de TB en niños durante la primera fase o fase intensivo (2 meses/diaria)

Fármaco	Dosis/rango	Dosis máxima
Isoniacida	10 mg/kg/día (10-15 mg/kg/día)	300 mg/día
Rifampicina	15 mg/kg/día (10-20 mg/kg/día)	600 mg/día
Pirazinamida	35 mg/kg/día (30-40 mg/kg/día)	2000 mg/día
Etambutol	20 mg/kg/día (15-25 mg/kg/día)	1200 mg/día

Tabla No. 6. Fármaco y dosis para el tratamiento de casos de TB en niños durante la Segunda fase o de continuación (4 meses/diaria)

Fármaco	Dosis/rango	Dosis máxima
Isoniacida	10 mg/kg/día (10-15mg/kg/día)	300mg/día
Rifampicina	15mg/kg/día (10-20mg/kg/día)	600mg/día

Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis. MINSA- OMS- OPS. 2017.

Anexo 23

Evaluación de necesidades del adolescente con discapacidad

- ❖ ¿Qué puede hacer el adolescente?
- ❖ ¿Qué no puede hacer el adolescente?
- ❖ ¿Cómo se compara esto con lo que hacen otros adolescentes de su misma edad en la comunidad?
- ❖ ¿Qué problemas tiene el adolescente?
- ❖ ¿Cómo y cuándo empezaron?
- ❖ ¿Están mejorando, o siguen igual?
- ❖ ¿De qué modo han sido afectados el cuerpo, la mente, los sentidos o el comportamiento del adolescente?
- ❖ ¿Cómo afectan cada uno de los problemas lo que hace el adolescente?
- ❖ ¿Qué problemas secundarios se están desarrollando? (problemas que aparecen después y a causa del problema original).
- ❖ ¿Cuál es la situación en la familia?
- ❖ ¿Cuáles son los recursos y limitaciones dentro de la familia y la comunidad que podrían aumentar o detener las posibilidades del adolescente?
- ❖ ¿En qué forma se ha adaptado o ha aprendido a manejar el adolescente su discapacidad?



Anexo 24

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

AÑO: _____

DATOS GENERALES

	N°
Población Total de la Región de Salud	
Población total de 10 – 19 años	
Masculino	
Femenino	
Población de 10 – 14 años	
Masculino	
Femenino	
Población de 15 – 19 años	
Masculino	
Femenino	
Total de escuelas secundarias en el área o región	
Matrícula total de escuelas secundarias	
Masculino	
Femenino	
Escuelas seleccionadas en el Programa	
Matrícula total de escuelas seleccionadas	
Masculino	
Femenino	

CINCO PRINCIPALES CONSULTAS DE ATENCIÓN POR MORBILIDAD BIOPSICOSOCIAL

Grupos de Edad	N°
10 a 14 años	
15 a 19 años	

INDICADORES

	N°
Adolescentes Embarazadas	
10 – 14 años	
15 – 19 años	
N° de Abortos en Adolescentes	
10 – 14 años	
15 – 19 años	

PRODUCCIÓN

	METAS	LOGROS	%
Adolescentes Embarazadas en Control			
10 – 14 años			
15 – 19 años			
Adolescentes en Planificación Familiar			
10 – 14 años			
15 – 19 años			
Actividades de Atención			
Consultas de Control			
10 – 14 años			
15 – 19 años			
Consultas de Morbilidad			
10 – 14 años			
15-19 años			
Grupos organizados de adolescentes		N°	

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

10 – 14 años	N°	15 – 19 años	N°

