



En retrospectiva: las personas adolescentes como clase etaria, a la luz del debate sobre salud sexual y reproductiva desarrollado desde el PAIA durante los años noventa

In retrospect: adolescents as an age class according to PAIA's debate on sexual and reproductive health

Recepción: 24 de octubre de 2019

Aprobación: 20 de marzo de 2020



Mauricio López-Ruiz¹

RESUMEN

El presente artículo trata acerca de las personas adolescentes, de cómo esta población ha sido categorizada como una clase etaria en los debates sostenidos en las agendas políticas del sistema público de salud costarricense. En dicho sistema, no es sino a partir de la pasada década de los años ochenta que fue promocionada y legitimada la idea de ofrecerles un trato diferenciado en materia de salud, a partir del desarrollo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). A efectos de entender aspectos clave en la construcción histórica de una clase etaria adolescente, se realizó un análisis de los discursos elaborados en relación con el tema de salud sexual y reproductiva en el marco del PAIA (en su época de auge, durante la década de los años ochenta). La pregunta que orientó la investigación fue la siguiente: ¿cómo se construyó la idea de adolescencia, a la luz del discurso sobre salud sexual y reproductiva desarrollado en el marco del PAIA durante los años noventa?

Palabras clave: Adolescencia; PAIA; salud pública; salud sexual y reproductiva; análisis discursivo; sociología de la medicina y la salud.

ABSTRACT

This article is related to adolescents and how they have been categorized as an age class in the policy agendas of the Costa Rica's Public Healthcare System. In this context, the promotion and legitimation of this subject started almost 30 years ago, because of the development of an institutional program focussed on adolescent health called Comprehensive Care Program for Adolescents (PAIA, according to his Spanish acronym). In order to shed light on this program, a discourse analysis of this policy was done – focussed during his years of success, during the nineties. The research question was the following: how was constructed the idea of adolescence, from the discourse on sexual and reproductive health presented in the PAIA during the nineties?

Keywords: Adolescence; PAIA; public health; sexual and reproductive health; discourse analysis; sociology of medicine and health.

¹ Doctor en sociología por la Universidad de Windsor (Canadá), especialista en temas de sociología de la medicina y la salud. Profesor e investigador en la Escuela de Sociología y en el Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica. Costa Rica. mauricio.lopez@ucr.ac.cr
El autor agradece a dicho instituto, por el auspicio para el desarrollo de esta investigación.



INTRODUCCIÓN

Los sistemas públicos de salud atienden de manera distinta a los individuos, según el momento de la vida en el cual se encuentren. Esta atención puede entenderse en dos sentidos, las cuales, dicho sea de paso, se hallan relacionadas entre sí: un tratamiento médico, que gira en torno al desarrollo biológico de los seres humanos y sus necesidades de acuerdo con distintas etiologías, al igual que un tratamiento humano, centrado en el establecimiento de patrones de interacción entre pacientes, y el personal en salud en un determinado contexto cultural. Esta diferenciación, como es fácilmente comprobable, se establece claramente en el mundo de la atención médica a los niños y niñas, que comprende desde una especialidad como la pediatría y la elaboración de complementos nutricionales, o fármacos, hasta el desarrollo de toda una organización del trabajo en salud pública que convierte en prioritaria la salud infantil (algo que, además, se refleja en la infraestructura de los centros de atención).

Más aún, la praxis médica, cuando se piensa para niños y niñas, también tiene sus particularidades. Incorpora por lo general lógicas de cuidado similares a las que brindaría una madre o un padre responsables a sus hijas e hijos (dependientes y vulnerables a escala física, psicológica y emocional). Por ello, no resultaría raro toparse con noticias en la prensa o redes sociales donde aparece personal de salud que, de vez en cuando y para el asombro e inocencia de sus pequeños pacientes, deciden efectuar su trabajo vestidos como algún súper héroe de moda. Igualmente, no sería extraño ver el surgimiento de iniciativas globales de atención infantil como la del Dr. Patch Adams (*Gesundheit! Institute*, con sede en Urbana, Illinois, Estados Unidos) en donde se recurre al humor y al juego como un elemento central para el logro del bienestar.²

Obviamente, el trato que se da a un infante no podría extenderse toda la vida. Al llegar a la adultez las cosas suelen cambiar. En su dimensión médica, variará en función de las necesidades biológicas de un cuerpo ya adulto, de la aparición de enfermedades crónicas que no resultan tan comunes a edades tempranas (como la diabetes o la hipertensión), o de los

² Sobre esta iniciativa, véase: <http://www.patchadams.org/>



tipos de fármacos que requiere un organismo de mayor edad. Asimismo, la dimensión humana también presenta sus variantes. A esas edades, difícilmente podría tomarse en serio a un médico que vistiera zapatos de payaso en lugar de una gabacha blanca, o a un paciente que exigiera recibir los mimos que podrían ser adecuados para un infante.

Estas diferenciaciones se relacionan en buena medida con la manera en que se conciben las *clases etarias* y, por ende, a las personas adscritas a ellas.³ Las y los infantes, conforman una clase entre otras. También se tiene a las personas adolescentes, adultas, y adultas mayores (entre otras posibles variaciones categoriales). Estas clases son importantes, no sólo porque diferencian a los individuos según distintos rangos de edades, sino también porque les asocian con cursos de vida a los cuales se vinculan determinadas formas de hacer, pensar y sentir.

El presente artículo se centra en las personas adolescentes, y en cómo esta población ha sido categorizada como una clase etaria, en los debates sostenidos en el sistema público de salud costarricense. Cuestión que en sí resulta interesante, porque este tipo de población forma parte de un grupo cuya diferenciación ha quedado a medio camino, entre concepciones ideales de una niñez perdida y una adultez que está por llegar; el que representa un momento de transición en la vida humana, que, siguiendo a Coleman (2011) y Johnson (2016), no se encuentra secundado por especialidades médicas, equipos profesionales o espacios enfocados exclusivamente en el bienestar de la persona adolescente (caso contrario al de la infancia).

Costa Rica, a partir de la década de los años ochenta, fue promocionada y legitimada la idea de ofrecer a la persona adolescente un trato diferenciado en materia de salud. Con ello, empezaron a sentarse las bases de lo que podría caracterizar a esta clase etaria; fundamentos que dependieron de las distintas formas de abordar algunos temas de salud como problemas de una política pública (lo que implica, definir enfermedades, identificar riesgos y establecer

³ El término clase etaria, se toma del trabajo de David Le Breton (2014) sobre historia de la adolescencia. Como se explicará luego, las clases etarias serán consideradas como las distintas fases que caracterizan el curso de vida de una determinada población.



estrategias de protección), y como parte de este esfuerzo inicial, resalta la formulación del Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Su época de auge se dio durante la primera década de los años noventa, constituyéndose rápidamente en un referente a escala nacional e internacional en materia de atención a la persona adolescente, sobre todo en lo concerniente al tema de salud sexual y reproductiva como su tema central.⁴ Hoy en día, a pesar de que este programa ha venido a menos, continúa siendo el antecedente inmediato más importante en el desarrollo de este tipo de políticas, incluyendo a la Iniciativa Salud Mesoamérica para abordar el problema del embarazo en la adolescencia (misma que inició en el 2014, bajo el nombre de Proyecto Salud Mesoamérica 2015).⁵

A efectos de entender aspectos clave en la construcción histórica de una clase etaria propia de las y los adolescentes, se realizó un análisis de los discursos elaborados en relación con el tema de salud sexual y reproductiva en el marco del PAIA (en su época de auge). La pregunta que orientó la investigación fue la siguiente: ¿cómo se construyó esta clase etaria, a la luz del discurso sobre salud sexual y reproductiva desarrollado en el marco del PAIA durante los años noventa? En la sección final de este documento, se argumentará que la respuesta dada a esta cuestión dio lugar al establecimiento de un trato hacia la persona adolescente mediado por relaciones verticales de tutelaje. Dichas relaciones se basaron en el siguiente supuesto: que las y los prestadores de servicios en salud se encuentran ante individuos de una naturaleza conflictiva, que propicia la aparición de riesgos relativos a las infecciones de transmisión sexual o embarazos que debieron evitarse.

⁴ Actualmente, la salud sexual y reproductiva continúa siendo el tema estandarte dentro de las acciones de política en salud dirigidas a la población adolescente (definida históricamente en un rango de edad comprendida entre los 10 y 19 años, tal cual lo establecido por la Organización Panamericana de la Salud).

⁵ Sobre el declive del PAIA, véase Valverde y Rosés (2004). Sobre la Iniciativa Salud Mesoamérica, véase BID (2013).



ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

En este artículo, las clases etarias serán comprendidas en términos de categorías poblacionales que corresponden a distintos momentos del curso de vida. En sociología, el curso de vida supone que la serie de cambios orgánicos producidos en los individuos conforme pasa el tiempo (un tiempo biológico que varía conforme se acumulan años), tienen un correlato temporal que es de orden cultural y social. A distintas edades se esperan determinadas formas ser, que se ajustan a ciertas pautas culturales y sociales. Asimismo, el sentido que tiene para una persona su edad biológica cobra sentido en relación con dichas pautas (las cuales permiten a los individuos darle un orden temporal a sus experiencias presentes, pasadas y futuras).⁶

Las distintas edades reconocidas en un curso de vida resultan en realidad construcciones sociales en tanto se hacen acompañar de normas, roles, creencias y valores particulares, que nos dictan, como se ejemplificó con anterioridad al hablar del trato humano que se cree correcto para niñas y niños. En este sentido, cada edad tiene como protagonista a una clase etaria, es decir, una categoría de individuos a los cuales se asignan ciertos rasgos y de los cuales se espera cierto comportamiento, así como formas de pensar y sentir. Estas consideraciones teóricas, permiten distinguir los conceptos de curso de vida y clases etarias, de otras nociones que recuperan la dimensión temporal de la vida humana, tales como el de *biografía*, de común uso en el campo narrativo, *ciclo de vida*, propio de la biología y la psicología, *generación*, referida a constructos culturales desarrollados desde la antropología, o bien, *cohorte*, ampliamente utilizada en estudios demográficos y epidemiológicos.

La aparición histórica de la adolescencia, como un momento diferenciado del curso de vida ha estado sujeto a distintos debates. El primero de ellos, y quizá el más común, tiene que ver con su aparición histórica. Para Phillipe Ariès (1965), su nacimiento se da durante el siglo XVIII o XIX en sociedades industriales europeas; sin embargo, Barbara Hanawalt (1992) argumenta que desde el Medioevo han existido momentos equivalentes a la

⁶ Sobre el debate de curso de vida véase: Hofmester, 2015; Hunt, 2005; Mayer, 2009; Macmillan, 2005.



adolescencia, aunque no hayan sido denominados bajo ese término. Otra manera de entrar en este debate, sugerida por Coleman (2011) y de la cual se ha partido en la presente investigación, consiste más bien en indagar cómo se ha ido institucionalizando la idea de adolescencia en función de debates específicos desarrollados en agendas de política pública (en otras palabras, la concepción que se tenga de dicha idea puede reconstruirse a partir de la forma en que aparece debatida en las agendas de política).

El aporte de la presente investigación al punto anterior consiste en analizar cómo se construyó una clase etaria adolescente, a la luz de un discurso particular: aquel relativo a la salud sexual y reproductiva, que fue desarrollado en el marco del PAIA durante los años noventa. Con este fin en mente, se optó por examinar el sentido que cobra esta clase etaria a partir de dos ejes analíticos, uno relativo al curso de vida y otro a la problematización de temas en política social (por lo tanto, los contenidos trabajados en ambos ejes informan el entendimiento que se tenga de la clase etaria en cuestión).

El primero, comprende cuatro aspectos: a) el biológico, asociado al desarrollo de los sistemas orgánicos del ser humano; b) el individual, relativo a su desarrollo psicológico; c) el social, que versa sobre el tipo de prácticas y relaciones sociales en el cual se ven inmersos las y los adolescentes; y d) el cultural, relativo a los repertorios de significados culturales que dan un sentido temporal a la experiencia de las personas adolescentes (y por lo tanto, su vinculación con ideales asociados a la infancia y la adultez). El segundo eje, se relaciona con elementos de diseño de política en salud, a partir de los cuales se problematiza el tema de salud sexual y reproductiva. Se encuentra subdividido en tres aspectos: a) una caracterización de los rasgos que caracteriza la salud sexual y reproductiva de la persona adolescente); b) una identificación de riesgos asociados a lo anterior (así como sus causas); y c) las estrategias de protección que justifican un trato (médico y humano) que merece la población adolescente.



Tabla 1.
Adolescencia como clase etaria

Problematización de la salud sexual y reproductiva	Aspectos del curso de vida			
	Biológico: desarrollo orgánico	Individual: desarrollo psicológico	Social: Prácticas y relaciones	Cultural: Repertorios de significados
Rasgos característicos	<i>Pubertad y cambios hormonales</i>	<i>Inmadurez cognitiva y moral, al igual que crisis identitaria</i>	<i>Transición normativa: crisis en relaciones filiales y parentales</i>	<i>Transición de sentido: reconfiguración de significados infantiles</i>
Riesgos asociados y sus causas	<i>ITS-VIH Embarazo</i>	<i>Inicio temprano de actividad sexual Aumento en encuentros y parejas sexuales Desconocimiento de métodos profilácticos y contraceptivos Poco uso del condón</i>	<i>Estatus socio-económico Escolaridad Lugar de residencia</i>	<i>Pérdida de valores y creencias: noviazgo y matrimonio heterosexual</i>
Estrategias de protección (trato a la persona adolescente)	<i>Retraso en edad de inicio de relaciones Métodos de barrera y anticonceptivos Relación médico paciente: guía-cooperación</i>	<i>Relación médico paciente, según esquema de guía-cooperación</i>	<i>Relación médico paciente, según esquema de participación mutua</i>	<i>Relación médico paciente según esquema de participación mutua</i>

Fuente: Elaboración propia



Al cruzar ambos ejes, se obtiene la matriz de análisis expuesta en la tabla 1. En ella, se han incluido de una vez los contenidos (en letra cursiva) que resultaron del análisis de los discursos concernientes al PAIA, para que las y los lectores puedan utilizarla como una hoja de ruta preliminar.

Los contenidos de la matriz constituyen los códigos que resultaron del análisis textual, siguiendo el punto de vista metodológico de la denominada teoría fundamentada (ejercicio que consiste en segmentar el corpus textual según sus ideas centrales, las cuales al irse agrupando constituirán cada uno de los códigos ahí señalados).⁷ El significado de cada código, así como las narraciones que les caracterizan, serán desarrolladas en las siguientes secciones del artículo (dedicadas a cada uno de los aspectos del diseño de políticas señalados en la tabla).

Los datos utilizados en la reconstrucción discursiva fueron obtenidos por medio de dos fuentes. En primer lugar, se efectuó un estudio de las principales ideas desarrolladas en los diseños del PAIA (sus bases programáticas), informes de investigación, así como sus principales evaluaciones. Igualmente se incluyeron escritos académicos, sugeridos por las personas que fueron entrevistadas en esta investigación. En total se escogieron 16 textos base (de una selección inicial mayor), que se encuentran listados en la sección bibliográfica, los cuales en su conjunto permitieron tener una primera aproximación a los ideales que guiaron el diseño de este programa durante la primera mitad de los años noventa.

Este primer acercamiento al tema fue complementado con entrevistas realizadas a profesionales clave en la fundación y desarrollo del PAIA (entre los cuales se cuentan especialistas en medicina, trabajo social, psicología, sociología y salud pública). Estas entrevistas constituyen justamente la segunda fuente de información, y fueron efectuadas durante el segundo semestre del año 2017 (se realizaron dos entrevistas semi estructuradas por persona). Como parte de este ejercicio, se les solicitó que hicieran un análisis en retrospectiva de sus experiencias en lo concerniente al proceso de formulación de este

⁷ Sobre esta metodología véase Charmaz (2014).



programa, y los debates académicos, profesionales y políticos que en su momento estuvieron en boga. Si bien no pueden brindarse sus nombres, para respetar su anonimato, la lista incluyó a: un exdirector de la Clínica del Adolescente; un ex gerente médico de la CCSS; un exconsultor de la OPS (Organización Panamericana de la Salud); un exconsultor de UNICEF-Costa Rica (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia); un exdirector de la Iniciativa Mesoamérica – CCSS; un exdirector de la Iniciativa Mesoamérica –Ministerio de Salud–; un expsicólogo de la CCSS; una ex trabajadora social de la CCSS; y un exconsultor de la Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.⁸

Por último, resta decir que el ordenamiento del corpus textual y las transcripciones hechas a las entrevistas fue efectuado con ayuda del programa de análisis cualitativo NVivo (versión 10), el cual facilitó la segmentación y comparación de todos los datos.

ANTECEDENTES: INICIOS Y AUGE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA

En términos históricos, la formulación de políticas públicas en salud especializadas en la población adolescente es reciente en Costa Rica. Hacia finales de la década de los ochenta, fue cuando empezó a ser visible en las agendas de política en salud, teniendo como punto de anclaje el discurso médico, aunque también se nutrió de la aparición de la psicología de la adolescencia en el contexto norteamericano y europeo, la experiencia acumulada por las y los trabajadores sociales en su atención a personas menores de edad, así como el desarrollo de la pedagogía y el trabajo a contracorriente desarrollado desde el sistema público de educación en esa época, con importantes logros en el nivel de primaria, pero deficitario en secundaria (entrevista: ex gerente médico, CCSS).

Siguiendo el recuento histórico que brindan Montecinos, Krauskopf y Vargas (1989); Rodríguez, *et al.* (1993, p.30), Ulate (1999), esa sería la primera década en la cual el país contaría con información bioestadística diferenciada por dos rangos de edad, uno que iba de

⁸ Debido a la necesidad de garantizar su anonimato, no se han relevado los nombres y género de las personas entrevistadas. Con dos excepciones, al momento de realizar las entrevistas en el año 2017, ellas se encontraban disfrutando de su pensión.



los diez a catorce años y once meses, y otro de los quince años a los diecinueve años y once meses. Asimismo, estos autores explican que tanto la OPS como el Ministerio de Salud se habían dado a la tarea de desarrollar una serie de importantes seminarios sobre salud y juventud, a partir de los cuales se empezó a tener más conciencia sobre la necesidad de contar con protocolos de acción en salud reproductiva y salud mental (algunas de las cuales serían trabajos en conjunto con la Asociación Demográfica Costarricense). Dichos seminarios, según una persona entrevistada, permitieron hacer visible el trabajo que por varios años se había estado realizando desde el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Calderón Guardia, y el Servicio de Medicina Escolar y del Adolescente del Departamento de Pediatría Social del Hospital Nacional de Niños, precursor de la Clínica del Adolescente que continúa operando en ese centro médico (entrevista: exdirector, Clínica del Adolescente).

Otro hecho interesante de esta década sería que, a pesar de la crisis económica que golpeaba al país, el sistema público de salud contó con los recursos financieros necesarios para emprender la tarea de ubicar a la población adolescente en sus agendas de políticas. Desde luego, para que esto sucediera fue vital el auspicio financiero y técnico de organismos internacionales, agencias de cooperación, y organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales. Es así como a partir de 1984, desde las oficinas centrales de la CCSS se dio inicio a la tarea de diseñar acciones generales en salud y adolescencia, algo inédito en la historia del sistema de salud (CCSS, 1990; Donas, 1992; Donas y Mendoza, 1996; Muñoz, 1995; Rodríguez, *et al.*, 1993). El consenso, por parte de la dirección de la CCSS, era que debía ponerse atención al estatus de salud de esta población y dejar de asumir, sin más, que “el adolescente no se enferma o no necesita tanto los servicios que la Caja ponía a disposición de toda la población” (entrevista: exgerente médico de la CCSS).

Al iniciar la siguiente década, de los años noventa, este tipo de iniciativas fueron integradas en el llamado Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA), cuya formulación resultó del trabajo de la Comisión de Medicina del Adolescente (integrada principalmente por personeros de la CCSS y el Ministerio de Salud). Este programa, que



desde el punto de vista del análisis de política pública en realidad debe entenderse en términos de un proyecto (en tanto fue una acción de política que no se desarrolló junto con otras iniciativas similares), ha sido el más importante que ha llegado a implementarse en materia de salud adolescente (entrevista: exconsultor OPS). La exposición de sus objetivos ha sido resumida de buena manera por una de las principales fundadoras y promotoras del PAIA en su etapa de auge:

(...) una atención integral en salud y con calidad a los y las adolescentes de todo el país. Ello se alcanzará a través del funcionamiento de equipos interdisciplinarios o funcionarios(as) altamente capacitados y especializados en adolescencia, trabajando con este grupo poblacional en los tres niveles de atención [...] La atención integral se brindará tomando en cuenta el enfoque de derechos, desde una perspectiva que promueva el desarrollo humano (Rodríguez, *et al.*, 2002, p. 65).

Como tema prioritario del programa, se tiene en primera instancia la salud sexual y reproductiva. La definición que se trabajó sobre la misma fue variando durante la primera mitad de la década de los noventa, iniciando con una concepción más bien enfocada en el tema de salud reproductiva, que también incorporaba el debate sobre derechos humanos, el cual había ido cobrando fuerza en los ochenta (entrevistas: exconsultor, OPS; exconsultor, UNICEF– Costa Rica). Su versión más acabada, la entiende como: a) una “aptitud para disfrutar la actividad sexual y reproductiva, y para regularla conforme a una ética personal y social; b) la ausencia de factores psicológicos y sociales que “inhiban la reacción sexual y perturben las relaciones sexuales” y c) la ausencia de “trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias” que influyan negativamente en la “actividad sexual y reproductiva” (CCSS, 1993, p 5).

Desde luego, esta definición formal es la que finalmente prevaleció en los diseños del PAIA. Sin embargo, de los tres elementos mencionados, los dos últimos fueron los que verdaderamente fueron enfatizados, sirviendo de norte para el quehacer de las y los prestadores de servicios en salud (entrevistas: exconsultor OPS; exconsultor UNICEF–



Costa Rica). En este sentido, la noción de derecho fue traducida en términos de tener derecho a no resultar infectado del “VIH/SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual” y a “reproducirse en el momento que considere oportuno,” ambas condiciones necesarias para poder alcanzar una “sexualidad plena y enriquecedora, y como un elemento más de bienestar personal y familiar” (Rodríguez, *et al.*, 2002, p. 77).

En el posicionamiento que alcanzó el tema de adolescencia dentro del sistema público de salud, distintos fueron los factores que confluieron. Primero, el gran interés que mostró la presidencia ejecutiva de la CCSS, que incluyó la apertura de plazas laborales para distintos profesionales del área de ciencias sociales, especialmente en psicología y trabajo social (entrevista: exgerente médico, CCSS). Segundo, el espaldarazo económico y técnico que dieron la OPS y el UNFPA (entrevista: exconsultor, OPS). Esto permitió iniciar, al menos durante los primeros cinco años de implementación del PAIA, un proceso de formación de personal especializado en atención hacia el adolescente; pasantías para realizar estudios en el extranjero, talleres de capacitación en distintas zonas del país, y la realización de congresos latinoamericanos con sede en San José donde se recogieron distintas experiencias en materia de prestación de servicios en la región.

Tercero, la capacidad de rastrear la incidencia y prevalencia de cierto tipo de problemas en salud, sobre todo en lo concerniente a fecundidad y salud materna.⁹

Entre las principales acciones que llegaron a concretarse durante la primera mitad de los años noventa se tiene la creación de Clínicas del Adolescente en hospitales y clínicas ubicadas en zonas costeras, especialmente en la provincia de Limón y la parte central y sur del pacífico. Estaban compuestas por un especialista en medicina, enfermería, y psicología o trabajo social que, ubicados en un consultorio propio, se dedicaban a tiempo completo o parcial a atender sólo a este grupo etario. Además, se buscó tener un contacto directo con la persona adolescente, incluyendo la apertura de la línea telefónica gratuita Cuenta Conmigo, que ofrecía consejería gratuita y confidencial en los temas de salud sexual y reproductiva,

⁹ Sobre estas acciones véase: Ministerio de Salud (1994) y CCSS (1993)



violencia sexual, y derechos de la persona adolescente; la creación de la Red Nacional de Adolescentes, consistente en jóvenes de las comunidades que eran capacitados en materia de salud sexual y reproductiva, con el fin de facilitar procesos de promoción de la salud; y por último, las afamadas Ferias de la Salud, en donde se brindaban servicios básicos en medicina general, así como información relativa a la utilización correcta de métodos anticonceptivos (Rodríguez, 2014; entrevista: exdirector de la Clínica del Adolescente).

La época de auge del PAIA no pudo extenderse más allá de mediados de los noventa. Durante las administraciones de los gobiernos de Figueres Ferrer (1994-1998), Rodríguez Echeverría (1998-2002) y Pacheco de la Espriella (2002-2006), esta iniciativa iría perdiendo de manera progresiva el poco apoyo de “mandos medios” y el aval de “autoridades superiores” de la CCSS, quedando a la deriva en medio de una “reestructuración del Nivel Central de la CCSS,” sin que ninguna otra acción de política fuera propuesta para ocupar su lugar (Rodríguez, 2014, p. 4). Atrás parecían quedar los días en donde se planeaba implantar servicios integrales diferenciados para la persona adolescente en todo el país. Sólo algunas Clínicas del Adolescente lograron seguir funcionando, y aquellos profesionales que ejercieron sus nuevos conocimientos ahí fueron reubicados en el campo de la medicina general. Más preocupante, en diversas áreas de salud dirigidas por la CCSS, la discusión acerca de las necesidades en salud de la población adolescente que como grupo etario dejó de tener un peso importante en los Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS), como en los llamados Compromisos de Gestión, con base en los cuales esta entidad planifica sus acciones (entrevistas, exgerente médica de la CCSS, exdirector Clínica del Adolescente).

El abandono hecho del PAIA, se expresó en un retroceso en cuanto a la cobertura y prestación de servicios en salud sexual, así como en una descoordinación interinstitucional con respecto al abordaje de temas como los de explotación, trata y violencia sexual, educación acerca de sexualidades, e información relacionada con la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tal y como se indica en el *VI Informe del Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia* (UNICEF-UCR, 2008), la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia



Costa Rica 2009-2021 elaborada por la Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia (CNNA, 2009), al igual que en el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (conocido como PENSPA) y la Política Nacional de Sexualidad I y II Parte 2010-2021 impulsadas por el Ministerio de Salud (MINSa, 2010; 2011).

La reactivación de temas relativos a la salud de la población adolescente, tendría que aguardar varios años. En el 2011, como parte de los compromisos señalados en el PENSPA, se convocó la participación del Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA) (liderado por el Ministerio de Salud, con el apoyo de la CCSS), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), y el Consejo de la Persona Joven (CPJ) entre otras agencias de gobierno. Actualmente, no es el PAIA quien lidera los procesos de formulación de políticas en salud sexual y reproductiva para adolescentes, sino el personal a cargo de la implementación del Proyecto Mesoamérica 2015 (o Iniciativa Mesoamérica). Entre sus logros recientes, se tiene la aprobación de una Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y la promoción de un Modelo de Prevención y Atención del Embarazo en el Periodo de la Adolescencia, con los cuales se espera no sólo incidir en el tema de embarazo, sino también, hacer de nuevo visible el tema de salud de las personas adolescentes en las agendas de política del sistema de salud (entrevista: exdirector Iniciativa Mesoamérica-MINSa; exdirector Iniciativa Mesoamérica-CCSS).

LA ADOLESCENCIA: EL CICLO QUE VA DE LA PUBERTAD A LA TURBULENCIA SOCIAL

¿Cuáles son los rasgos que, en buena teoría, caracterizan a las y los adolescentes, así como la clase etaria que conforman? En el caso del PAIA, el perfil de esta población se basó en la noción de *ciclo de vida*. Sobre este punto, es necesario establecer una diferenciación elemental. Curso de vida y ciclo de vida, constituyen nociones diferentes. La primera, como se explicó en la segunda sección de este artículo, alude a momentos que no se consideran estáticos, sino más bien, que apelan a un determinado tipo de proceso cultural y social que



varía de un contexto a otro, al igual que de una época a otra. La idea de ciclo, por otra parte, alude más a momentos que en buena teoría serían compartidos universalmente por los seres humanos. Como lo indica su nombre, constituyen ciclos evolutivos, que tienen un punto de inicio y un punto final signado por causas naturales (biológicas y psicológicas), que se van disparando automáticamente conforme el organismo envejece. En términos analíticos, como bien sintetiza Hunt (2005, p.10), cada ciclo se asocia a etapas de desarrollo nítidamente delimitadas, con una temporalidad universal intrínseca al ser humano.

Al caracterizar a la adolescencia en clave cíclica, se la entiende como una fase evolutiva que inicia en la pubertad. En el discurso médico que acompañó el desarrollo del PAIA, la tematización de esta giró en torno a la maduración del sistema reproductivo, y sus efectos colaterales. Con ello, se estaba haciendo eco del trabajo del pediatra británico James Tanner, quien durante la década de 1970 dirigió el Instituto de Salud Infantil en Londres.¹⁰ Como bien señalaron nuestros entrevistados, según este autor, la pubertad se explica gracias a un cambio hormonal que se evidencia con cambios físicos tales como “la primera menstruación en niñas y eyaculaciones nocturnas en hombres”. Asimismo, la entrada en este ciclo de vida puede ser verificado fácilmente por las y los profesionales en salud mediante “la aparición de vello púbico, el crecimiento de los órganos genitales, y los pechos en el caso de las mujeres, así como el acné o la voz gruesa en los hombres” (entrevistas: ex trabajador social CCSS; ex psicólogo CCSS). Hoy en día, las y los prestadores de servicios en salud continúan haciendo uso habitual de los llamados Diagramas de Tanner (o Test de Tanner), para darle sentido a los marcadores físicos que identifican a las personas adolescentes.¹¹

Siguiendo esta apreciación de corte evolutivo, los principales efectos colaterales que trae consigo la entrada en dicho ciclo vital, fueron dimensionados a partir de tres debates

¹⁰ Vale la pena subrayar que varias de las y los salubristas públicos que impulsaron el desarrollo de las políticas de atención a la persona adolescente realizaron estudios de medicina en Gran Bretaña, lo cual les permitió importar de primera mano estas ideas al país (entrevista: ex gerente médico CCSS).

¹¹ El Test de Tanner, y consiste en una escala de medición del crecimiento físico que permite a las personas identificar su respectivo desarrollo biológico sexual desde la niñez hasta la adultez, mediante imágenes que ilustran diferentes tamaños de mamas, genitales, volumen testicular y el crecimiento de vello púbico (CCSS, s.f.).



psicológicos: el desarrollo cognitivo, el identitario y el moral. La psicología del desarrollo fue el debate central, permitiendo recuperar elementos conceptuales distintos a las de otras vertientes predominantes en esa época, como lo eran el psicoanálisis y el conductismo (entrevista: exconsultor Escuela de Psicología, UCR). Tres autores se convirtieron en referentes en esa época: el psicólogo suizo Jean Piaget, el norteamericano (de origen alemán) Erik Erikson, y, en menor medida, Lawrence Kohlberg de la Universidad de Chicago.¹²

De los tres psicólogos citados, Piaget fue sin duda el más difundido en la época. Si bien este no es el espacio para resumir los aportes de él, se pueden rescatar algunos elementos esenciales que, aún hoy en día, resultan influyentes (entrevista: exconsultor Escuela de Psicología, UCR).¹³ De su teoría sobre el desarrollo cognitivo, elaborada a partir de sus estudios clínicos con infantes, se retomó lo siguiente: que las y los niños, y por extensión las personas adolescentes, presentan un desarrollo cognitivo distinto al de las personas adultas (no piensan y razonan igual a estas), y que dicho desarrollo sucede por etapas, siendo la adolescencia una etapa en la cual aparece y se va consolidando la capacidad de pensar de manera abstracta (incluyendo, por ejemplo, habilidades como la resolución de complejas operaciones matemáticas).

Más importante aún, de Erikson se tomó el argumento de que el desarrollo cognitivo también se asociaba con cambios en la personalidad de las y los adolescentes (cómo se conciben a sí mismos y cómo se ven a futuro), y por extensión, de sus posturas ante las normas a las cuales se habían apegado desde la infancia. En este punto, el principal mensaje que fue recuperado por el personal de salud, era que la entrada en la adolescencia conlleva un ineludible período de confusión y crisis identitaria. Ante esta situación, lo que resultaba adecuado hacer, era establecer una “moratoria psicosocial,” es decir, “no juzgar tan duramente las acciones y decisiones de las y los adolescentes en tanto se asume que están

¹² Véase (CCSS, 1991).

¹³ Para un recuento de esta perspectiva psicológica y los autores mencionados, véase Santamaría (2018). En el contexto costarricense, una obra que expresa la influencia que en esa época tenían esas ideas en el ámbito académico es la de Dina Krauskopf, *Adolescencia y Educación*, cuya primera edición data de 1982 (Krauskopf, 1994), así como los trabajos de Solum Donas (1992) y White, Gómez y Morris (1992).



atravesando por un período de aprendizaje, exploración, de prueba y error, que requiere de buenas dosis de tolerancia.” Ya una vez que la persona adolescente va acercándose a la adultez, las y los adolescentes entrarían en un nuevo ciclo que les permitiría consolidar su identidad (entrevista: exconsultor de la Escuela de Psicología, UCR).

Por último, la inclusión de las ideas provenientes de los estudios de Kohlberg permitió incluir una dimensión moral. Para este psicólogo, el desarrollo cognitivo de las y los adolescentes va de la mano con el desarrollo de habilidades para pensar sobre las implicaciones éticas de sus acciones. La persona adolescente, a diferencia del infante, tiene la capacidad de pensar de manera más abstracta acerca de sus entornos de interacción social y los conflictos morales que ahí se generan. En este sentido, se está haciendo referencia no tanto al desarrollo de nuevas prácticas con orientación moral, sino, más bien, a la capacidad que tendrían los individuos de asumir una posición crítica frente a los valores aprendidos durante la infancia y, por ende, distanciarse de los mismos. En términos evolutivos, habría que esperar el arribo del ciclo vital adulto, para poder completar el desarrollo moral (entrevista: exconsultor de la Escuela de Psicología, UCR).

El nivel de desarrollo cognitivo y moral de las y los adolescentes, junto con la crisis identitaria, que según las anteriores argumentaciones, caracterizaría a este ciclo vital, tendrían un correlato sociocultural (correlato, dicho sea de paso, turbulento). Si bien las personas entrevistadas señalaron que durante los años ochenta y noventa, no se tenían a mano estudios antropológicos o sociológicos dedicados a explorar este tema; se hizo una extrapolación de las ideas y argumentos que estaban siendo propuestos desde la psicología del desarrollo. La hipótesis que fue aceptada sin más, era que la crisis de identidad en la cual se sumergían las personas adolescentes, daría lugar a una crisis colectiva normativa, haciendo de esta una fase difícil no sólo para sus protagonistas, sino también para sus madres y padres (CCSS, s.f.; CCSS, 1991; CCSS, 1994; entrevistas: ex gerente médico, CCSS; exconsultor de la Escuela de Psicología, UCR).



Esta forma negativa de interpretar las interacciones que establecen las personas adolescentes, y el sentido que le dan, se entendió como parte de la reconfiguración de las relaciones afectivas experimentadas durante la infancia. Su necesidad de marcar distancia con las personas adultas:

“(...) desarma a sus allegados, creándose en algunos casos tensiones inevitables, que padecen en mayor medida sus progenitores, quienes pierden su estatus de figuras confidentes por excelencia. En su lugar, terceras personas (provenientes de sus grupos de pares) vienen a ocupar dicho estatus, convirtiéndose en nuevos modelos a seguir. En contextos socioculturales marginales, esta reconfiguración afectiva puede encausar por el mal camino a las chicas, quienes, en su búsqueda por hacer una vida aparte, corren el peligro de perder importantes valores familiares,” al tiempo que las dificultades económicas “coartan los chances que tienen los chicos de continuar estudiando y así poder hacerse de un buen trabajo”. (entrevista, ex gerente médico, CCSS; exconsultor de la Escuela de Psicología, UCR).

Como puede notarse, estas valoraciones acerca de la experiencia social de las y los adolescentes es de corte relacional, no sólo con respecto a la niñez, sino también, con la adultez. La persona adolescente, es comparada implícitamente con una versión idealizada del adulto, que se expresa en dos aspiraciones centrales: el llegar a convertirse en un individuo autónomo (en el entendido de ir sentando las bases para una futura inserción laboral exitosa), así como asumir responsabilidades relativas al cuidado de sí mismo y de algunos integrantes de su núcleo familiar. Asimismo, cada vez que se pensaba en la población adolescente se asumía (presuponía, preconcebía, ponderaba, recapitaba, (sinónimos de los cuales puede optar para la idea) en contextos propios de aquellas poblaciones prioritarias en materia de salud preventiva (integradas, como será explicado en el siguiente apartado, por adolescentes embarazadas viviendo en condición de pobreza y violencia, en zonas rurales y urbano marginales).



LOS RIESGOS QUE “EN BUENA TEORÍA” TRAE CONSIGO LA ADOLESCENCIA

En esta caracterización cíclica sobre la adolescencia llevada a cabo en el PAIA, ¿cómo fue abordado el tema de riesgos? Antes de responder, conviene primero aclarar cómo se ha definido este concepto en el presente artículo. El riesgo consiste en la probabilidad que se tiene de sufrir algún tipo de daño (en este caso, algún padecimiento en la salud asociado a la clase etaria adolescente), mientras que los riesgos que son de carácter inminente, por otra parte, se denominan peligros (Casullo, 2012, Lupton, 2018).

Las casusas de los riesgos se denominarán *fuentes de riesgos*, siendo estos de orden interno (expresados en conductas individuales) o de orden externo (expresados en factores culturales y sociales, que escapan al control o voluntad individual).¹⁴

Hecha la aclaración, debe indicarse que en el PAIA fueron identificados dos tipos de riesgos centrales en materia de salud sexual y reproductiva: infecciones de transmisión sexual (ITS), así como el embarazo en la adolescencia (CCSS, 1993).¹⁵ La preocupación en torno al primero de los riesgos, si bien es cierto es de larga data (Palmer y Cueto, 2014), se posicionó como prioritario en este programa debido a la aparición de la epidemia del VIH durante los años ochenta. Las “alarmas se encendieron” no tanto debido a una acentuación en los registros que se tenían en la época sobre la incidencia de enfermedades tales como gonorrea o sífilis, sino más bien al aumento de casos de SIDA en el contexto norteamericano, las enfermedades oportunistas que este síndrome trae consigo, así como las incertidumbres que conlleva desde en un principio (entrevista: ex consultor, OPS).

El embarazo en la adolescencia se posicionó en el PAIA, debido a las dinámicas demográficas registradas en Costa Rica.

¹⁴ Sobre el tema de riesgo en relación con adolescencia, véase: Lupton, 2013 y Le Breton (2014a).

¹⁵ Como si el tiempo hubiera pasado hoy en día este mismo par de preocupaciones son las que continúan acaparando el centro de atención de los debates de las agendas de política del sistema público de salud.



De hecho, la región latinoamericana se caracteriza desde hace décadas por presentar altas tasas de fecundidad en adolescentes, sólo superadas a nivel mundial por las reportadas en regiones como el África Sub-Sahariana.¹⁶ A diferencia del tema de las ITS, donde no se contaba con información actualizada de primera mano; el embarazo en la adolescencia era captado mediante censos poblacionales y estadísticas vitales manejadas desde el sistema público de salud, haciendo del embarazo, una problemática fácilmente localizable en el país, y sobre la cual era posible establecer hipótesis básicas de trabajo (entrevista: ex gerente médico CCSS; ex trabajador social CCSS).

Ahora bien, tanto para las ITS como el embarazo, fueron establecidas fuentes de riesgo, internas y externas. Entre las primeras destacarían aquellas que, según lo expuesto en la sección anterior, se relacionan con los cambios hormonales propios de este ciclo evolutivo. Según los diseños de este programa (CCSS, 1993), el riesgo durante la adolescencia se nutre de fuertes impulsos emocionales asociados al incremento de andrógenos, estrógenos y progesterona, que limitan la capacidad de planificación racional que demuestran las y los adolescentes en su accionar. Crisis identitarias, inmadurez cognitiva y moral, se tornan en fuerzas inherentes que coinciden con el inicio de actividades sexuales como la masturbación, el magreo, el coito anal o vaginal y el sexo oral (entrevista: ex trabajador social, CCSS; expsicólogo CCSS).

Los problemas que trae consigo el inicio de estas actividades, fueron enumeradas de la siguiente manera: a) que el inicio de actividades sexuales no se esté postergando, sino más bien, que esté comenzando a edades cada vez más tempranas; b) el aumento en el número de encuentros sexuales de tipo casual que sostienen las y los adolescentes, al igual que su incapacidad de desarrollar relaciones afectivas monogámicas a largo plazo; c) el desconocimiento que tienen acerca de cómo evitar embarazos o las ITS de manera efectiva

¹⁶ Sobre el tema de natalidad adolescente en Latinoamérica, véase: Rodríguez (2012).



(ignorancia en cuanto a métodos anticonceptivos y de barrera); y el poco uso del condón en las relaciones íntimas (entrevista: ex trabajador social CCSS).¹⁷

Este listado de fuentes de riesgo, de acuerdo con nuestros entrevistados, fue asociado a una pérdida de valores, propia de un orden social en donde “instituciones” tales como el noviazgo, el matrimonio o la familia tradicional, estaban siendo socavadas.

Desde luego, todas estas instituciones y sus respectivos problemas se contemplaban desde un punto de vista heteronormativo, puesto que no será sino recientemente que en el contexto de sistema público de salud costarricense han cobrado mayor legitimidad los temas de diversidad sexual (entrevista: ex director CCSS; ex director Ministerio de Salud).¹⁸

Con respecto a las fuentes de peligro externas, las mismas fueron identificadas en relación con los contextos socioeconómicos en los cuales se desenvuelven las personas adolescentes, o mejor dicho en aquellos entornos en donde se hacía presente una mayor cantidad de casos de embarazos en adolescentes (CCSS, s.f.; Donas, et. al. 1996; Rojas y Donas, 1995). El riesgo, desde este punto de vista, se encontraría asociado con: a) habitar regiones que históricamente han presentado un bajo desarrollo socioeconómico, o bien, una fuerte exclusión debido a la adscripción étnica y racial (las zonas rurales, serían ejemplo de lo anterior); b) haber experimentado situaciones de abuso y violencia en el hogar; y c) provenir de familias con bajos niveles de escolaridad, o desestructuradas (es decir, aquellas que no seguían un patrón de familia tradicional, unida).

De estos riesgos externos, no controlados a voluntad por las y los adolescentes, el último fue sobre el que más hicieron más énfasis las personas entrevistadas. El encontrarse fuera del sistema educativo durante este momento de la vida, sobre todo en contextos “urbanos y rurales difíciles, expulsaba a los chicos a la calle, donde se encontrarían a expensas de

¹⁷ Véase, además: CCSS, 1991; CCSS, 1994.

¹⁸ Como ha expuesto Le Breton (2014b: 39), históricamente las y los adolescentes han sido señalados como sospechosos de cierta inmoralidad que transgrede el conservadurismo heterosexual y se encarna en fobias sexuales instauradas en figuras tales como la de “mujeres histéricas, frías, homosexuales, perversos, onanistas” cuyos impulsos biológicos dañan el lazo social y requieren de intervención pública.



culturas juveniles y todo tipo de situaciones de agresión, delitos, consumo de drogas y estupefacientes,” o bien, expuestos a “modas banales, vagancia y búsqueda del éxito fácil” (entrevista: ex trabajador social CCSS; ex psicólogo CCSS). De similar manera, se decía que este efecto de expulsión se presentaba en familias desestructuradas generando el siguiente efecto:

“(…) el adolescente va formando una vida más activa fuera del hogar y con una mayor influencia de sus grupos de pares. Con este distanciamiento, los adolescentes ganan cuotas de autonomía, pero, a expensas de la capacidad de control que ejercían madres y padres durante la infancia” (entrevista: exconsultor OPS).

Ahora bien, la identificación de las fuentes de riesgos internas y externas, al igual que sus supuestos, no se apoyó en estudios sistemáticos relativos a las sexualidades de las y los adolescentes. Durante la década de los noventa, sólo se contaba con un estudio a escala nacional sobre salud en adolescencia, mientras que la primera encuesta sobre salud sexual y reproductiva se realizaría hasta el año 2010. Por ello, el debate sobre riesgos se fue formando a partir de debates académicos generales, conducidos muchas veces desde organismos internacionales tales como la OMS o la OPS (entrevista: exconsultor OPS; ex trabajador social CCSS), o bien, a partir de datos relativos a la maternidad adolescente, donde podían establecerse correlaciones en función de cierto tipo de variables de contexto (entrevista: ex consultor, OPS).

Durante la época de auge del PAIA, mucho de la base empírica de información acerca de las problemáticas afrontadas por las y los adolescentes, se fundó en datos que provenían del examen de sus condiciones de vida asociados a la maternidad adolescente, al igual que de las percepciones y experiencia práctica acuñada por las y los funcionarios del sistema público de salud. El estudio de los procesos sociales que facilitan la transmisión de las ITS en poblaciones adolescentes constituye, aún en la actualidad, un tema pendiente de ser abordado



desde la academia, así como la investigación epidemiológica (entrevista: ex trabajador social, CCSS).¹⁹

EL TRATAMIENTO QUE DEBE RECIBIR LA PERSONA ADOLESCENTE

Ante los riesgos que se entretajan en torno a las ITS y el embarazo en la adolescencia, ¿cómo debe protegerse a las y los adolescentes? ¿Qué trato, en un sentido médico y humano, deben recibir? En el caso del PAIA, la prioridad estuvo en el desarrollo de una lógica curativa, dirigida a cuidar el organismo y, por tanto, de carácter universal (aplicable a individuos de cualquier clase etaria, en apego a parámetros internacionales de control epidemiológico establecidos en esa época por organizaciones tales como la OPS). De manera complementaria, se desarrolló otra lógica de atención, de corte preventivo, nunca antes desarrollada, la cual estuvo dirigida a quienes integraran la clase etaria adolescente. De seguido, se explican ambas lógicas.

La estrategia curativa podría decirse que fue de corte estándar. Por ejemplo, como parte de las acciones de intervención solicitadas a las y los salubristas públicos, se establecía la importancia de mejorar los registros epidemiológicos existentes en los centros de salud a escala local y nacional (teniendo a las clínicas del adolescente, como los principales lugares donde se esperaba atender y captar información de la población adolescente). Igualmente, se esperaba mejorar la provisión de bienes y servicios, tales como los antibióticos o cremas que se recetan para el caso de infecciones bacterianas como la clamidia y algunas de tipo parasitario como las ladillas, así como aquellos beneficios de más largo plazo (para lidiar con los efectos colaterales de infecciones que no tienen cura, de origen viral, como por ejemplo la hepatitis B o herpes).

¹⁹ Actualmente, las investigaciones que más se han aproximado a este tema, serían el par de encuestas nacionales en salud sexual y reproductiva realizadas durante el 2010 y 2015, las cuales han aportado evidencia que legitima a los factores de riesgo señalados con anterioridad. Véase, MINSA.



En el caso del embarazo en la adolescencia, se daba inicio al proceso de control prenatal, prosiguiendo con el parto y finalizando con el puerperio, momento en el cual darían inicio los controles médicos dirigidos al neonato (entrevista: exdirector Clínica del Adolescente).

Esta lógica curativa, que fue explicada por las personas entrevistadas, corresponde a lo que en literatura de sociología médica (Cockerham, 2012, p.194) a un tipo de relación médico-paciente de tutelaje, verticalista, orientada por un esquema de guía-cooperación. Según dicho esquema, las directrices brindadas por el personal de salud a sus pacientes con miras al trato médico de las infecciones o el embarazo debían ser acatadas sin más, sin que ellas estuvieran sujetas a ningún tipo de negociación. En este tipo de relación, se partió del supuesto que era un sujeto racional, capaz de seguir las indicaciones médicas al pie de la letra, al ser capaz de sopesar las futuras consecuencias negativas que tendría su desobediencia.

Al pasar de las lógicas curativas a las preventivas, el panorama se torna más interesante en términos del diseño de una política pública. Como fue adelantado, estas acciones fueron expresamente ideadas para la clase etaria adolescente. No bastaba sugerir remedios capaces de hacer efecto en cualquier organismo humano, sino que debían generarse intervenciones a la medida de las poblaciones meta y sus entornos. En el caso del PAIA, los supuestos revisados en la sección cuarta del presente artículo fueron tomados como punto de partida. La persona adolescente, caracterizada por sus desbalances hormonales, sus crisis identitarias y relaciones turbulentas, debía ser tratada mediante un tutelaje de orden vertical, que a diferencia del enfoque curativo, fuera capaz de sustentarse en una participación activa de sus beneficiarios (entrevista: ex gerente médico, CCSS).

Para estos efectos, se propuso lo que en literatura de sociología médica se conoce como un esquema de relación entre pacientes y profesionales en salud basado en la *participación mutua* (Cockerham, 2012, p.194). Comparado con el esquema de guía cooperación, requiere la inclusión de acciones de corresponsabilidad, mediante las cuales se solicita algo a cambio de recibir un determinado beneficio en salud pública. Si bien es cierto en estas dinámicas



de cooperación la voz de la persona adolescente se trató de incluir en la formulación de políticas públicas, la última palabra en cuanto a la estrategia de protección continuaba recayendo en el personal médico.

¿Qué se solicitaba específicamente a la persona adolescente? Básicamente, una modificación en las conductas de riesgo a las cuales se hizo referencia en la sección anterior (dejándose así, en un segundo plano el desarrollo de estrategias dirigidas a modificar fuentes de riesgo de orden externo). Desde este punto de vista, en el PAIA se asumió que la educación sería la llave que abriría las puertas a una especie de proceso de resocialización biomédica, en el sentido de permitirle a los individuos racionalizar su vida social y cultural en función de los daños y peligros que acechan en la adolescencia (entrevista: ex trabajador social, CCSS). El esquema de guía cooperación, desde este punto de vista individualista, resultó predominante en las campañas educativas cuya meta primordial constituía brindar información sobre los siguientes puntos:²⁰

1. Funcionamiento del sistema reproductivo y sus diferentes órganos.
2. Explicación de las maneras de transmisión de las ITS, prestando particular atención a las temáticas de VIH y SIDA.
3. Métodos anticonceptivos y de barrera.
4. Las responsabilidades que trae consigo el inicio de actividades sexuales, centrandó la atención en las temáticas de maternidad y paternidad.
5. Cuidados durante el embarazo e importancia de las consultas ginecológicas.

Con el fin de concretar estos puntos en estrategias de promoción de la salud, según comentaron entrevistados que estuvieron a cargo su desarrollo en las zonas costeras del país, se siguió la siguiente lógica que se comenta a grosso modo. Usualmente, se trataba de planear al menos una gira anual por distintas comunidades, teniendo como público principal

²⁰ En la actualidad, otros puntos que suelen mencionarse como parte de este debate incluye el tema de derechos en salud sexual y reproductiva, el vínculo entre afectividad y sexualidad, el placer y goce en materia sexual, relaciones impropias (entre adolescentes y adultos mayores de edad), violencia de género, al igual que el respeto a las diversidades sexuales (entrevista: consultor de organismos internacionales).



a personas estudiantes avanzados de secundaria. La conveniencia de seleccionar este público cautivo implicó que estas campañas informativas no llegaran a grandes sectores de la población adolescente (dado que sólo alrededor de la mitad de las y los adolescentes que debía estar cursando estudios de secundaria, lo estaban haciendo). Otras maneras en las cuales se hacía llegar este mensaje incluían la realización de ferias de la salud en espacios públicos tales como parques, durante fines de semana, al igual que la captación de personas adolescentes en centros de salud, sobre todo aquellas identificadas por sus departamentos de trabajo social (entrevista: ex gerente médico CCSS; ex trabajador social, CCSS).

Una vez identificada la población meta, el trato humano que debía establecerse durante la prestación de servicios consistía en “tratar al adolescente, no como un niño, sino como un futuro adulto capaz de tener una plena noción de las consecuencias de sus acciones, buenas o malas” (entrevista: ex psicólogo, CCSS). En este sentido, desde la coordinación del PAIA se promovió la idea que la mejor forma de “lidiar con personas adolescentes que incurrieran en conductas de riesgo,” consistía en “adelantarse en el tiempo y verlos como personas con las cuales se podía hablar, como interlocutores ante los cuales no podría ejercerse una función autoritaria, paternal de control, así sin más, sino más bien, verlos como futuros jóvenes adultos, que tarde o temprano gozarán de una serie de derechos y deberes, para los cuales se les debe ir preparando de una vez” (entrevista: ex trabajador social, CCSS).

Sin embargo, lo anterior traía consigo una paradoja, puesto que el tratar al adolescente como si fuera adulto, no implicaba que en efecto disfrutara de los beneficios que en buena teoría trae consigo la mayoría de edad. En última instancia, las y los adolescentes continuaban siendo personas dependientes, sobre todo en lo referido a los recursos que se requirieron para hacerle frente a la vida. Por ello el sentido final que tuvo el trato brindado tomó la siguiente forma:

“(…) lo que tratamos fue no dejarlos solos, sobre todo a los más humildes y pobres, que sufrían mucha carga en sus casas, sobre todo por las presiones de tipo económico o formativas. Ellos lo que necesitan verdaderamente es un chance para adaptarse al



estrés de los cambios corporales, y luego, a todo el tema del descubrimiento de la sexualidad. Debe supervisarse la manera en que aprenden las implicaciones de convertirse en un hombre o una mujer adulta, y de las múltiples responsabilidades que ello conlleva. Es todo un reacomodo, tanto de sentimientos, como de formas de vivir, de búsqueda y discusión y negociación” (entrevista: ex trabajador social, CCSS).

En suma, el tratamiento dado a las y los adolescentes en tanto clase etaria, se concibió de manera universal en cuanto a su dimensión biológica. Desde luego, esto era de esperarse en cuanto el objetivo final consistía en lograr revertir los efectos negativos que desencadena en el organismo humano una ITS o el impacto que en materia de salud materna puede tener para el cuerpo de una adolescente el estar embarazada. Las verdaderas diferenciaciones en cuanto a la dimensión etaria, se darían en cuanto al desarrollo de lógicas preventivas, en campañas de salud cuyo mensaje final para la persona adolescente era que debía cuidarse no sólo a sí mismo, sino también, de sí mismo, a condición de poder hacerle frente a los riesgos que serían inherentes a su naturaleza.

DISCUSIÓN

Esta revisión en retrospectiva del debate desarrollado sobre la adolescencia (en este caso, en función del tema de salud sexual y reproductiva), ha servido para examinar cómo ha venido construyéndose a este grupo etario como tal. Lo expuesto en el presente artículo acerca de la época de oro del PAIA, puede servir de base para comparar los esfuerzos que se están realizando actualmente en materia de diseño de este tipo de acciones (labor que, como se expuso anteriormente, está siendo liderada hoy en día desde la Iniciativa Mesoamericana). En este sentido, también es importante entender que el análisis de políticas en salud no sólo tiene que ver con elementos técnicos o logísticos (por más relevantes que sean) sino, además, como caracterizaciones acerca de la vida de los individuos y grupos sociales a los cuales se dirige un determinado trato médico y humano.

Para el caso del PAIA, la caracterización de la adolescencia en tanto clase etaria se formuló en términos cíclicos, como una etapa evolutiva de carácter universal que conduce a



las personas hacia la adultez. La adolescencia, desde este punto de vista, se describió como un pasaje de transición caracterizado por crisis individuales derivadas directamente de la pubertad (inmadurez cognitiva y moral), mismo que tendría un correlato social y cultural turbulento (crisis en relaciones filiales y parentales, así como una reconfiguración de sentido que supone romper con la infancia). Ello daba lugar a una transición inquietante que, en lo referido a salud sexual y reproductiva, se expresaba en dos tipos de riesgos básicos, las ITS o el embarazo en la adolescencia.

Ante esta situación, las y los salubristas públicos debían desplegar sus buenos oficios, entendidos en términos del inicio de un proceso de resocialización sexual de la persona adolescente, centrado en la modificación de comportamientos tales como el inicio temprano de relaciones sexuales, el aumento en encuentros sexuales, y el desconocimiento acerca de métodos anticonceptivos y profilácticos. Desde este punto de vista, la meta principal era hacer que las y los adolescentes pospusieran la edad de inicio de sus relaciones íntimas, o al menos ayudarles a que hicieran un cálculo racional acerca de los perjuicios que trae aparejada la no utilización de métodos anticonceptivos y profilácticos. Para que esto fuera efectivo, se sugirió a las y los profesionales en salud que desarrollaran un trato humano de orden verticalista, jerárquico, con la población adolescente; apegado a esquemas de guía-cooperación (en lo concerniente a atención médica curativa) y a esquemas de participación mutua (en cuanto a medicina preventiva).

Más importante que lo dicho en las páginas anteriores, estaría aquello que aún está por decirse. La época de auge del PAIA, con sus virtudes y limitaciones, puede darnos algunas lecciones en cuanto al presente y futuro del diseño de políticas sociales dirigidas a las y los adolescentes. Específicamente, resulta necesario preguntarse qué tanto ha logrado realizarse un análisis crítico acerca de las relaciones establecidas entre profesionales de salud y pacientes, y los estigmas que en ellas se reproducen. Asimismo, resultaría vital cuestionarse acerca de qué tanto las colaboraciones interinstitucionales (traducidas en instancias organizativas con el CIAMA), han logrado avanzar en la incorporación de visiones



alternativas acerca del riesgo (en donde se rescaten aspectos analíticos de orden sociocultural).

Desde luego, el logro de lo anterior conlleva la tarea de cuestionarse sobre las distintas maneras en que esta clase etaria va labrando su vida sexual, los significados que asignan a este tipo de prácticas y relaciones, y la forma en que solucionan los dilemas que se les presentan. Debe recordarse que en sociedades como la nuestra el pasaje de la infancia a la adultez no sucede de manera súbita o unilineal, sino progresiva, enrevesada, en virtud de distintos contextos generales y circunstancias particulares. En este punto, las ciencias sociales podrían hacer aportes clave que valdría la pena explorar.

Adolescencia. Como bien recuerda Le Breton (2014, pp.5-6), su raíz etimológica se emparenta con el verbo *adolescere*, en donde *adolescens* (que significa crecer) figura como participio presente, y *adultus* (haber dejado de crecer) constituye el participio pasado. En salud pública, convendría volver a reflexionar acerca de las implicaciones que tiene este crecimiento. No todo en la adolescencia debe ser necesariamente asociado a una condición negativa, a malestares o desajustes existenciales. Puede que por ahí haya vivencias positivas, que se pierden de vista en discursos donde se describe y moraliza a la persona adolescente bajo adjetivos tales como la inmadurez o la irresponsabilidad.

El crecimiento humano va aconteciendo simultáneamente en diversos planos, cuyas lógicas no son cíclicas ni se reducen a leyes evolutivas universales. En el caso costarricense, conviene preguntarse cómo hemos estado construyendo este curso de vida y a cuáles expectativas normativas y valorativas se ha apelado. Más importante aún, resulta preguntarse acerca de qué tipo de contextos limitan o potencian la vivencia de una buena adolescencia, y la manera en que las políticas sociales (como las de salud) pueden coadyuvar a convertir este momento en uno positivo y enriquecedor, capaz de preparar a la población adolescente para los retos que vendrán a futuro.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariès, Phillippe. 1965. *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*. New York: Vintage.
- BID. 2013. *Salud Mesoamérica 2015. Manual Operativo del Proyecto*. San José: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Casullo, Gabriela. 2012. *Ser Adolescente en el Siglo XXI*. Buenos Aires: EUDEBA.
- CCSS. (s.f.) *Normas de Atención de Morbilidad Prevalente del Adolescente. Programa Atención Integral del Adolescente*. San José: CCSS.
- CCSS, 1991. *Primera Antología: Adolescencia y Salud*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CCSS. 1993. *Bases Programáticas Programa de Atención Integral en Salud de los y las Adolescentes*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- CCSS. 1994. *Segunda Antología: Adolescencia y Salud*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Charmaz, Kathy. 2014. *Constructing Gounded Theory. 2nd Edition*. London: Sage.
- Cockerham, William. 2012. *Medical Sociology. Edition N° 12*. Boston: Prentice Hall.
- Coleman, John C. 2011. *The Nature of Adolescence. Fourth Edition*. London: Routledge.
- Conrad, Peter y Joseph Schneider. 2018. “Professionalization, monopoly, and the structure of medical practice.” *The Sociology of Health & Illness. Critical Perspectives*. Editado por Peter Conrad y Valerie Leiter. London: Sage.
- Donas, Solum. 1992. *Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Integral del Adolescente*. San José: Ministerio de Salud – OPS.
- Donas, Solum y Arnoldo Mendoza. 1996. *Adolescencia y Juventud en América Central y República Dominicana en los Años 90*. San José: OPS.
- Donas, Solum, et al. 1996. *Algunas Características Psicosociales de la Juventud en la Región Metropolitana del Valle Central de Costa Rica*. San José: OPS-UCR.



- Hanawalt, B.A. (1992). Historical descriptions and prescriptions for adolescence. *Journal of Family History*. Vol.17 (pp.341–51).
- Hofmeister, Heather. 2015. *Individualisation of the life course*. Oxford: John Wiley & Son.
- Johnson, Monica. 2016. Sociology of Adolescence. En: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2nd edition*, Volume 1.(pp.115-121).
- Krauskopf, Dina. 1994. *Adolescencia y educación*. Segunda Edición. San José: EUNED.
- Le Breton, David. 2014a. *Adolescence et conduites à risque*. Bruxelles: Fabert.
- Le Breton, David. 2014b. *Historia de la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lupton, Deborah. 2018. *Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health*. En *The Sociology of Health & Illness. Critical Perspectives*. Editado por Peter Conrad y Valerie Leiter. London: Sage.
- Macmillan. 2005. *The Structure of the Life Course: Standardized? Individualized? Differentiated?* New York: Elsevier.
- Ministerio de Salud. 1994. *Memoria: Primer Taller Interinstitucional “Hacia una Política Nacional Global de Adolescencia y Juventud.”* San José: Ministerio de Salud.
- PAIA. 1991. *Primera Antología: Adolescencia y Salud*. San José: CCSS-Programa Atención Integral del Adolescente.
- Montecinos, Edith, Dina Krauskopf y Ginet Vargas. 1989. *Hacia la atención integral de la adolescencia en Costa Rica*. San José: OPS.
- Muñoz, Sergio. 1995. *Políticas de Atención a la Adolescencia y Juventud en Costa Rica*. San José: CCSS-Comisión Nacional de Atención Integral a la Adolescencia.
- Palmer, Steven y Marcos Cueto. 2014. *Medicine and Public Health in Latin America: A History (New Approaches to the Americas)*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Rodríguez, Jorge. 2012. “La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades,” en *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. Vol. 3. No.2 (pp. 66-81).
- Rojas, Ana y Solum Donas. 1995. *Adolescencia y Juventud. Aportes para una Discusión*. San José: OPS.
- Santamaría, Carlos. 2018. *Historia de la Psicología*. Barcelona: Ariel.
- Smith, Peter. 2016. *Adolescence*. Oxford: Oxford University Press.
- Ulate, Freddy. 1999. “1984-1987: el inicio del camino de la atención a adolescentes. Un reposo histórico de utilidad para el futuro.” En *Adolescencia y Salud*. San José: CCSS-EDNASSS.
- Valverde, José y Patricia Rosés. 2004. Informe Final. *Propuesta para el fortalecimiento del modelo humano de funcionamiento en subredes del PAIA*. San José: CCSS.
- White, Lisa, Víctor Gómez y Leo Morris. 1992. *Comportamiento Sexual de los Costarricenses Menores de 25 Años*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.