

T 209
WS 460
F 635
2003



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE NICARAGUA**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS
DE LA SALUD**



Escuela de Salud Pública

Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública



**Sistematización de experiencia del Programa de Atención Integral a la
Adolescencia, Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí.
1998 - I Semestre 2003.**

Autoras:

Alejandra María Floripe Parrales
Francisca Eugenia Moreira Guadamuz
Rosa Ediltrudis Romero Martínez

Tutor:

Lic. Manuel Martínez Moreira
Docente Investigador
CIES

Asesora:

Lic. Chantal Pallais Navas
Oficial Programa SSR Adolescentes
UNFPA

Managua, agosto del 2003

"Mal acabará quien pretenda adentrarse en el futuro, ignorando lo que sucedió en el pasado, porque entonces no vivirá el presente."

*"Sencillo es todo lo verdaderamente grande."
(H. de Balzac)*

DEDICATORIA

Dedicamos este esfuerzo a todas las personas que de una u otra forma han colaborado para que se haga realidad, en especial al personal de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia y al Equipo de Dirección del Centro de Salud Leonel Rugama, quienes depositaron su confianza en nosotras para facilitar este esfuerzo por sistematizar la experiencia que ellos y ellas han desarrollado.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, ser supremo que nos ha permitido continuar en este trayecto de la vida superando las dificultades y tropiezos y disfrutando de nuestros logros.

También, han habido muchas personas que en mayor o menor grado nos han apoyado en la realización de este trabajo. Personas que han contribuido con su tiempo, con sus consejos, con palabras de aliento para continuar.

Agradecemos en especial al personal de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí, al Director Municipal y Jefa de Enfermería, por brindarnos toda su colaboración, y en especial al grupo de adolescentes, por compartir su experiencia y sobre todo, por confiar en nosotros para facilitar este proceso de sistematización del trabajo que ellos arduamente han realizado y continúan realizando.

A Gil y Chantal, sin ellos no hubiera sido posible ponerle un toque especial y diferente a esta sistematización.

A nuestros familiares, por permitirnos tolerantemente el tiempo no compartido. También queremos dar gracias a nuestros compañeros y compañeras de trabajo y amigos y amigas, por su comprensión y apoyo.

A nuestros profesores y profesoras, por sembrar en nosotros la semilla de que somos capaces de transformar nuestro entorno, con conocimiento de la realidad y voluntad de cambio.

A todos y todas, gracias, este logro también es de ustedes.

RESUMEN

La sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, en el Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí, en el periodo 1998 – I Semestre 2003, parte de la práctica desarrollada en la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, implementada por el personal de salud en dicho municipio.

Para la realización de este estudio se rescató la experiencia de las personas que han participado directamente del proceso, fundamentalmente a través de entrevistas a profundidad, grabadas, y un taller metodológico, además de la realización de un grupo focal con adolescentes miembros del club y usuarios/as de los servicios, cabe hacer mención que los documentos existentes son muy pocos.

Los ejes en los que se basó la sistematización fueron:

- Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
- Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas.
- Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados.
- Experiencia de participación social establecida.

El desarrollo del Programa de Atención Integral a la Adolescencia del Centro de Salud Leonel Rugama, demuestra que es factible brindar una atención diferenciada e integral a los y las adolescentes, con calidad y calidez, siempre y cuando exista un entorno político de apoyo verdadero a la salud de los y las adolescentes a nivel local y nacional, una optimización de los recursos de la cooperación externa, y además, que exista personal dispuesto, capacitado e interesado por trabajar con este grupo poblacional.

Otros aspectos importantes lo constituyen la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación, que en este caso es aún muy débil, al igual que el enfoque de participación tanto de adolescentes como grupo beneficiario y protagónico, y de otros actores sociales claves, dándole a la experiencia un enfoque verdadero de multisectorialidad, en donde no se busque sólo apoyo sino complementariedad en las acciones, asumiendo que el desarrollo humano de la adolescencia no sólo depende de una institución, sino de toda la sociedad.

Las principales lecciones aprendidas que se desprenden de esta sistematización, de acuerdo a los ejes de sistematización y por ende a los objetivos específicos planteados son:

1. De las condiciones locales de creación de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia.

- Hay que tener una visión clara con relación al apoyo de la cooperación externa. El Ministerio de Salud de Estelí ha optimizado a los proyectos, no

han sido los proyectos los que han llegado a definir las estrategias de trabajo, sino más bien el MINSA ha tomado el papel de rector, tal y como lo mandata la Ley General de Salud.

- La voluntad política y el nivel de sensibilización de parte del personal involucrado y sobre todo de la dirección del centro es fundamental para mantener el trabajo y desarrollarlo.

2. De las estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.

- Las características del personal de salud que atiende directamente al adolescente juegan un rol importante en el desarrollo de los servicios. El contacto humano es de importancia fundamental en la prestación de servicios de salud a los adolescentes.

3. Del mecanismo de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.

- Es imprescindible contar con un sistema de monitoreo y evaluación permanente, lo que permitirá que se conozca con mayor profundidad el impacto del funcionamiento, la identificación de problemas y potenciales soluciones. Además se hace necesario que las estadísticas del Programa entren en las estadísticas generales del Ministerio de Salud.

4 De la experiencia de participación social establecida en el Programa.

- Hay que darle un mayor nivel participativo a los y las adolescentes en la toma de decisiones, tomarlos como sujetos de derechos y no como receptores de un servicio.
- La gestión y la coordinación tanto inter como intrainstitucional es importante para promover los espacios de participación. Es necesario profundizar en el enfoque multisectorial para llegar a niveles mayores que la búsqueda de apoyo, sino de trabajo conjunto.

El presente estudio es de gran importancia para el Ministerio de Salud, específicamente para el departamento de Atención Integral a la Adolescencia, y para el Centro de Salud mismo, ya que aporta datos que ayudarán a mejorar la calidad del programa, aporta además datos para la gerencia y la gestión en salud en la atención a la adolescencia.

A las agencias de cooperación como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, CARE y Organismos no Gubernamentales nacionales e internacionales, les servirá como recurso para reorientar su apoyo al programa con miras a la obtención de mayor eficiencia.

ÍNDICE

I	Introducción	1
II	La Clínica y el Programa de Atención Integral a la Adolescencia	5
III	Marco de Referencia	12
IV	Procedimientos Metodológicos	22
V	Resultados	25
VI	Lecciones Aprendidas	42
VII	Consideraciones finales y Recomendaciones	47
VIII	Bibliografía	51

Anexos

I – INTRODUCCIÓN

Nicaragua se caracteriza por tener una población predominantemente joven. El grupo de adolescentes representa el 25% del total de habitantes y esto impone la necesidad de abordar las características múltiples de este grupo social y de atender la problemática multifactorial que afecta el proceso de desarrollo del individuo. (1)

Desde 1985, Año Internacional de la Juventud, hasta el presente, los involucrados en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas para la atención de adolescentes y jóvenes, han logrado hacer visible la necesidad de generar políticas sociales específicas y han colocado en la agenda de nuestros gobiernos –en algunos casos con mayor éxito que en otros- la responsabilidad de responder a algunas de las áreas señaladas como problemáticas. El sector Salud ha sido uno de los más permeables en este proceso, logrando avanzar en la reflexión y gestión de servicios para la atención de adolescentes y jóvenes como “grupos vulnerables”. (2)

Antecedentes

Durante los últimos años –especialmente después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994- diferentes organizaciones estatales, no gubernamentales y agencias internacionales, empezaron a desarrollar actividades y proyectos para responder a la problemática de la atención diferenciada a adolescentes. (3)

En países como Colombia, México y Chile se han creado servicios de atención diferenciada para adolescentes, especialmente en el sector privado y orientados a atender la salud sexual y reproductiva. En el sector público aún hay un escaso avance, si bien Costa Rica, Venezuela, Brasil y Perú son los que muestran mayor desarrollo. (2)

En Nicaragua, uno de los primeros proyectos creados fue el Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón, fundado a finales de 1994 con financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas, para ofrecer servicios de salud, educación y capacitación en el área de salud sexual y reproductiva para adolescentes de Managua. (3)

Como parte de su proceso de modernización, el Ministerio de Salud ha venido ajustando sus Políticas y Estrategias en función de organizar la prestación de los

servicios, en beneficio de los grupos de población más desprotegidos de la sociedad nicaragüense. (2)

A partir de 1996, con la Resolución Ministerial 19-98, el Ministerio de Salud crea el Programa de Atención Integral a la Adolescencia. El Departamento de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia se encarga de realizar un proceso normativo y crea las Bases Programáticas y las Normas Técnico-Administrativas de la Atención integral a la Adolescencia. A través de la creación de este Programa, el Ministerio de Salud reconoce que los y las adolescentes son personas con sus propias necesidades y derechos, y que por tanto, merecen oportunidades para lograr su desarrollo pleno. De ahí que este Programa se propone como objetivo: promover en los y las adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, a fin de favorecer en ellos y ellas estilos de vida saludables. (2)

A mediados del año 1998, el Ministerio de Salud, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, pone en marcha el Proyecto "Experiencias Demostrativas en la Atención Integral a la Adolescencia", con el objetivo de apoyar a los Centros de Salud cabecera de los municipios de Jinotega, Juigalpa, Bluefields y Ocotal en la implementación de un modelo diferenciado de atención integral a la población adolescente, que pudiera ser replicado en otras unidades de salud del país.

El Centro de Salud Leonel Rugama, ubicado en la ciudad de Estelí, Departamento de Estelí, bajo la iniciativa de la Lic. Ramona Alfaro, Jefa de Enfermería, creó con el apoyo de algunos organismos como PROSERBI y PROSILAIS, la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, la que después fue apoyada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CARE, con la finalidad de darle cumplimiento a los lineamientos generales del modelo de atención integral, y además y sobre todo, de brindar una atención diferenciada, con calidad y calidez a la población adolescente, mayoritaria en el municipio y país.

Justificación

En el país ya son varias las unidades de salud que han implementado la atención diferenciada a la población adolescente, a través del modelo de atención integral a la adolescencia (Jinotega, Juigalpa, Carazo, Bluefields, Ocotal, Estelí, Pueblo Nuevo, Somoto, Jalapa, Quilalí, San Juan de Limay, entre otros); sin embargo no se ha realizado un estudio que sistematice las experiencias desarrolladas.

El presente estudio sistematiza la experiencia en la atención integral a la adolescencia brindada en la Clínica de Atención a la Adolescencia del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí, con el propósito de conocer esta experiencia, las

lecciones aprendidas, fortalezas y debilidades encontradas que puedan ser extraídas para visibilizar el aprendizaje, compartirlo y comunicarlo, para generar nuevos conocimientos y enriquecer los ya conocidos, de tal forma que el presente estudio puede servir como insumo a otras unidades de salud que desean implementar espacios diferenciados para la atención integral a la adolescencia, a agencias de cooperación internacional u organismos nacionales e internacionales que apoyen el trabajo con esta población, a los usuarios y usuarias adolescentes de la clínica y a los proveedores del mismo Centro de Salud para reorientar y/o fortalecer algunas estrategias de atención.

Este estudio cobra por ende gran importancia para el Ministerio de Salud, específicamente para el departamento de Atención Integral a la Adolescencia, y para el Centro de Salud mismo, aporta datos que ayudarán a alcanzar mejores y mayores metas y objetivos, y por consiguiente mejorar la calidad del programa, aporta además datos para la gerencia y la gestión en salud en la atención a la adolescencia.

También aporta a los y las usuarios y usuarias adolescentes, los cuales se beneficiarían de un programa con mayor calidad y sobre todo calidez.

A las agencias de cooperación como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y organismos no gubernamentales nacionales e internacionales, les servirá como recurso para reorientar su apoyo al programa con miras a la obtención de mayor eficiencia.

Objetivos

Objetivo General:

Describir la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia en el Centro de Salud Leonel Rugama en el municipio de Estelí, durante el período comprendido 1998 – I Semestre 2003.

Objetivos Específicos:

- Analizar las condiciones locales que motivaron la creación del Programa objeto de sistematización.
- Identificar las estrategias de implantación y de trabajo que se han desarrollado en dicho Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
- Analizar los mecanismos de ejecución y monitoreo del Programa de Atención Diferenciada a la Adolescencia en el municipio.
- Valorar la experiencia de la participación social establecida en el Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

II – LA CLÍNICA Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

2.1 Clínica de Atención Integral a la Adolescencia

La Clínica de Atención Integral a la Adolescencia de Estelí, nace como un proyecto en busca de alternativas para la reducción del embarazo en adolescentes, ofreciéndoles una atención diferenciada, es decir que el adolescente obtenga información, atención y seguimiento en la problemática que enfrenta.

Se ubica en el Centro de Salud Leonel Rugama, del municipio de Estelí, contando con infraestructura y personal específico para la atención integral de la adolescencia, para su desarrollo ha recibido apoyo de algunos proyectos locales, financiados por PROSERBI, PROSILAIS, CARE y UNFPA, además de los fondos propios del Ministerio de Salud Municipal.

Dentro del organigrama funcional del Centro de Salud, el director municipal refiere que la Clínica depende directamente de la Dirección Municipal como un área más bajo el monitoreo y evaluación directa del director.

Tiene como misión: Alcanzar al máximo un nivel posible de bienestar físico y mental de los y las adolescentes haciendo la clínica accesible y eficiente.

Siendo su visión: Unidades de Salud del municipio atendiendo de manera integral, con calidad y calidez a los y las adolescentes.

La Clínica se perfila dentro del marco de trabajo del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia del Ministerio de Salud, acogiendo para sí las normas técnico-administrativas y bases programáticas del mismo programa.

2.2 Estrategias

1. El Programa garantizará la **integralidad de la atención** biopsicosocial de los y las adolescentes. En la medida en que los recursos humanos del Programa se apropien del enfoque de integralidad de la atención a la adolescencia, podrán brindar una atención más coherente con la misión del mismo.
2. La promoción de la integralidad de la atención, se complementa con la **multidisciplinariedad** en el abordaje de los problemas de los y las adolescentes por parte de los equipos de salud, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y educadores en salud, de tal manera que puedan atender la complejidad del proceso de adolescencia.

3. La implementación del Programa Integral a la Adolescencia busca la coordinación de acciones intra e intersectoriales. Dentro del MINSA, el Programa deberá establecer coordinación con los componentes de otros programas a fin de evitar duplicidad de esfuerzos y garantizar el uso racional de los recursos. La **intersectorialidad** es necesaria tomando en cuenta que el Sector Salud no es suficiente para abordar de manera global la complejidad de las acciones que la atención integral a la adolescencia demanda.
4. Dentro de su concepción, el Programa deberá orientar sus acciones hacia la **prevención primordial y primaria**, asegurando que los y las adolescentes no sean vistos por enfermedades. El Programa deberá implementar acciones que favorezcan el desarrollo de las potencialidades propias de la adolescencia dentro de un contexto social global.
5. Las acciones del Programa estarán cruzadas por el **enfoque de género** con el fin de asegurar una atención diferenciada para los y las adolescentes en atención de sus particularidades biológicas, psicológicas y sociales.
6. El enfoque de **atención descentralizada** es imprescindible dentro del programa de Atención Integral a la Adolescencia. La descentralización de las acciones garantizará que la atención se extienda a los sectores de adolescentes que presenten mayor necesidad de educación y atención en salud. Los resultados de las acciones serán más efectivos si emanan de la realidad local.
7. El MINSA ha señalado que el Modelo de Atención Integral promueve la **participación comunitaria** como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. El enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.
8. El programa de atención integral a la adolescencia requiere que **los y las adolescentes asuman un papel protagónico**. La incorporación real de los y las adolescentes debe darse dentro de un marco de relaciones que favorezca el desarrollo de sus capacidades y potencialidades. Los y las adolescentes tienen derecho a que se realicen los esfuerzos necesarios para mejorar las condiciones de vida que enfrentan y a que se les capacite para poder participar de manera constructiva en la resolución de sus propios problemas. En este sentido, tienen derecho a participar como agentes protagónicos en la formulación, planificación y ejecución de las acciones para sus pares.

9. La implementación del Programa será más efectiva si se dirige a grupos focalizados de adolescentes. La **selección y focalización de acciones de alto impacto** asegura una atención priorizada a los grupos de adolescentes que presentan situaciones problemáticas particulares.
10. La **capacitación al personal de salud y de servicios** deberá ser una estrategia permanente dentro del Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Mediante la capacitación, se dotará a los recursos humanos del Programa con las herramientas teóricas y prácticas que les permitan brindar una atención de calidad y oportuna a los y las adolescentes.
11. La puesta en marcha del Programa de Atención Integral a la Adolescencia requiere de la **cooperación técnica entre países**. A través de la cooperación técnica se puede garantizar la capacitación de los recursos humanos locales. Esta capacitación incluye el intercambio de experiencias con otros países.

2.3 Áreas temáticas

1. Crecimiento y Desarrollo

Esta área es fundamental para el Programa de Atención Integral a la Adolescencia ya que el proceso de crecimiento y desarrollo iniciado en el momento de la fecundación, continúa y se intensifica en la etapa de la adolescencia, con la particularidad que en esta etapa el proceso de desarrollo adquiere características especiales que demandan atención diferenciada.

Dentro de su proceso de desarrollo, los y las adolescentes tratan de encontrar su propia identidad e independencia. ¿Qué soy? ¿Qué voy a ser? ¿Qué lugar ocupo dentro de sociedad? son algunas de las interrogantes permanentes de esta etapa.

En la medida en que los y las adolescentes comprendan qué es lo que está pasando con ellos, van a adquirir su propia identidad e independencia, y por ende, van a conocer mejor cómo pueden aprovechar sus propias potencialidades en las diversas esferas de su vida: educación, producción, convivencia humana, etc.

2. Salud Mental

La salud mental es una área indispensable dentro del Programa de Atención Integral a los y las Adolescentes. A partir de ésta se pueden prevenir las conductas de riesgo y disminuir las probabilidades de padecer problemas transicionales propios de la adolescencia.

Los y las adolescentes deben recibir atención, información, orientación y educación que les permite enfrentar adecuada y coherentemente el proceso de cambios biopsicosociales que enfrentan.

La salud mental debe ser considerada como un proceso evolutivo y dinámico que no puede limitarse a “lo sano” y “lo enfermo”. Por esta razón, se debe considerar a la salud mental como una categoría histórico-social, que exige la necesidad de ser conscientes de las dimensiones sociales, culturales y psicológicas que determinan los esquemas de salud. Estas dimensiones se relacionan con las demandas y ofertas de tipo político, cultural, económico, legal, etc., que hace el entorno.

3. Sexualidad y Salud Reproductiva

La sexualidad no es una característica que surge en la adolescencia. Se ha demostrado que hay manifestaciones de sexualidad desde la vida intrauterina, que ésta continúa en el período de la infancia y culmina su desarrollo con la adolescencia.

Durante el período de adolescencia es cuando se adquiere la maduración sexual y la manifestación genital de la sexualidad. La genitalidad aparece como la expresión física de la sexualidad y trae consigo un potencial reproductivo.

A la par de los cambios biológicos, los y las adolescentes experimentan la necesidad inherente de relacionarse afectivamente con otras personas. Estas condiciones llevan a que los y las adolescentes establezcan relaciones afectivas de pareja.

Tomando en cuenta lo anterior, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia considera que la Salud Reproductiva es una de sus áreas básicas. Dentro de esta área se deben de crear espacios donde se proporcione a los y las adolescentes una educación sexual coherente que los lleve a asumir su sexualidad en forma sana y responsable.

4. Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA

La sexualidad y la maduración de la función reproductora de los y las adolescentes constituyen aspectos fundamentales dentro de su proceso de desarrollo. De ahí, que es importante incluir dentro del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, no sólo el conocimiento de su sexualidad y función reproductora, sino también los riesgos de contraer el SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como las formas de prevención de estas infecciones.

En el abordaje de estos problemas se debe priorizar la prevención primordial y primaria a través de acciones de educación sexual formal y no formal. Dentro de las acciones se debe hacer énfasis en la detección de aquellos factores que podrían actuar negativamente (factores de riesgo) o positivamente (factores protectores).

Las acciones deben estar dirigidas a eliminar o disminuir los factores de riesgo, y por consiguiente, sus efectos negativos, de tal manera, que los y las adolescentes tomen conciencia del problema y logren un normal desarrollo.

5. Alimentación y Nutrición

Como parte de la estrategia de educación permanente del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, se contempla la implementación de acciones tendientes a controlar y mejorar las diferentes formas de malnutrición en los y las adolescentes.

A través de consejerías, los y las adolescentes podrían recibir orientaciones dietéticas y nutricionales que contribuyan al mantenimiento de su buen estado de salud.

En este campo el MINSA ha tenido experiencia a través de su programa escolar. Por medio de éste se han priorizado grupos de escolares de primaria que presentan problemas de desnutrición.

6. Salud Bucal

El Programa de Atención Integral contempla entre sus áreas básicas, la Salud Bucal.

El Programa busca implementar acciones que promuevan la salud bucal como parte de la salud integral del o la adolescente. Las acciones que se programen deben orientarse a la promoción de hábitos higiénicos y alimentarios.

7. Violencia Intrafamiliar

Dentro del concepto de integralidad de la atención en salud, que define la atención integral a través de acciones dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su relación con el medio, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia ha incluido la atención a la violencia intrafamiliar, muy generalizada dentro de los hogares nicaragüenses.

Tradicionalmente ha sido reconocido que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y el principal espacio donde se produce el proceso de socialización de

valores, actitudes, etc. En nuestros días, la familia ha sufrido cambios considerables tanto en su estructura como en sus funciones. Se considera que la familia actual tiene una estructura más débil, con gran número de divorcios y hogares jefeados por madres solas, con problemas de convivencia entre sus miembros, llevando en el peor de los casos, a un gran número de niños, niñas y adolescentes a vivir en las calles.

En nuestro medio, y como consecuencia de la situación bélica que vivió el país durante los últimos años, las situaciones de violencia intrafamiliar se han generalizado, constituyéndose muchas veces, el propio entorno familiar de los y las adolescentes en un importante factor de riesgo.

Dentro de sus acciones para abordar la violencia, el MINSA ha empezado a capacitar a sus recursos humanos para que desde los centros de salud se preste atención especial a los casos de violencia. Como parte de los avances en este campo, se dio la creación de la Guía para el Manejo de la Violencia.

8. Estilos de Vida Saludables

Para alcanzar su desarrollo integral, los y las adolescentes necesitan desenvolverse dentro de un estilo de vida saludable. Por eso, el Programa de Atención Integral a la Adolescencia considera que el desarrollo de estilos de vida saludables es primordial dentro de sus áreas de atención.

Para desarrollar estilos de vida saludables entre los y las adolescentes, se deberá considerar la atención biopsicosocial en sus niveles individual y colectivo.

Es conocido que tanto los factores protectores como los factores de riesgo están determinados por el medio social en que los y las adolescentes se desarrollan. De ahí, que la promoción de estilos de vida saludables debe trascender la atención individual y extenderse a la familia, la escuela, el trabajo, los amigos y la recreación. Dentro de este conjunto de elementos se deberán detectar los que favorecen o entorpecen el desarrollo integral de los y las adolescentes para su debida atención.

9. Prevención de la Morbi-mortalidad Prevalente

La prevención de la morbi-mortalidad prevalente es un elemento permanente dentro del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.

Las acciones que se programen dentro de esta área deben estar orientadas a la prevención primordial y primaria. Sólo detectando oportunamente los factores y

conductas de riesgo y potenciando los factores protectores, se pueden prevenir las causas de morbi-mortalidad entre los y las adolescentes.

La prevención de la morbi-mortalidad prevalente demanda entre otras, las siguientes condiciones: una adecuada organización del servicio, la capacitación de los recursos humanos del Programa y el acompañamiento de las acciones.

10. Creación de Espacios para la Producción

La actividad laboral constituye una de las esferas en que los y las adolescentes se desenvuelven. En el proceso de búsqueda de independencia, los y las adolescentes sienten la necesidad de ser independientes económicamente. Esta necesidad los lleva a buscar oportunidades de trabajo. En general, los trabajos ofertados a los y las adolescentes no son los más adecuados representando riesgos. En la mayoría de los casos se trata de trabajos no calificados y mal remunerados.

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia debe de considerar la posibilidad de coordinarse con centros de capacitación técnica vocacional con el fin de brindar a los y las adolescentes, oportunidades de capacitarse para que su inserción en el mercado laboral se de con menos desventajas. El Programa podría ir creando de manera gradual, espacios para la incorporación de los y las adolescentes en la esfera productiva.

III – MARCO DE REFERENCIA

3.1 Generalidades sobre la Atención Integral a la Adolescencia

Aproximadamente una cuarta parte del total de la población del país está constituida por la adolescencia, cuya problemática particular exige la creación de un modelo de atención integral que aborde las características múltiples de este grupo social.

Dado que la adolescencia ha sido considerada como un grupo menos priorizado en relación con otros grupos etáreos, los problemas propios de este grupo social habían recibido muy poca atención, sin consideraciones particulares por parte del Ministerio de Salud (MINSa). Hasta hace poco, la mayoría de las acciones emprendidas habían estado encaminadas a bajar las altas tasas de morbi-mortalidad infantil y materna.

A partir de 1979, los esfuerzos estuvieron orientados a la creación del Sistema Único de Salud. Este absorbió la atención médica y curativa de toda la población. A lo largo de la década de los ochenta, la atención en salud enfatizó la prevención primaria a la población en general y promovió la participación comunal organizada. En este período se dio especial atención a la niñez a través de campañas masivas de vacunación, las cuales contaron con la participación de brigadas populares de salud.

En 1990 se inicia el proceso de transformaciones del Sistema de Salud sobre la base del programa de ajuste estructural impulsado por el Estado, que entre otras cosas, orientó la reducción del gasto público en los sectores de educación, salud, vivienda y empleo. Como consecuencia de este proceso, se introducen modificaciones en la organización, funcionamiento y modelo de prestación de los servicios dentro del Sector Salud. En 1991 se elabora el Plan Maestro de Salud 1991-96, y como estrategia organizativa se reestructura el Sistema de Salud a través de la creación de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud). Los SILAIS constituyen el eje central de la implementación de la Política Nacional de Salud a través de la descentralización e integración de las acciones.

Al proceso de modificaciones antes mencionado, se agregan los compromisos adquiridos por el gobierno con organismos internacionales en el marco de los acuerdos y convenios internacionales realizados durante el decenio de 1990. Entre estas cumbres están la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y la Cumbre Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).

El gobierno de Nicaragua como signatario de los acuerdos emanados de estas conferencias gubernamentales mundiales, ha asumido compromisos que se traducen en acciones a nivel nacional. Dentro de las acciones emprendidas se introduce e implementa un nuevo Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, con una estrategia de trabajo basada en la priorización de la atención a los grupos poblacionales más desprotegidos del país. En este contexto, se transforma la visión materno-infantil y la atención se extiende más allá del binomio madre-niño. Como parte del nuevo modelo se incorpora el enfoque de género en la atención a la mujer, la niñez y la adolescencia y se promueve la autoestima y autocuidado. También se incorpora la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública.

Como parte de las iniciativas surgidas en algunas Direcciones del Ministerio de Salud, esta institución cuenta con alguna experiencia de trabajo con niñez y adolescencia, particularmente con menores trabajadores, niñez en situación de riesgo, programa escolar, salud mental, etc.

Actualmente existe la voluntad política del Ministerio de Salud en la implementación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia en el que se reconozca a los y las adolescentes como personas con necesidades, derechos y oportunidades capaces de lograr una participación protagónica en las acciones que buscan su desarrollo individual y colectivo.

Muchos de los esfuerzos de atención a la adolescencia desde la sociedad civil, han estado orientados a atender la salud reproductiva de la adolescencia. El Programa de Atención Integral a la Adolescencia desde el nivel central del MINSA, debe contemplar acciones integradoras del trabajo que se realiza y trasciendan este aspecto, mediante un abordaje más amplio de la problemática de la adolescencia del país.

La implementación de este Programa requiere la ejecución de acciones intra e intersectoriales a nivel nacional, busca una real cooperación entre la red de salud pública, otras instituciones u organismos gubernamentales y no gubernamentales que tienen experiencia de trabajo con adolescentes, a fin de aunar esfuerzos y optimizar el uso de los recursos disponibles, tanto del Estado, como desde la sociedad civil.

3.2 Concepto de Adolescencia

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etéreo de 10 a 19 años de edad.

Aunque la adolescencia conforma un grupo poblacional con características comunes, ésta constituye un grupo social y culturalmente heterogéneo. Entre los aspectos fundamentales de su concepción están: la ideología, género, cultura, etnia y clase social.

Este grupo de población tiene sus propios retos, derivados de los cambios biopsicosociales característicos de esta etapa del desarrollo humano. Sin embargo, adolescencia no siempre es una etapa de disturbios. Las raíces de los problemas que se presentan en la adolescencia están vinculados al contexto social en que los y las adolescentes se desenvuelven.

Dependiendo de sus condiciones de vida, los y las adolescentes pueden desarrollar estilos de vida diferentes. Estos han sido caracterizados como de "bajo riesgo" o de "alto riesgo". Se considera que los jóvenes con estilos de vida de bajo riesgo son aquellos que no tienen las características y no desarrollan actividades que los exponen a presentar disturbios mayores dentro del proceso de adolescencia, en cambio, los jóvenes que desarrollan un estilo de alto riesgo tienen conductas de alto riesgo y mayores probabilidades de padecer problemas de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbios en el aprendizaje y abandono escolar, embarazo no deseado, problemas de violencia social y ecológica, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, accidentes que conducen a secuelas y muertes, suicidios, uso de drogas, etc.

Una de las características propias de la adolescencia es que constituye un grupo social dinámico, con potencialidades y capacidades. Por esa razón, un programa adecuado de atención integral a la adolescencia debe incluir necesariamente a los y las adolescentes como agentes activos de su propio desarrollo. Ellos y ellas deben asumir un papel protagónico en la implementación de las acciones que se programen.

Los datos nos permiten aseverar que la inversión en Modelos de Atención a los Adolescentes no es un asunto trivial, no se limita a situaciones individuales –las que ya en sí serían importantes- sino que tienen un gran impacto en el desarrollo social y económico de nuestros países. La salud integral de los Adolescentes, el desarrollo de sus potencialidades genéticas, intelectuales y sociales, es responsabilidad de todos. No podemos pensar en el desarrollo de un país si las nuevas generaciones no tienen asegurados el ejercicio de sus derechos básicos: la vida, la educación, la salud, el reconocimiento legal, la recreación, la participación ciudadana. (2)

Nuestra región no estará en condiciones de insertarse en el desarrollo socio económico global, si no cuenta con ciudadanos sanos, con capacidad de convivir con otros, aprender, trabajar creativamente, liderar, organizarse. La situación de

salud de los adolescentes varones y mujeres y la escasa eficiencia del sector en la atención a las especificidades de los diferentes segmentos poblacionales exigen que los investigadores en Gerencia Pública exploremos con detalle las características que podrían tener los Modelos a ser propuestos a los procesos de reforma que vive el sector salud. (2)

Los estudios que existen sobre servicios para adolescentes y sobre el tipo de servicios de salud que demandan los adolescentes, colocan como prioridades: la consejería y orientación general, atención general de salud, atención de la salud sexual y reproductiva, y atención de la salud mental. Esta demanda –en general– no implica una alta especialización médica, sino servicios de primer y segundo nivel de atención, que cuenten con espacios diferenciados (en horarios o días de atención y si es posible, en infraestructura) para ellos, con profesionales acogedores y de diferentes disciplinas, dispuestos a escucharlos, orientarlos, capacitarlos, atenderlos. (2)

3.3 Concepto de Salud Integral y Atención Integral en la Adolescencia

El concepto de salud y enfermedad adquiere en la adolescencia características particulares, acordes con el proceso de desarrollo y crecimiento biopsicosocial de este sector de población.

Tomando en consideración que la adolescencia se caracteriza por ser un período de la vida humana en el cual se intensifica el proceso de búsqueda de respuestas a una serie de situaciones en las que interactúan factores de tipo biológico, psicológico y social, es imprescindible partir del concepto de **salud integral** del y la adolescente.

La atención integral es un esfuerzo conjunto de todo el Sistema de Salud, para organizar sus actividades y recursos en relación a las necesidades de salud de la población y sus riesgos principales. Institucionalmente significa el ordenamiento y la integración de servicios y actividades para la atención a la persona, la familia, la comunidad y al medio (en que vive, estudia o trabaja), de una manera coherente, armónica y lógica.

Es así, que en el tratamiento de determinadas patologías, trastornos de conducta y otros problemas propios de los y las adolescentes, se deben tomar en cuenta los factores del entorno social en que éstos se desenvuelven.

La atención integral deberá ser abordada, según el MINSA, desde diversas perspectivas:

a. Atención a las personas

Contempla a la persona como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su **salud de manera consciente y sistemática.**

b. Atención en el territorio

La integración de diferentes unidades de salud debe dar como resultado una atención continua a los usuarios por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad médica y tecnológica del problema y su tratamiento. Esto implica que la organización de la atención en un territorio geográfico debe estar dispuesta de tal manera que un individuo enfermo recupere su salud aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución.

c. Integralidad de los programas

El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de la eficiencia y eficacia programática dirigiendo los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud. Significa asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas corren más riesgo.

d. Acciones intersectoriales

El Sistema de Salud tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la población y no simplemente prestar servicios de asistencia a los enfermos. Los esfuerzos aislados del sector no bastan para mejorar la salud de un modo evidente, por lo cual es necesaria la participación de otros sectores que puedan influir en el mejoramiento de la salud a veces con más recursos o mayor decisión que el propio sector como el caso del abastecimiento de agua potable o las alternativas nutricionales.

e. Participación de la comunidad

El Modelo de Atención Integral promueve la participación de la comunidad como un medio para el mejoramiento de la salud de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales. La

participación comunitaria debe incluir a los/as adolescentes y jóvenes como agentes protagónicos y activos de su desarrollo entorno saludable.

f. Gestión institucional del Ministerio de Salud

El Nivel Central apoyará el desarrollo de las capacidades de los SILAIS y los municipios sin crear estructuras paralelas o verticales para cada área de interés aunque en determinadas circunstancias sean necesarias asesorías especializadas.

El SILAIS, con la participación de todo el personal de salud de los municipios y la comunidad debe organizar sus servicios en función de las necesidades de la población, según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta, desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y satisfacción de las usuarias y usuarios.

3.4 Concepto de Prevención Primordial

El concepto de prevención primordial ha sido incorporado recientemente en el marco epidemiológico conceptual de la salud integral del y la adolescente. La prevención primordial significa promover los factores positivos (protectores) del desarrollo humano en las áreas biológica, psicológica y social, y por tanto, desarrollar acciones dirigidas a eliminar o anular los factores de riesgo (y por consiguiente sus efectos negativos), para el normal desarrollo humano, desde la concepción (y antes), hasta el final del período de la adolescencia/juventud.

3.5 Estilos de vida saludables

Un elemento clave dentro del área de la salud son los Estilos de Vida Saludables. Los y las adolescentes necesitan ciertas condiciones que favorezcan su desarrollo integral. Esto sólo es posible si ellos y ellas se desenvuelven dentro de un estilo de vida saludable.

Un estilo de vida saludable es aquel que favorece en los y las adolescentes un desarrollo y crecimiento armónico y coherente con la realidad social en que se desenvuelven. Dentro de este contexto, los y las adolescentes buscan su identidad e independencia y desarrollan su potencial de creatividad. El desarrollo de su capacidad creadora permite que los y las adolescentes alcancen determinados niveles de autoestima.

El desarrollo de la creatividad y autoestima conduce a los y las adolescentes hacia una conciencia crítica frente a sí mismos y con respecto al medio que les rodea. Todas estas condiciones llevan a que el y la adolescente se plantee un **proyecto de vida** que les permita organizar su vida en función de una meta o "sueño".

El tener un proyecto de vida es un factor protector frente a los riesgos de salud del o la adolescente. Por esa razón, un Programa de Atención Integral debe partir del conocimiento del estilo de vida que el o la adolescente ha hecho suyo, con el fin de determinar si se trata de un estilo de vida de alto o de bajo riesgo.

3.6 La Sistematización de Experiencias

Sistematizar experiencias significa entender por qué ese proceso se está desarrollando de esa manera, entender e interpretar lo que está aconteciendo, a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo que ha sucedido en dicho proceso.

Por lo tanto, en la sistematización de experiencias, partimos de hacer una reconstrucción de lo sucedido y un ordenamiento de los distintos elementos objetivos y subjetivos que han intervenido en el proceso, para comprenderlo, interpretarlo y así aprender de nuestra propia práctica.

En ese sentido, sistematizamos nuestras experiencias para aprender críticamente de ellas y así poder:

- a. Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos con el fin de mejorar nuestra propia práctica.
- b. Compartir con otras prácticas similares, las enseñanzas surgidas de la experiencia.
- c. Aportar a la reflexión teórica (en general a la construcción de teoría) conocimientos surgidos de prácticas sociales concretas.

La sistematización pone en orden conocimientos desordenados y percepciones dispersas que surgieron en el transcurso de la experiencia. Así mismo, explica intuiciones, intenciones y vivencias acumuladas a lo largo del proceso. Al sistematizar, las personas recuperan de manera ordenada lo que ya saben sobre su experiencia, descubren lo que aún no saben acerca de ella, pero también se les revela lo que "aún no saben que ya sabían".

Al sistematizar no sólo se pone atención a los acontecimientos, a su comportamiento y evolución, sino también a las interpretaciones que los sujetos tienen sobre ellos. Se crea así un espacio para que esas interpretaciones sean discutidas, compartidas y confrontadas. (7)

3.7 Conceptualización de los ejes de la sistematización

Los ejes en los que se basó la sistematización fueron:

- Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
- Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas.
- Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados.
- Experiencia de participación social establecida.

3.7.1 Condiciones locales de creación de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia.

La descripción del contexto en el que se desarrolló la experiencia, es esencial para comprender su desempeño y rendimiento. Este aspecto es importante ya que permite comprender las influencias mutuas entre la Clínica y su entorno. No puede olvidarse que toda acción humana tiene un efecto, mayor o menor, deliberado o no, sobre el contexto en el que se sitúa y, que esta a su vez ejerce una influencia positiva o negativa sobre la Clínica.

Si la experiencia no se contextualiza será como asumir que esta pudo haberse desarrollado en cualquier ambiente y para cualquier propósito.

La descripción del contexto no es estática, ni se limita al momento inicial o final de la experiencia, sino que expresa el dinamismo propio del entorno durante el ciclo de la experiencia.

El contexto nos permite reconocer la evolución del entorno, puesto que la comprensión de los cambios en el ambiente exterior de la Clínica sirve para explicar e interpretar su desempeño y resultados. (4)

3.7.2 Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.

Por estrategia básicamente se entiende la adaptación de los recursos y habilidades de la unidad de salud al entorno cambiante, aprovechando oportunidades y evaluando riesgos en función de objetivos y metas. Recurrimos a la estrategia en situaciones inciertas, no estructuradas, no controlables, es decir en aquellas situaciones donde hay otro bando cuyo comportamiento no podemos pronosticar. Tener un propósito estratégico implica tener una visión sobre el futuro, debe permitir orientar, descubrir, explorar. El sentido de la orientación debe responder: ¿Qué queremos ser?, ¿Adónde queremos llegar?.

El proceso de programación para la atención integral del adolescente supone la realización de numerosas actividades que si bien no siguen una secuencia lineal, tienen algunas relaciones de precedencia. En la práctica, ciertas actividades pueden realizarse simultáneamente, con algún predominio temporal de alguna de ellas, de manera que no debe pensarse que las mismas son conjuntos cerrados que se completan como etapas y sobre las cuales sólo se vuelve en un siguiente ciclo de programación. (5)

Los momentos de la programación son:

- Identificación de los problemas de salud
- Validación de los problemas y primer listado de prioridades
- Selección de tecnologías
- La definición de programas y subprogramas y la asignación de los recursos
- La ejecución a través de los servicios
- La programación del financiamiento
- Ejecución del programa
- Evaluación

3.7.3 Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.

La evaluación de los programas de salud integral del adolescente se centra en valorar o apreciar en qué medida se atienden las necesidades y se controlan los problemas detectados durante la programación, así como la calidad de los bienes y servicios que se prestan.

Las formas que puede adoptar este proceso son múltiples pero simplificando puede considerarse que consiste en identificar y comprender las disconformidades, deficiencias, desvíos, restricciones, así como las bondades, potencialidades, oportunidades y fortalezas, a fin de proponer las modificaciones, ratificaciones, reforzamientos o innovaciones para mejorar la acción futura.

Existe una estrecha relación entre el proceso de programación y el de evaluación ya que esta última consiste en una mirada retrospectiva hacia las distintas etapas del proceso de planificación (Pineault y Daveluy). Si no se sabe dónde se dirigen las acciones y cuáles se pretende realizar, resulta imposible evaluarlas, ya que se carece del parámetro comparativo. La sola intención de evaluar supone la existencia previa de un proceso planificado más o menos explicitado, y el mismo hecho de evaluar demanda una mayor precisión en la formulación del plan o programa, tanto respecto del pasado como del futuro. (5)

3.7.4 Experiencia de participación social establecida en el Programa.

El sector salud necesita conjugar acciones con los otros sectores del estado y de la sociedad civil para lograr mayor cobertura de atención, focalización del gasto y calidad de atención; en este sentido la labor transectorial es central.

La participación de los clientes en forma organizada o individual en lo posible en todas las fases de la planificación, ejecución y evaluación de los servicios, impacta en la calidad, eficiencia y eficacia de estos últimos. El cliente debe ser entendido como ciudadano, con plenos derechos y deberes, no sólo como paciente o usuario. (2)

La participación activa de los jóvenes es uno de los principios más importantes de la programación con éxito. Ello se debe a que su participación en la planificación, ejecución y evaluación asegura la adecuación de las actividades del programa a las necesidades reales de los jóvenes. (6)

Los especialistas aseguran que los programas que se planean con la participación de adolescentes logran una organización adecuada a la demanda y amplia convocatoria de clientes. Sin embargo, en el marco conceptual de "grupos vulnerables", los usuarios se convierten en beneficiarios de programas y su participación activa en el diseño, ejecución y evaluación es escasa. Vale decir, las potencialidades que tienen adolescentes y jóvenes no son incorporadas como elemento que puede impactar en mayores coberturas y mejor calidad de los servicios. (2)

Investigaciones diversas señalan que los programas para adolescentes tienen que partir de los espacios donde ellos permanecen por más tiempo, de los espacios que ellos generan o de las necesidades que experimentan como más apremiantes; esto implica a los colegios, el trabajo, el barrio, las organizaciones juveniles, etc. En este sentido, los servicios de atención a adolescentes incluirían un trabajo de carácter transectorial o interinstitucional, es decir que involucre a diferentes sectores de la sociedad: Estado, sociedad civil, sector privado. E incluso dentro de cada sector, integre a los diferentes actores involucrados, por ejemplo, dentro del Estado es importante generar una labor de coordinación con los sectores de salud, educación, trabajo, justicia, mujer/familia, como ejes de políticas públicas para adolescentes, que incluyan en su mandato la promoción de conductas saludables. (2)

IV – PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

El tipo de estudio es sistematización de experiencia.

El objeto de sistematización es la experiencia obtenida en la Clínica y el Programa de Atención Integral a la Adolescencia del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí.

Los ejes de sistematización:

1. Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
2. Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.
3. Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.
4. Experiencia de participación social establecida en el Programa.

Los Descriptores del estudio (ver anexo 1):

De las condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia:

- **Entorno político local, nacional e internacional**
- **Antecedentes locales y nacionales**

De las estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa:

- **Organización de la oferta**
- **Organización de los servicios**
- **Estrategias normativas**
- **Normas administrativas**
- **Normas programáticas**
- **Características del personal de salud**
- **Planes de trabajo**

Del mecanismo de ejecución y monitoreo realizados en el Programa:

- **Plan de monitoreo establecido**
- **Evaluación de la prestación del servicio**
- **Valoración de la percepción de la calidad de la atención por los/as usuarios/as**

De la experiencia de participación social establecida en el Programa:

- **Coordinaciones intersectoriales**
- **Participación adolescente**

Obtención de la información (ver anexo 2):

Válido para los cuatro ejes de sistematización del estudio.

Fuente:	Informantes claves Informes Memorias
Técnicas:	Entrevistas semi-estructuradas Revisión documental Taller metodológico Grupo focal
Instrumentos: (ver anexo 3)	Guía de entrevistas semi-estructuradas Guía de revisión documental Guías metodológicas Guía de discusión para grupo focal

Análisis y procesamiento de los datos:

Para el trabajo de terreno se coordinó previamente con la dirección del Centro de Salud y el personal que labora en la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia. Con ellos se elaboró un **cronograma de trabajo** para las entrevistas y grupo focal. La responsable de la Clínica se encargó de citar al personal de salud así como de citar a los usuarios y usuarias para el grupo focal.

Como criterio de selección del **personal a entrevistar** se tomó a todo el personal que labora en la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, objeto de la sistematización, sin exclusión. Además a aquellas personas que estuvieron o están directamente relacionadas con la clínica como el Director Municipal, Sub-Dirección Médica, Jefa de Enfermería y Responsable del Programa de Atención Integral a la Adolescencia del SILAIS Estelí, durante la implementación y desarrollo de la Clínica.

Se realizó la **revisión documental de informes y memorias** recabadas en la Clínica con la guía de revisión documental (ver anexo 5), cabe hacer mención que los documentos propios de la clínica son muy pocos, se reducen a informes

cuantitativos de la producción de servicios, lo que produjo dificultades en este sentido.

Posteriormente se llevó a cabo un **taller metodológico** de cuatro horas de duración con tres personas del equipo de la Clínica, con quienes se desarrollaron las guías metodológicas previamente entregadas (ver anexo 3), las cuales fueron adaptadas al proceso de trabajo de la Clínica, objeto de sistematización.

Se realizaron además, **entrevistas a profundidad**, grabadas, con el Director del Centro de Salud, Enfermera responsable de la Clínica, Jefa de Enfermería y la Responsable del Programa de Atención Integral a la Adolescencia del SILAIS durante el inicio y el desarrollo de la Clínica.

Se desarrolló la **técnica de grupo focal** con la participación de adolescentes miembros del Club de la Clínica, nuevos y subsecuentes, usuarias del servicio y promotores, contando con un total de 8 adolescentes, siete mujeres y un varón, todos entre 14 y 19 años, en su mayoría estudiantes de secundaria.

Una vez obtenida toda la información necesaria, se procedió primero a una **lectura general** de las anotaciones de las observaciones, de las entrevistas y de los documentos.

Posteriormente se realizó una **lectura de temas de acuerdo con los ejes de sistematización**, o sea que se buscó en los fragmentos de los discursos (anotaciones, documentos, entrevistas), los aspectos que contribuyeron para la construcción del objeto de la sistematización.

Luego se realizó una **lectura comparativa**, del habla de los diferentes actores referente a cada uno de los ejes temáticos.

Con estos datos se elaboró el **primer texto de sistematización**, el cual fue entregado a revisión al personal de la clínica, para su argumentación y con el objeto de que se apropiaran de la experiencia. Este primer borrador fue devuelto a las sistematizadoras con algunas sugerencias y algunos cambios que fueron incorporados en este documento final.

En el anexo 6 se enumeran las personas entrevistadas con su respectivo cargo.

V – RESULTADOS

5.1 Condiciones que motivaron la creación de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia

5.1.1 Ámbito Internacional

Las Cumbres y Conferencias Mundiales celebradas en la década de los noventa, particularmente la Conferencia Mundial sobre Educación Para Todos, (Jomtiem, 1990), la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), aportaron nuevos enfoques y forjaron un amplio consenso internacional centrado en el desarrollo de los derechos y la calidad de vida de las personas. El gobierno de Nicaragua como signatario de los acuerdos emanados de estas conferencias gubernamentales mundiales, ha asumido compromisos que se traducen en acciones a nivel nacional. (8)

En el marco de estas Conferencias y Acuerdos Internacionales, una serie de agencias y organismos se incluyen dentro de sus políticas de apoyo a los gobiernos el trabajo con la adolescencia, entre las principales podemos mencionar: OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, AID, como multilaterales y países desarrollados como los países Nórdicos, Japón, Reino Unido y Estados Unidos.

5.1.2 Ámbito Nacional

En 1992, Nicaragua ratificó los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia y presentó ante la comunidad internacional el Plan de Acción Nacional sobre Desarrollo Humano, Infancia y Juventud 1992-2000. A partir de esta fecha diversos acontecimientos políticos e institucionales, obligaron a redefinir programas y acciones basados en un nuevo enfoque que ameritan el planteamiento de nuevos objetivos y metas.

El Plan de Acción Nacional a favor de la Niñez y la Adolescencia para el quinquenio 1997-2001, tiene como su principal antecedente la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño aprobada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por Nicaragua en abril de 1990.

A partir de esa fecha, Nicaragua inicia una serie de acciones tendentes a poner en marcha los compromisos adquiridos en la Convención, creando para ello en ese

mismo año la Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y la Niña.

A lo largo de este periodo, Nicaragua avanza en los aspectos legislativos y administrativos, readecuando leyes y creando instancias para el fortalecimiento institucional necesario a fin de cumplir con el mandato de la Convención, es así que en 1996 se formula el Código de la Niñez y la Adolescencia; la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia y se realizan dos evaluaciones del cumplimiento de las metas, publicadas en 1995 y 1996, estas son Metas para la Niñez, Avances y Retos al 2000 e informe de Media Década.

Es a partir de 1995 que se inicia un importante proceso de transformación en la atención donde se integra en el MINSA el Modelo de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia como una estrategia de trabajo basada en la prioridad a la atención de los grupos de población mas desprotegidos.

El Ministerio de Salud se plantea como reto la creación y puesta en marcha de un Programa de Atención Integral a la Adolescencia, donde se incorpore la oferta de educación, información, consejería y servicios para la atención de los y las adolescentes.

5.1.3 Ámbito Local

En el año 1998 nace la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, como una iniciativa de la Jefa de Enfermería del Ministerio de Salud del municipio de Estelí¹, quien llega al Ministerio de Salud Municipal, con la experiencia anterior en la Casa del Parto o Casa Materna, donde tuvo la oportunidad de conocer a fondo la problemática que enfrentaban las mujeres estelianas, relacionada fundamentalmente con el embarazo, dándose cuenta además que esta problemática afectaba principalmente a adolescentes. Esto la indujo a trabajar con este sector de población específica. *"...Eran muchachas muy jóvenes, menores de 20 años... mi objetivo era evitar el segundo embarazo en mujeres adolescentes, para permitirles que ellas pudieran continuar sus estudios... esto fue una iniciativa propia considerando el grado de confianza que las muchachas tenían conmigo..."*

Una vez que se traslada de la Casa Materna al Ministerio de Salud, deja de dar atención directa, focalizando su trabajo en el área administrativa, sin embargo continua siempre interesada en la problemática adolescente. *"...siempre me preocupaba eso, que cada vez más y más mujeres muy jóvenes se embarazaban..."*.

¹ Lic. Ramona Alfaro.

En el año 1998, se diseñó el proyecto llamado: Clínica de Atención Integral a la Adolescencia del municipio de Estelí, fue presentado al Director Municipal², de manera oportuna, ya que el Ministerio de Salud aunque ya contaba con las bases programáticas del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, aún no se iniciaba el programa *"...entonces pensamos que era el momento de poder nosotros insertarlo dentro del MINSA y aprovechando que en el Ministerio esa era una de las políticas que andaban buscando cómo implementar"*.

El director municipal le da una buena acogida al proyecto, tomando en consideración que están dadas las condiciones para llevarlo a cabo, el centro de salud contaba con un espacio físico, había una alta demanda de adolescentes sobre todo a los programas de control prenatal y además, el municipio para ese año contaba con un alto índice de embarazo en adolescentes (33%). *"... en este centro habían algunos espacios vacíos que no se estaban utilizando... si nosotros conseguíamos el financiamiento podríamos remodelar parte del centro de salud para echar andar esta atención..."*

Otra circunstancia facilitadora para la aceptación del proyecto fue que en ese momento a nivel local se encontraban tres proyectos potenciales para apoyar dicho trabajo *"...aprovechando que aquí estaba CARE, estaba PROSERBI y teníamos a PROSILAIS como fuente financiera para Estelí..."*.

El proyecto se divide en términos financieros en tres partes (Remodelación, mobiliario y papelería, material audiovisual y para capacitación), de esta forma se solicita el apoyo a los proyectos:

CARE	:	Material audiovisual y para capacitación.
PROSILAIS	:	Mobiliario y papelería.
PROSERBI	:	Remodelación.

PROSILAIS y PROSERBI responden positivamente de manera inmediata, iniciando las labores de remodelación del espacio que antes fuera destinado para el área de Salud Mental, se compran algunos materiales como sillas y mesas para reuniones, iniciando de esta forma la atención a grupos de adolescentes sobre todo en capacitaciones y formación de clubes.

5.2 Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en la Clínica

5.2.1 Características del personal

El personal de salud, fue seleccionado en base a algunas características como:

² Dr. José Ángel Pino

- Que tuviera motivación para el trabajo con adolescentes *"...principalmente le debe gustar trabajar con adolescentes, porque no es cualquier persona que trabaja con adolescentes..."*. *"...todo el personal tiene voluntad de trabajar,...³ todos ellos se han empeñado en brindarle confianza al adolescente, porque si no les brindás confianza, el adolescente no va a llegar..."*
- Una persona accesible, con capacidad de escucha *"...tiene que ser una persona accesible, que tenga habilidades y destrezas en poder escuchar al adolescente...y sobre todo mucha paciencia para poder estar con los muchachos"*.
- Con conocimiento y experiencia de trabajo anterior o de participación en eventos relacionados con la adolescencia *"...en base a la experiencia que ya tenía, a su dedicación con los jóvenes, "...con mejores conocimientos en base a lo acumulado, ya sea por algún taller, por reuniones, por encuentros"*.
- Con facilidad de expresión y habilidades en metodologías participativas *"...sin problemas para hacer seminarios, impartir clases, para mí ella era una excelente facilitadora"*.

5.2.2 Infraestructura

Inicialmente (98-99) la infraestructura del servicio contaba con una sala de espera, un auditorio o sala de estudio y dos clínicas, remodeladas con apoyo de PROSERBI, *"...estaba la sala de espera, un espacio que nos habían dejado ahí para una biblioteca para cuando vinieran algunos chavalos a sacar alguna información, el espacio de consejería y el espacio de consulta médica, porque antes se miraba que sólo iba a ser para consejería"*.

Posteriormente se readecuó, en base a la demanda, a una sala de espera, sala de estudio, auditorio, dos clínicas y servicios higiénicos exclusivos para el servicio, para lo cual apoyó UNFPA y CARE (2000-2001), para el 2002 y 2003, el servicio cuenta con una sala de espera, tres clínicas, auditorio y un área para admisión y archivo *"...estas remodelaciones que han venido haciendo por la misma necesidad que ya nos resulta muy pequeño el espacio que tenemos de la clínica"*.

5.2.3 Organización de la oferta

"Iniciamos la atención en el 99 con lo poquito que teníamos..." En la clínica se atendían los programas de control prenatal y control de la fecundidad, además se realizaban visitas domiciliarias y charlas educativas. Para esto se contaba con una

³ Normita, Felicia y el Dr. Félix.

enfermera⁴ *"...prácticamente todas las actividades eran de enfermería...todo lo que se hacía."* Por un corto tiempo (3 meses) además se brindó atención a grupos de riesgo (pandillas, niños trabajadores) y salud mental, por una médica general quien había desarrollado un curso de farmacodependencia en España y realizado un estudio en problemas sociales de la juventud esteliana *"...estaba más inclinado en el programa de violencia y bastante en cuanto a la atención del programa de salud mental, era su rollo..."*.

Esta médica general⁵, se fue a estudiar fuera del municipio, quedando la clínica a cargo de la enfermera, quien se encargaba de la atención de los programas de control prenatal y de la fertilidad, en el caso que llegasen adolescentes a morbilidad general, la enfermera se encargaba de llevarlos a la consulta con médicos de las otras áreas dentro del Centro de Salud, *"...entonces también Norma era como alguien que selecciona o que es un trampolín para la atención a los adolescentes..."*. Esto motivó la decisión de la dirección del centro de instalar un médico general permanente en la atención para brindar integralidad dentro del mismo servicio *"hemos ido dando forma y poco a poco, pues ha ido progresando, aumentando la demanda, se ha visto la necesidad de mejorar... al personal, se fue viendo la necesidad de que tenía que haber un médico permanente, ya fue cuando asignaron al doctor⁶ en la consulta"*.

De esta manera se asignó un médico general quien se encargó de la atención en morbilidad general y además del programa de violencia dentro de la clínica, con la intención también, de dar mayor cobertura a los adolescentes varones, quedando el equipo conformado por una enfermera y el médico *"...para seleccionar al doctor...habían chavalos varones que tenían pena de decir sus problemas a las mujeres...entonces nosotros pensamos de que si poníamos a un médico allí los varones iban a tener mejor confianza..."*.

Se incluyó además a una auxiliar de enfermería a partir del año 2000, como apoyo directo de la enfermera, ya que la afluencia de usuarias y usuarios fue en aumento, incrementándose además el trabajo de terreno, formación de clubes y también la atención clínica directa *"...metimos a una auxiliar de enfermería también con características similares, que le gusta el trabajo con adolescentes..."*.

El aumento de la demanda de los y las adolescentes, en problemas que necesitaban atención especializada por psicología, hizo que la dirección buscara apoyo con el Centro Universitario Regional del Norte, estableciendo un convenio mediante el cual, estudiantes del último año de psicología realizan pasantías por la

⁴ Lic. Norma Lazo.

⁵ Dra. Milagros Castellón.

⁶ Dr. Félix Díaz

clínica del adolescente, a partir del año 2001 *"...posteriormente, ...en el año 2000, al ver que los adolescentes tenían otra necesidad, que era la presencia de un psicólogo, entonces se arregló otro ambiente para tener la presencia de un psicólogo dentro de la clínica..."*.

Posterior a la realización de un estudio de percepción de usuarios y usuarias sobre la calidad de atención, en donde uno de los resultados que obtuvieron menor puntaje fue la no decisión del usuario de quién lo atendiera, esto hizo que la dirección decidiera colocar una médica mujer, quedando el médico varón de apoyo, así hay mayor oferta de servicio y mayor capacidad de decisión del usuario *"...los varones tenían pena de decir sus problemas a las mujeres, al igual que las mujeres tenían pena de hablar con los varones..."*

5.2.4 Equipamiento

"...Empezamos únicamente con el ambiente, sin equipamiento porque no teníamos". El equipamiento para la atención fue donado por los diferentes proyectos existentes en el nivel local, así, como se mencionó anteriormente, para el inicio de la clínica, PROSILAIS donó escritorio, sillas y mesas para la sala de espera y auditorio (1988) *"..eso fue cuando yo vine aquí, eso es lo que había: sillas, escritorios..."*, en el 2000 CARE donó una vitrina metálica, en el 2001 el UNFPA donó equipamiento para la atención (camilla ginecológica, pesa con tallímetro, vitrina, lámpara, espéculos, tensiómetro, estetoscopio, cazos, pinzas, y material de reposición periódica), CARE por su parte donó material audiovisual (televisor, VHS, pizarra) *"...el FNUAP nos equipó para la atención clínica, y vino otro proyecto de PROSAE-CARE que vino a equiparla con materiales educativos..."* En el 2002 UNFPA donó además mesas y sillas plásticas para el trabajo grupal con adolescentes. (Ver anexo 9)

5.2.5 Registro de la atención

En un inicio el registro del servicio se llevó en las hojas de consulta ambulatoria general, donde el grupo adolescente quedaba inmerso en las edades de 6-14 y 15-49 años, no se contaba con una papelería específica para la atención, *"...hay un problema inclusive, que inició el programa de adolescentes del MINSA y las sábanas de consulta continuaban igual, entonces había muchísima información que se perdía..."* fue hasta el año 2001, que junto con el Proyecto del FNUAP y el MINSA Central se logró establecer un registro diferenciado para la atención a adolescentes, *"...hasta hace poco es que ya salió la otra hoja que está funcionando, en donde ya es del grupo de adolescentes..."*, llevándose así una hoja de consulta ambulatoria que detalla los grupos etáreos de 10-14 y de 15-19 años y las actividades propias del servicio como consejería y demás programas,

expedientes clínicos, tarjeta de identificación, historia clínica y hoja de evolución dirigida específicamente a los y las adolescentes, *"...nosotros tenemos una hoja de registro...sabemos ahí cuántos adolescentes fueron atendidos y en qué puesto, su edad, todas las descripciones que tiene esta hoja..."* Contando con un registro de las actividades realizadas en el servicio, el cual solamente se lleva en la clínica y en el departamento de Atención Integral a la Adolescencia del SILAIS, no así en el sistema estadístico general del Ministerio de Salud. Para efectos de la productividad de los servicios de la clínica, estos se engloban dentro de los programas generales (CPN, Control de la Fertilidad, Morbilidad General, etc.) *"...el sistema de registro de la clínica, si no está registrada en estadística, es información que no te sale en el sistema, si no está en estadística no está oficializada, entonces esta es una de nuestras grandes limitantes".* (Ver anexo 7)

5.2.6 Capacitaciones

El personal de salud establecido para la clínica se ha capacitado para brindar una atención con calidad y calidez, así inicialmente el SILAIS Estelí dio a conocer al personal las normas técnico-administrativas y bases programáticas del programa de atención integral a la adolescencia. Posteriormente en el año 2000 y 2001, con apoyo del UNFPA, realizaron una pasantía por el Centro de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón, para conocer la experiencia y el manejo y funcionamiento del centro, además en el 2001 se capacitaron en técnicas de Consejería para la atención.

En el 2002, con apoyo también del UNFPA se realizó un intercambio de experiencias de la atención en Puebla, México, con Ecuador, Haití y México. En este mismo año, en coordinación con la Casa Municipal de la Adolescencia, se capacitó a un equipo del Centro de Salud, incluyendo personal de la clínica en metodología para la facilitación de talleres dirigidos a adolescentes en la temática de la Salud Sexual y Reproductiva. A inicios del año 2003 el personal fue capacitado en el Manual de Procedimientos para la Atención Integral a la Adolescencia en el MINSAL Central *"...en el SILAIS se comenzó a conocer el programa...he recibido capacitaciones por ejemplo en el Bertha Calderón...en el MINSAL en el Conchita Palacios, una pasantía en Salud Sexual y Reproductiva y capacitación en el manual de consejería...y también en coordinación con la Casa Municipal del Adolescente en técnicas de facilitación...las capacitaciones en cuanto a la clínica siempre estuve yo y el médico que trabaja en la clínica, en cierto momento se repitieron las capacitaciones, fue otro personal médico y de enfermería..."*

Es importante mencionar que estas capacitaciones propiciaron que el personal desarrollara las competencias necesarias para la atención integral a la

adolescencia, logrando mejorar y ampliar la oferta de servicios, tal es el caso específico de la capacitación en consejería.

5.2.7 Cumplimiento de normas en cuanto a la atención

Las actividades que realiza la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, se realizan mediante las Bases Programáticas y Normas Técnico-Administrativas del Ministerio de Salud.

5.2.7.1 Atención

En cuanto a la atención directa, inicialmente (98-99) se brindaba únicamente los programas de control prenatal y de la fertilidad y violencia intrafamiliar. Para finales del año 99 además de lo anterior se incluyó morbilidad general como una atención permanente. Para el año 2000 se inserta además la atención psicológica y se brinda con mayor propiedad la consejería dirigida a los y las adolescentes previa capacitación del personal *"...con la consejería, aprendimos a escuchar a los y las adolescentes, esto nos ha servido para brindar una atención con calidad y calidez"*. En todos los años se ha realizado referencia con las especialidades presentes en el Centro de Salud (Ginecología, Dermatología, Salud Oral, Medicina Interna). Los usuarios de la clínica son en su mayoría adolescentes mujeres (83% según un estudio de percepción de la calidad de atención realizado en julio 2002), de 15-19 años (74%).

5.2.7.2 Promoción

La promoción se focaliza hacia la formación de clubes de adolescentes y capacitación a adolescentes promotores en salud sexual y reproductiva, *"La clínica nos ha permitido muchas cosas, como aprender sobre salud sexual y reproductiva, nos ha ayudado mucho...porque yo antes de venir aquí ni siquiera conocía lo que eran enfermedades de transmisión sexual, no conocía ningún método anticonceptivo, aquí nos dan ayuda si necesitamos..."* quienes además han participado en encuentros e intercambios con otros adolescentes a nivel departamental y nacional, actividades recreativas y culturales, así como la celebración de la Semana del Adolescente *"Además aquí también nos sirve como centro recreativo, porque nos recreamos, hacemos dinámicas, nos llevan a hacer viajes, así a pasear a encuentros con otros jóvenes que es muy bueno, porque así conocemos personas de otros lados, nos relacionamos, lo cual nos permite una mayor comunicación con los demás jóvenes"*.

La clínica ha tenido influencia en escuelas y grupos juveniles, fundamentalmente en capacitación. *"Nos ha servido como una escuela de instrucción a nuestro*

conocimiento sobre lo que los jóvenes nos exponemos a enfrentar...". En coordinación con la Casa Municipal de la Adolescencia, participó en el proceso de capacitación a adolescentes promotores, padres y madres de familia y maestros y maestras de algunas comunidades y barrios priorizados por la Casa de la Adolescencia, en este aspecto, el personal de la Clínica fue parte del Equipo de Capacitación Local del municipio, jugando un rol importante dentro del enfoque multisectorial del Comité Municipal de Apoyo a la Adolescencia.

La formación de los clubes ha sido permanente, sobre todo el club de adolescentes promotores, ya que los y las adolescentes participantes no se mantienen, generalmente debido a que son estudiantes que ingresan a la universidad. En un inicio se formaron los clubes de adolescentes embarazadas y lactantes, posteriormente los clubes de adolescentes dispensarizados y en la actualidad el club está formado por adolescentes promotores, en su mayoría estudiantes de secundaria y del sexo femenino, entre las edades de 14 y 19 años. El club se reúne semanalmente principalmente para actividades de capacitación y para actividades puntuales programadas como celebraciones y encuentros. No cuentan con un plan de trabajo establecido, sino de forma espontánea. *"El club...nos reunimos todos los viernes a intercambiar nuestras ideas y a enriquecer nuestros conocimientos..."* Según la visión de los y las adolescentes, el propósito del club es *"compartir varias ideas..."* *"...por ejemplo hacemos ligas del saber, competencias con otros lugares y municipios, el año pasado ganamos las competencias (en temas de salud adolescente) departamentales..."*.

5.2.8 Planes de trabajo

La clínica no cuenta con un plan de trabajo establecido de forma periódica, sino que se enmarca dentro del plan de trabajo global del centro de salud, la clínica está como una unidad separada, dependiendo de cada programa y contribuyendo al cumplimiento de los compromisos o metas establecidas por cada uno de ellos.

5.2.9 Convenios realizados

La dirección del municipio ha realizado convenios de cooperación para la clínica con el Centro Universitario Regional del Norte y con la Universidad Nacional del Norte para realizar pasantías de los estudiantes de psicología, los cuales además de brindar atención en la clínica realizan trabajo con adolescentes provenientes de las escuelas. Además se han firmado convenios con el proyecto PROSAE-CARE y AMUNIC-FNUAP para la capacitación al personal de salud, dotación de mobiliarios y equipos para la atención. *"...convenios como MINSA...tenemos dos, que son con el FNUAP...y el otro convenio que es con CARE para el equipamiento de la clínica..."*.

Otro convenio que ha favorecido el trabajo de la clínica ha sido el Convenio MINSA-MECD que ha facilitado la entrada a las escuelas, colegios e institutos. *"...El convenio MINSA-MECD se dio más que todo para la atención a niños, pero también miramos la necesidad que la mayoría que están en las escuelas son adolescentes...entonces ahí es donde cambiamos el giro del convenio MINSA-MECD que no sólo es la visión del niño para su vacuna, sino que es la atención al adolescente..."*.

5.2.10 Sostenibilidad

En cuanto a la sostenibilidad de la clínica, las personas que trabajan directamente en ella piensan que:

- Es un programa institucionalizado dentro del Ministerio de Salud *"...prácticamente con el solo hecho de que el MINSA ya lo tenga incorporado dentro de su modelo de atención, ya es un logro y es parte de la sostenibilidad..."*. La clínica, dentro del organigrama del centro de salud depende directamente de la dirección, dentro de la programación está vista como un puesto de salud. (Ver anexo 4).
- Cuenta con personal propio del Centro de Salud, motivado para realizar y continuar con su trabajo *"...los trabajadores de la clínica entran dentro de la estructura general de los recursos humanos del centro de salud, no hay personal contratado, todo es del MINSA..."*
- Es un espacio que cuenta con equipamiento básico para brindar la atención *"...sin embargo creo que tenemos todo lo básico ahorita, no se necesita mucha plata para continuar con la clínica..."*
- Hay apropiación por los y las adolescentes del espacio *"el adolescente no únicamente acude a la clínica para una atención...acude para investigar...la miran como una forma de recreación...los muchachos van y ellos se retroalimentan de sus conocimientos...y se encargan de capacitar a otros adolescentes..."*.
- La dirección del centro de salud está sensibilizada sobre la importancia del trabajo diferenciado con adolescentes *"...él ha demostrado que su prioridad número uno es la adolescencia, entonces él ha dedicado y ha exigido a su personal...una atención de calidad..."*

⁷ Dr. José Ángel Pino, Director Municipal.

- La clínica está siendo visibilizada como un centro de referencia para capacitación de personal de salud de otras unidades o municipios *"...me agradaba mucho el escuchar...a un compañero de La Dalia que me decía que ellos están apenas iniciando y que...cómo hacían para mandar un personal a hacer una rotación a la clínica de la adolescencia de Estelí, igual me decía otro de un municipio de Nueva Segovia..."*

El SILAIS por su parte, considera que la sostenibilidad es difícil principalmente por la situación económica precaria del Ministerio de Salud y la finalización de los proyectos que inicialmente han apoyado el trabajo, sobre todo en el aspecto relacionado con la papelería para el registro, además del sistema estadístico que no incluye la atención dirigida a la adolescencia.

5.2.11 Organización de los servicios

Cuando la clínica inició sus actividades, el flujo para la atención era de la siguiente manera: el adolescente llegaba a la admisión espontáneo o referido, ahí se le hacía el expediente y, en el caso que llegara por CPN o planificación familiar, se pasaba directamente a la clínica, si iba por morbilidad general u otra causa, se pasaba a los consultorios de morbilidad donde se atendían adultos y adolescentes *"...cuando iniciamos la clínica...lo que se hacía en ese momento prácticamente era la atención de enfermería, la enfermera tenía que ir, ver adónde lo iba a llevar, qué iba a hacer, porque no tenía la unidad el servicio completo, no había atención integral en la clínica..."*

Una vez que la clínica contó con el equipamiento y personal (médicos y enfermeras), y se realizó una sensibilización previa del resto del personal del centro de salud, todo adolescente que acude a solicitar un servicio, cualquiera que este sea, es recepcionado en admisión, se le elabora su expediente y es pasado directo a la clínica, en la sala de espera se aprovecha para realizar charlas educativas (previa programación de educación permanente), se hace una preconsulta por enfermería donde se llenan los datos de la historia clínica y se toman los signos vitales, peso y talla, enfermería valora al adolescente y lo transfiere según corresponda al personal interdisciplinario, una vez realizada la consulta, en dependencia del motivo, se envía a farmacia o laboratorio, en caso de necesitar una referencia a un servicio especializado dentro de la unidad de salud, es el mismo recurso de enfermería quien lleva al adolescente a solicitar la consulta o la cita para la misma, y el personal especialista una vez atendido el adolescente hace la contrarreferencia a la clínica.

En el caso de necesitar servicios especializados fuera del centro de salud (como aspectos legales o especialidades que no están disponibles en el centro de salud)

el recurso de enfermería dentro de sus posibilidades acude con el o la adolescente a centros de referencia (Comisaría de la Mujer, Hospital, Juzgado, ONG que brindan servicio sobre todo referido a violencia o maltrato) *"...lo que hacemos nosotros si necesita una consulta con un especialista yo voy como aquí están cerca, entonces yo voy, hablo con el especialista, y él me dice si en ese momento lo puede atender, si no le da una cita, ya el muchacho se va con su cita o ese mismo día, casi siempre pasan ese mismo día la primer consulta, ya después quedan con el especialista ya programada su cita..."*. "A veces hago acompañamiento de alguna muchacha, la llevo al centro, la dejo allá, porque más que todo cuando necesitan atención legal, porque es lo que nosotros no tenemos aquí..."

5.3 Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados

5.3.1 Plan de monitoreo

La clínica tiene establecidas metas de trabajo, sobre todo en lo relacionado con los programas de control prenatal y planificación familiar, y son estos programas los que se monitorean por los responsables de los mismos. El sistema de monitoreo y seguimiento se establece en base a estas metas.

El equipo de dirección se ha dividido el trabajo, a la clínica como unidad le corresponde el monitoreo al director municipal. Sin embargo como clínica no cuenta con indicadores propios, ni un sistema formal de monitoreo y evaluación *"se evalúa dentro del plan general de supervisión a las unidades de salud y se supervisa como unidad...actualmente lo que hemos estado realizando a partir de este año...dimos un libro...bitácora, para describir lo que llegan hacer, lo que encuentran, los problemas que existen a nivel de esa área...y se firma por quien supervisó ya sea del SILAIS o ya sea de Managua o venga de nosotros..."* *"...no tenemos indicadores como clínica para darle seguimiento de manera específica...de manera general para el municipio sí, pero como clínica no..."*.

De acuerdo a la responsable de enfermería, el monitoreo se establece subjetivamente, en base a la aceptación que se percibe por parte de los y las adolescentes atendidos, del funcionamiento de los clubes adolescentes y a la demanda generada *"...no tenemos [un sistema de monitoreo]...lo monitoreamos de acuerdo a la información que pasa Norma, también de acuerdo... a los resultados que hemos ido viendo de la clínica, por ejemplo los grupos, hubo un tiempo que tuvimos bastante...de esta manera evaluamos de manera positiva..."*.

Desde el inicio de la clínica no se ha realizado una valoración de la calidad de los servicios diferenciados en la atención integral a la adolescencia, tampoco una

porque a La Trinidad en ese momento le estaban dando...entonces quedaron de venir por acá a ver, a revisar y la estoy esperando”.

5.3.2 Valoración de la percepción de la calidad de la atención

En julio del 2002 como iniciativa del Proyecto AMUNIC-FNUAP, se realizó una encuesta sobre la percepción de la calidad de la prestación del servicio exclusivo de la clínica, tomando como instrumento, el cuestionario elaborado por la Federación Internacional para la Planeación Familiar, modificado con la colaboración del personal de salud que labora en la Clínica, donde como puntos fuertes de la clínica están:

- *La confidencialidad de los servicios es la variable que mayor puntaje obtuvo (93.5), y dentro de ésta se destacó el respeto y confidencialidad del personal de salud y la privacidad asegurada por el mismo (96.2%), sin embargo dentro de este mismo aspecto el hecho de conseguir el servicio sin llamar la atención tuvo un puntaje menor (89.5).*
- *La amigabilidad del personal de salud hacia los jóvenes es otro aspecto que se destaca (92.1%), y dentro de éste tiene relevancia el hecho que se le da a que el personal tenga tiempo de escuchar los problemas de los jóvenes en sus propias palabras (98.7%), no obstante cuando se investigó si el personal era receptivo (no juzgaba), este aspecto tuvo un porcentaje bajo (69.3%).*

Los puntos débiles de la clínica fueron:

- *La variable que menor puntaje obtuvo fue la accesibilidad a los servicios (68.4%), dentro de ésta destacaron negativamente la no disposición de horarios en los que los jóvenes puedan acudir sin cita previa (75.0%). Dentro de este aspecto, un factor positivo es que los servicios están abiertos para todas las personas jóvenes sin discriminación (97.4%).*
- *Otro aspecto que fue valorado de forma débil, aunque en menor grado que la accesibilidad, fueron las opciones para jóvenes (84.3%), y dentro de ésta lo que menos valor obtuvo fue que no se le da la opción al joven de ser atendido por un proveedor de servicios con su pareja o amigo; sin embargo hay que hacer notar que dentro de esta variable el aspecto relacionado con la información ofrecida sobre los servicios obtuvo un puntaje alto (94.9%)*

Como iniciativa propia de la unidad de salud, no se ha realizado una evaluación específica de la clínica, sin embargo en el mes de junio realizaron una encuesta rápida de satisfacción del usuario en todo el centro de salud, donde se incluyó la

clínica del adolescente y las demás áreas, con la ayuda de un medio de comunicación radial en vivo.

El personal de la clínica y la dirección de la misma, ha enfatizado en brindar una atención con calidez, esta calidad humana, es sentida por los mismos adolescentes *"...en lo personal he sido atendida digamos, de una manera para mí especial, porque el trato de ellos es muy amplio, muy amistoso, y creo que eso es lo fundamental en una clínica que haya no pacientes sino que personas a quien atender"* *"...bueno, a mí en lo personal me gusta el trato, digamos la metodología con que...el personal nos habla pues no se, lo esencial, hablarle a uno en un idioma en que uno entienda, no científico"* *"A mí me gusta la confianza que yo tengo hacia el doctor y la que él tiene hacia mí, me siento en confianza como si no fuera con un doctor que estuviera platicando, con un médico, sino que con un amigo"*.

5.4 Experiencia de participación social

5.4.1 Coordinaciones intra e interinstitucionales

La Clínica de atención integral a la adolescencia ha realizado coordinaciones intrainstitucionales con todas las unidades de salud del municipio, el personal de la clínica incluso capacitó a personal de los puestos de salud para brindar una atención integral a la adolescencia, además de dotarlos de la papelería necesaria para llevar el registro. También existen buenas coordinaciones entre las diferentes áreas de atención del centro de salud, lo que les ha ayudado en gran manera para el sistema de referencia y contrarreferencia *"...como MINSA...nosotros lo dimos a conocer [el programa de la adolescencia] a todos los puestos..."*

A nivel interinstitucional existe relación estrecha con la Casa Municipal de la Adolescencia, Comisión de la Niñez, Acción Ya, Casa de la Mujer, Xilonem, Comisaría de la Mujer y la Niñez y MIFAMILIA. Se ha establecido algún tipo de relación pero menos vinculante con IXCHEN, INPRHU, Vida Joven y MECD. No se ha establecido ningún tipo de relación con las Iglesias *"..lo dimos a conocer [el programa de la adolescencia] a la Comisión de Salud, donde están todas las instituciones del estado, están los ONG del municipio, entonces dimos a conocer que ya el municipio contaba con una clínica...y que ellos podían enviar a la gente..."*

Estas coordinaciones se basan en establecer relaciones de referencia y contrarreferencia y participar conjuntamente en actividades puntuales como encuentros, ferias, etc., y sobre todo búsqueda de apoyo *"...el doctor Pino se pone las pilas y busca lo que la clínica necesita..."*

Existen algunas coordinaciones para la atención, con MIFAMILIA e INPRHU, donde los adolescentes ya cuentan con sus expedientes en la institución y llegan con ellos para recibir la atención en la clínica.

Además se han establecido coordinaciones con algunas escuelas y colegios para brindar educación a través de charlas y capacitaciones a escolares con temáticas consensuadas previamente con los directores de los centros.

Por su parte algunas instancias apoyan el trabajo de la clínica, la Casa Municipal de la Adolescencia ha colaborado en la realización de trípticos promocionales y preparación de murales, por su parte el personal de la clínica ha apoyado en el proceso de capacitación en barrios y comunidades de la Casa de la Adolescencia, como miembros del Equipo de Capacitación Local del municipio.

Como Clínica de Atención Integral a la Adolescencia participa en el Comité Local de Apoyo a la Adolescencia, que es una instancia municipal, con enfoque multisectorial del trabajo en la adolescencia.

5.4.2 Participación adolescente

La participación de adolescentes en la clínica se limita a su presencia en los clubes de adolescentes, llevar más adolescentes a integrarse (promoción) y a solicitar los servicios *"...para atraer más jóvenes, hacemos propaganda..."* *"...bueno, yo he estado participando en traer personas que tienen problemas y que buscan la confianza en mí y yo las traigo a ellas personalmente..."*, no así para la toma de decisiones en lo referente a los servicios, su "territorio" está enmarcado en el auditorio *"tenemos un punto límite, o sea a nosotros nos dieron este lugar [el auditorio]...nosotros decidimos el color de la pintura y la colocación de afiches, decidimos que color queremos...dónde poner las cosas, qué queremos poner, qué queremos botar, pero en el auditorio nada más..."*

Los adolescentes integrados en los clubes no cuentan con un plan de trabajo elaborado por ellos mismos a largo o mediano plazo, tampoco realizan evaluaciones de su funcionar, sino que es el personal de la clínica el que los evalúa, y principalmente esta evaluación es más en el aspecto de las capacitaciones *"hacemos una autoevaluación, o sea ellas nos lo hacen, para ver hasta dónde podemos llegar para así continuar..."*. Esto podría ser un factor importante que incida en que los adolescentes miembros de los clubes deserten y por ende se realice todo el proceso de capacitación constantemente, además de conocer otros motivos como el ingreso al sistema educativo superior y el mismo hecho de dejar de ser adolescentes y pasar a la juventud.

La participación de padres y madres de familia, así como la de maestros y maestras y otros líderes comunales ha sido pobre, han habido algunas coordinaciones con CARE para realizar un trabajo comunitario con los padres y madres de adolescentes promotores, pero esto está aún incipiente "...bueno hay algunos [padres/madres] que a lo mejor todavía les debe dar temor si su hijo les dice voy a la clínica de adolescentes...a lo mejor piensan que se trata de otra cosa, tal vez si se aproximaran y conocieran, yo creo que tendríamos un poco más de apoyo..." "...en estos dos últimos años ha sido más participativo, porque anteriormente nosotros cometimos el error únicamente trabajar con adolescentes, pero ahora nos reunimos con los padres para que ellos sepan qué es lo que nosotros le estamos hablando a sus hijos y a los maestros también..."

VI – LECCIONES APRENDIDAS

6.1 De las condiciones locales de creación de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia.

⇒ ***Hay que tener una visión clara con relación al apoyo de la cooperación externa.***

El Centro de Salud Leonel Rugama del municipio de Estelí ha optimizado los proyectos, no han sido los proyectos los que han llegado a definir las estrategias de trabajo, sino más bien el Centro de Salud ha tomado el papel de rector, tal y como lo mandata la Ley General de Salud.

La utilización de la cooperación externa, en el caso del Centro de Salud Leonel Rugama de Estelí, ha sido racional, evitando la duplicidad de financiamiento y ha procurado el financiamiento de las brechas de recursos para atender las prioridades establecidas por ellos mismos, dirigiéndolas principalmente en la capacitación, equipamiento e infraestructura.

⇒ ***Es válido soñar.***

Tal y como lo refiere el personal de salud, todo depende de la voluntad existente del mismo personal en hacer las cosas. El Centro de Salud Leonel Rugama ha demostrado con la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, que es posible poner en práctica servicios diferenciados, amigables, para la atención dirigida a adolescentes, siempre y cuando exista la voluntad y disposición de hacerlo.

⇒ ***La voluntad política y el nivel de sensibilización de parte del personal involucrado y sobre todo de la dirección del centro es fundamental para mantener el trabajo y desarrollarlo.***

Un factor clave para el éxito de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia ha sido en primera instancia la voluntad de la dirección del centro para implementar el programa, aún sin contar con las disposiciones normativas del Ministerio de Salud a nivel central. La sensibilización del personal directamente involucrado en la atención, sumado a la disposición y compromiso del mismo, han sido garantes de la consecución y por ende de la sostenibilidad de las acciones.

Actualmente existe la voluntad política del Ministerio de Salud en la implementación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia en el que se reconoce a los y las adolescentes como personas con necesidades, derechos y

oportunidades, capaces de lograr una participación protagónica en las acciones que buscan su desarrollo individual y colectivo.

6.2 De las estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.

⇒ *El alto nivel organizativo existente en el municipio, sienta bases para el trabajo.*

El municipio de Estelí se ha caracterizado por tener un alto nivel organizativo, esto sienta bases para emprender procesos que tengan relación con el involucramiento de la sociedad en general y sobre todo de la comunidad, lo que se constituye en una fortaleza para el trabajo.

⇒ *La perseverancia es una de las actitudes más importantes en el trabajo.*

Desde que nació el proyecto de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, el personal involucrado mantuvo persistentemente la idea de que este servicio tenía que mantenerse, pese a las dificultades y limitaciones encontradas, optimizando la ayuda externa y maximizando la capacidad local.

⇒ *Es importante la sensibilización no sólo del personal directamente involucrado, sino también de todo el personal de salud.*

La unidad de salud tiene que verse como un todo, de la misma forma tiene que verse el personal de salud. Es indispensable que en toda la unidad exista un clima agradable, con capacidad de brindar confidencialidad y respeto, que su accionar trascienda la participación social y el desarrollo humano.

⇒ *Las características del personal de salud que atiende directamente al adolescente juegan un rol importante en el desarrollo de los servicios.*

El trato dirigido a los y las adolescentes participantes de la clínica, tanto usuarios directos de los servicios como miembros de los clubes y promotores, con calidad y calidez ha sido fundamental en la promoción del servicio y de gran valor para ellos.

El contacto humano es de importancia fundamental en la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Ha sido vital que el personal de salud que atiende la clínica vea a los adolescentes como personas y no como problemas, y sean capaces de ajustar sus prácticas a cada uno de esos adolescentes. Para hacerlo, ha sido necesario que sean técnicamente competentes, tengan el carácter

adecuado (se interesen y se preocupen, sean comprensivos y considerados, su trato sea fácil e inspiren confianza), y ciertas cualidades (inclusive competencias para la comunicación y espíritu de equipo), a esto último ha sido de gran aporte las capacitaciones realizadas, sobre todo la de consejería.

Para los adolescentes resulta atractivo un servicio donde los profesionales sean joviales y ofrezcan un buen trato, la amabilidad y familiaridad del medio ambiente resulta ser un aspecto clave para el servicio, probablemente porque contribuye a que los adolescentes venzan sus temores e inhibiciones.

La importancia de este atributo para los adolescentes indica que los servicios deben realizar una cuidadosa selección y entrenamiento de su personal, poniendo énfasis en la generación de un ambiente humano adecuado (familiar) y cuidando de la calidad y calidez del trato que se proporciona a los usuarios, además de la competencia para contribuir a satisfacer las necesidades de la adolescencia.

6.3 Del mecanismo de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.

⇒ Es imprescindible contar con un sistema de monitoreo y evaluación permanente.

La deficiencia de un sistema de evaluación y monitoreo específico para la clínica y la no existencia de indicadores específicos, no permite que se conozca con mayor profundidad el impacto del funcionamiento de la misma, la identificación de problemas y potenciales soluciones.

El monitoreo y seguimiento es un aspecto del proceso de control y los indicadores permiten medir el grado de utilización de los recursos, la efectividad en la realización de las actividades y el alcance obtenido en los resultados esperados para la implementación del programa en la clínica.

⇒ Es necesario que exista un sistema estadístico único donde se incluya la atención a la adolescencia.

Mientras no exista dentro de los registros oficiales del Ministerio de Salud, un registro de las actividades realizadas en el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, este servicio se mantendrá oculto.

Esta falta de información específica plantea problemas cuando se quiere entender alguna problemática particular de la adolescencia como las tasas de embarazo, por ejemplo.

El contar con un sistema de registro oficial, permitirá con mayor fundamento contar con bases sólidas para buscar apoyo en agencias o proyectos.

6.4 De la experiencia de participación social establecida en el Programa.

⇒ ***La participación de adolescentes en todos los niveles, tiene que ser real.***

Hay que darle un mayor nivel participativo a los y las adolescentes en la toma de decisiones, tomarlos como sujetos de derechos y no como receptores de un servicio, esto promoverá mayor involucramiento y empoderamiento de parte de ellos y ellas hacia la clínica.

Es útil establecer mecanismos para que los usuarios del servicio suministren retroinformación, de manera que sea posible identificar problemas, atenderlos con presteza y satisfacer las necesidades cambiantes.

⇒ ***El involucramiento de actores sociales claves desde un inicio, hace que exista mayor aceptación del programa dentro de la sociedad.***

Al hablar de actores sociales claves nos referimos a padres/madres, maestros/maestras y otros líderes comunitarios.

El Modelo de Atención Integral tiene que promover la participación de la comunidad como un medio para el mejoramiento de la salud de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

El hogar es el centro de la vida familiar, así como los centros de enseñanza juegan un rol importante. La familia puede desempeñar un papel destacado en la vida de los adolescentes. El contexto del hogar ofrece un punto de acceso para la intervención temprana en la atención integral al adolescente.

⇒ ***La gestión y la coordinación tanto inter como intrainstitucional es importante para promover los espacios de participación.***

El enfoque multisectorial que se ha implementado en la Clínica, es aún incipiente y habría que profundizar en el mismo para llegar a niveles mayores que la búsqueda de apoyo, sino de trabajo conjunto.

La implementación de este Programa requiere la ejecución de acciones intra e intersectoriales a nivel local, busca una real cooperación entre la red de salud pública, otras instituciones u organismos gubernamentales y no gubernamentales que tienen experiencia de trabajo con adolescentes, a fin de aunar esfuerzos y optimizar el uso de los recursos disponibles, tanto del Estado, como desde la sociedad civil.

VII – CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONSIDERACIONES FINALES

7.1.1 De las condiciones locales de creación de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia.

- Un entorno político de apoyo verdadero a la salud de los y las adolescentes tanto a nivel local como nacional, desembocará de manera natural en programas beneficiosos para promover y salvaguardar la salud de los mismos. Esto además proporciona un marco para la acción y sitúa a los adolescentes en un primer plano dado que refleja el compromiso institucional.
- La implementación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, a través de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia del municipio de Estelí, asegura que los problemas de los y las adolescentes sigan siendo una prioridad de obligado cumplimiento, aunado a la presencia de normativas y políticas a nivel nacional, lo que garantiza además la sostenibilidad de las acciones.

7.1.2 De las estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.

- Los servicios para adolescentes **deben ser diferenciados**.

Nos referimos a normas de atención, horarios e infraestructura específica, profesionales capacitados que dediquen una parte de su tiempo sólo a la atención a adolescentes, material educativo y material de atención específico (historias clínicas, carné de citas y de referencia, etc.), estadísticas, red de atención y costos específicos. Cuando los servicios no cuentan con las características de diferenciación enunciadas no se corresponden con las demandas de los usuarios, pierden impacto y calidad.

- Los servicios diferenciados para adolescentes de todos los niveles de atención deben ser de **carácter integral**.

De acuerdo a sus funciones (preventivo-promocional y de atención básica, de atención mixta: básica y especializada y, especializada), incluyendo por lo menos tres ejes de atención: Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva y Salud Básica, de lo contrario no se corresponderán con el tipo de demanda que establece el usuario.

- El equipo responsable de los servicios diferenciados tiene que ser **interdisciplinario**.

Para entender y atender la complejidad de acciones que demanda la población adolescente, cuidando de no perder la especificidad que lo define como sector salud. Cuando los equipos están constituidos por profesionales de una sola especialidad, tienden a diseñar programas en los que su aporte es el hegemónico, perdiendo con ello integralidad y complejidad.

La interdisciplinariedad es condición de éxito para la generación de programas de calidad, dado que cada profesional aporta desde su propia especialización técnica para la entrega de servicios centrado en la necesidad del usuario/a.

7.1.3 Del mecanismo de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.

- La gestión de los servicios necesita tener claridad en la definición de su misión, de los usuarios, los indicadores, el monitoreo, los criterios de evaluación; todo ello debe ser operativizado en un plan estratégico flexible.

7.1.4 De la experiencia de participación social establecida en el Programa.

- Los servicios diferenciados para adolescentes deben tener una línea de trabajo transectorial, en especial con los sectores de educación y justicia y los organismos no gubernamentales e iglesias existentes en su ámbito de acción, para lograr mayor calidad e impacto en sus acciones.
- La participación de adolescentes y jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación de actividades, genera mayor calidad en los servicios, en términos de mayor adecuación a sus necesidades y en el desarrollo de la eficiencia profesional.
- El trabajo desarrollado por la clínica apunta hacia la municipalización de la salud, aunque bastante incipiente. En procesos de descentralización, la salud es autoridad del gobierno local a nivel organizativo/administrativo, aunque normativamente siga dependiendo del Ministerio de Salud.

7.2 RECOMENDACIONES

7.2.1 En el ámbito local

- Es necesario realizar **estudios de impacto** del servicio ofrecido por la clínica. Esto podría garantizar bases más sólidas para la búsqueda de apoyo ante proyectos, agencias u organismos locales, nacionales e internacionales que deseen apoyar el servicio.
- Es recomendable que se establezca un **sistema de monitoreo y evaluación permanente** del Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Para que la vigilancia y la evaluación sean eficaces es necesario establecer primero una base de información, esencial para identificar cambios. También debe concretarse desde el comienzo la manera en que esa información se va utilizar. Aunque el establecimiento de los indicadores debieron hacerse durante el diseño del programa, se recomienda establecerlos cuanto antes. Este sistema de monitoreo y evaluación no debe incluir solamente la medición continua del trabajo del personal, sino también la definición de criterios y estándares generales que puedan ser aceptados por el personal y los usuarios, utilizando indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo que permitan la medición en proceso, estructura y resultados del trabajo con la adolescencia.
- Replantear el **concepto de participación adolescente**. Este debe involucrar aspectos relacionados con la participación de los adolescentes en la planificación, gestión y control. Darle al servicio un carácter participativo, y no solamente verse como un proveedor de servicio. La participación debe incluir a los y las adolescentes como agentes protagónicos y activos de su desarrollo saludable, como sujetos de derechos. Involucrarlos además en el proceso de búsqueda de auto-sostenibilidad de la clínica o de algunos servicios de la misma.
- **Involucrar de forma más consistente y activa, a algunos actores claves como padres y madres, maestros y maestras y líderes comunitarios**. La creación de un consenso a nivel de comunidad, entre padres, educadores y personal de salud reducirá los obstáculos para la educación sexual, los servicios de salud reproductiva, la programación sobre uso y abuso de sustancias y la reducción de la violencia. Tomando en cuenta además que las actitudes de los padres hacia la programación en la que pueden participar sus hijos influye en el nivel de participación. Es importante considerar que los centros de enseñanza disponen del potencial para proporcionar una excelente base a la programación en gran escala y a una cobertura elevada de adolescentes. Es necesario fortalecer los centros de enseñanza como contexto

para intervenciones de salud, para esto podría optimizarse el Convenio MINSA-MECD.

- Aclarar y tomar conciencia del **concepto real del enfoque multisectorial**. El Ministerio de Salud ha dado los primeros pasos en esta iniciativa, pero tiene que estar consciente que dentro del desarrollo humano del adolescente, sólo le corresponde algunos de los aspectos, será el trabajo conjunto, multisectorial, con diferenciación de roles, el que podría con mayor precisión responder a todas las necesidades que el adolescente presenta, donde se involucre el Gobierno Municipal, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, los Organismos No Gubernamentales, Iglesias, etc.
- Capitalizar la experiencia desarrollada localmente y vender servicios de capacitación y pasantías, a otras unidades de salud interesadas en implementar el modelo.

7.2.2 En el ámbito nacional del Ministerio de Salud y SILAIS

- Realizar de forma más continua el monitoreo y evaluación del Programa a nivel local, para retroalimentar y proporcionar apoyo en la medida de las posibilidades.
- Que se agilice el ingreso a las estadísticas nacionales del Ministerio de Salud de las actividades ejecutadas por el Programa de Atención Integral a la Adolescencia, esto permitirá visibilizar el Programa y poder planificar con fundamento las acciones de intervención.

VIII - BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Normas Técnico-Administrativas I Nivel de Atención. MINSAL. 1999.
- 2.- Perú. Ministerio de Salud. Servicio diferenciado, servicio diferente. Gestión de la atención de salud de las adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. Colección Juventudes y Salud. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, Ministerio de Salud. Perú, Julio 2001.
- 3.- Fondo de Población de las Naciones Unidas. La Casita Rosada. Evaluación del Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón. FNUAP. Managua 1998.
- 4.- Martínez, Marco A. El informe Técnico: Orientaciones para su preparación. Serie: Instrumentos para Sistematizar. Instituto para la Cooperación y Autodesarrollo. Tegucigalpa, Honduras. Agosto 2000.
- 5.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de Atención. Proyecto de Apoyo a Iniciativas Nacionales de Salud Integral del Adolescente en la Región de Las Américas. Fundación W.K. Kellogg. sl. sf.
- 6.- Organización Mundial de la Salud. Programación para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes. Informe de un Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes. OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra, 1999.
- 7.- Jara, Oscar. Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. Centro de Estudios y Publicaciones, Alforja. San José, Costa Rica. 1994.
- 8.- Nicaragua. Presidencia de la República. Secretaría de Acción Social. Plan de Acción de la Política Nacional de Población, 2001-2005. Presidencia de la República. Secretaría de Acción Social. Managua, Julio 2001.
- 9.- Caja Costarricense de Seguridad Social. Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las Adolescentes. Programa de Atención Integral a la Adolescencia, CCSS. Costa Rica, 1999.

- 10.- Nicaragua. Ministerio de Salud. Bases Programáticas. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. 2da. Ed. MINSA/OPS/OMS/ASDI. Agosto 2000.
- 11.- Caja Costarricense de Seguridad Social. Una respuesta del sector salud a la adolescencia costarricense. CCSS. s.f.
- 12.- Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y la Niña. La política nacional de atención integral a la niñez y la adolescencia, su plan de acción y el programa de atención integral a la niñez nicaragüense. Memoria con directores de SILAIS del MINSA. Managua, mayo 16, 1997.
- 13.- Nicaragua. Código de las Niñas y Niños y Adolescentes de la República de Nicaragua.
- 14.- Donas Burak, Solum. "Marco Epidemiológico Conceptual de la Salud Integral del Adolescente" en OPS/OMS, Adolescencia y Juventud. Aportes para una discusión, Costa Rica, 1995.
- 15.- Donas Burak, Solum y Mendoza, Arnoldo. Adolescencia y Juventud en América Central y República Dominicana en los Años 90, OPS/OMS, San José, Costa Rica, 1996.
- 16.- Family Care International. Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de todos. Marco de Acción, Nueva York 1995.
- 17.- INEC. Censos Nacionales. 1995.
- 18.- Ministerio de Acción Social. Política Nacional de Población, 1996.
- 19.- Nicaragua. Ministerio de Salud. Atención Integral a la Mujer y la Niñez. Manual Operativo, 1995.
- 20.- PROFAMILIA. Encuesta sobre Salud Familiar, Nicaragua 1992-93, Managua, Nicaragua.
- 21.- Barnett, Barbara; Schueller, Jane. Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents. Family Health International. USA, 2000.
- 22.- Gogna, Mónica. Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Consorcio Latinoamericano

- de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. USAID. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires, Argentina. Junio, 2001.
- 23.- Anafae. Taller sobre sistematización de Experiencias. Anafae. Costa Rica, septiembre 2001.
- 24.- AMUNIC-UNFPA. El enfoque multisectorial del trabajo con adolescentes. AMUNIC-UNFPA. Managua, diciembre del 2001.
- 25.- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Atendiendo juntos a los y las adolescentes Ecuatorianos. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Quito, Ecuador, 2000.
- 26.- OPS/ASDI/NORAD. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Washington, D.C. Febrero 2003.
- 27.- Nicaragua. Ministerio de Salud. Manual de Procedimientos para la atención integral a las y los adolescentes. Programa de Atención Integral a la Adolescencia. MINSA/GTZ/OPS/OMS/FNUAP. Enero, 2002.
- 28.- Nicaragua. Ministerio de Salud. Análisis Comparativo de tres Modelos de Atención a Adolescentes. Ministerio de Salud, Dirección de Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Adolescencia. OPS. Managua, 2000.

Anexos

ANEXO 1

Tabla de Descriptores

COMPONENTES	DESCRIPTORES
Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia	<ul style="list-style-type: none">• Entorno político local, nacional e internacional• Antecedentes locales y nacionales
Estrategias de implantación y de trabajo establecidas en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">• Organización de la oferta• Organización de los servicios• Estrategias normativas• Normas administrativas• Normas programáticas• Características del personal de salud• Planes de trabajo
Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">• Plan de monitoreo establecido• Evaluación de la prestación del servicio• Valoración de la percepción de la calidad de la atención por los/as usuarios/as
Experiencia de participación social establecida en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">• Coordinaciones intersectoriales• Participación adolescente• Redes adolescentes establecidas

ANEXO 2

Matriz de obtención de información

COMPONENTES	FUENTE	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia	Informantes claves Informes Memorias	Entrevistas semi-estructuradas Revisión documental Taller metodológico	Guía de entrevistas semi-estructuradas Guía de revisión documental Guías metodológicas
Estrategias de implantación y de trabajo establecidas en el Programa.	Informantes claves Informes Memorias	Entrevistas semi-estructuradas Revisión documental Taller metodológico	Guía de entrevistas semi-estructuradas Guía de revisión documental Guías metodológicas
Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.	Informantes claves Informes Memorias	Entrevistas semi-estructuradas Revisión documental Taller metodológico	Guía de entrevistas semi-estructuradas Guía de revisión documental Guías metodológicas
Experiencia de participación social establecida en el Programa.	Informantes claves Informes Memorias	Entrevistas semi-estructuradas Revisión documental Grupos focales Taller metodológico	Guía de entrevistas semi-estructuradas Guía de revisión documental Guía de discusión para grupos focales Guías metodológicas

ANEXO 3

Instrumentos para la recolección de la información

- Guía para la revisión documental
- Guía para grupo focal
- Guía para las entrevistas a profundidad
- Instrumentos metodológicos para el Taller de Sistematización con el personal de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia
 - Perfil histórico
 - Cronologías históricas
 - Mapeo participativo de infraestructura, servicios y recursos humanos con mapeo participativo del espacio.
 - Recorrido de transepto
 - Listado de insumos en general
 - Diagrama de organización, acción institucional e interacciones
 - Juego sociológico
 - Calendarización de actividades anuales
 - Línea de tiempo
 - Estudio de proceso
 - Estudio de la unidad individual

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la Experiencia del Programa de Atención Integral a la
Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

Guía para la revisión documental

Elementos de revisión documental	Documentos	Reconstrucción de memoria
Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none">▫ Análisis de productividad de servicios de los años 2001, 2002.	<ul style="list-style-type: none">▫ Dr. José Ángel Pino▫ Dra. Humbertina Pineda
Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">▫ Consolidado de las Hojas de Consulta Ambulatoria 2001-I Semestre 2003.	<ul style="list-style-type: none">▫ Lic. Ramona Alfaro▫ Lic. Norma Lazo
Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">▫ Informes narrativos de las fortalezas y debilidades anuales (2001-2002).	<ul style="list-style-type: none">▫ Aux. Felicia Arce
Experiencia de participación social establecida en el Programa.		<ul style="list-style-type: none">▫ Lic. Jacqueline Morales

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la Experiencia del Programa de Atención Integral a la
Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

Guía para Grupo Focal

(Adolescentes miembros de club, usuarios/as y promotores/as)

1. Sentido de pertenencia de la clínica.
2. Nivel de participación en el programa.
3. Funcionamiento de los clubes y sus propósitos.
4. Participación en la toma de decisiones
5. Participación en el proceso de monitoreo y evaluación
6. Percepción sobre las debilidades y fortalezas de la clínica.
7. Conformación de los clubes.
8. Percepción sobre la calidad de la atención.
9. Conocimiento de la atención en la clínica.
10. Coordinaciones con otros adolescentes organizados.
11. Relación con el personal de salud.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la Experiencia del Programa de Atención Integral a la
Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

Guía para las Entrevistas a profundidad

Elementos de revisión	Preguntas
Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none">▫ ¿Cuál fue el entorno político local, nacional e internacional que dio origen al surgimiento del programa?▫ ¿Cuáles fueron los antecedentes locales y nacionales que favorecieron el surgimiento del programa?
Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">▫ ¿Cómo ha sido la organización de la oferta desde que inició el programa hasta la fecha?▫ ¿Cómo se ha desarrollado la organización de los servicios?▫ ¿Cuáles han sido las estrategias normativas que se han implementado?▫ ¿Qué normas administrativas han puesto en práctica?▫ ¿Cuáles han sido las normas programáticas que han sustentado el desarrollo del trabajo?▫ ¿Qué características del personal de salud consideran que deben ser las ideales? ¿Cuáles tomaron en cuenta ustedes?▫ ¿Cuentan con planes de trabajo establecidos, cada cuánto tiempo?
Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">▫ ¿Cuentan con un plan de monitoreo establecido? ¿Cómo se le da seguimiento?▫ ¿Se realiza evaluación de la prestación del servicio? ¿Cómo se hace, quién la realiza y cada cuánto tiempo?▫ ¿Se ha valorado la percepción de la calidad de la atención por parte de los/as usuarios/as?
Experiencia de participación social establecida en el Programa.	<ul style="list-style-type: none">▫ ¿Han realizado coordinaciones inter e intrasectoriales, de qué tipo y con quién?▫ ¿Cómo ha sido la participación adolescente en todo el proceso?

Instrumentos metodológicos para el Taller de Sistematización con el Personal de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 1 PERFIL HISTORICO

Con este instrumento se pretende rescatar la información existente sobre la Clínica con el fin de ordenarla cronológicamente.

En cada acápite a llenar tienen la libertad de exponer lo que deseen dentro de los cuatro momentos, implementación, ejecución, evaluación y participación social.

Y como regla general cada información que se incluya en el cuadro deberá llevar como pregunta de profundidad:

1. Porqué se hizo?
2. Cómo se hizo?
3. Negativo.
4. Positivo.
5. De acuerdo a la valoración en el momento cómo se actuó?

INSTRUMENTO 1 PERFIL HISTÓRICO SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

EJES	PERIODOS A RECOPIRAR						
	Antes del 98	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia <ul style="list-style-type: none"> • Entorno político local, nacional e internacional • Antecedentes locales y nacionales 							
Estrategias de implantación y de trabajo establecidas en el Programa. <ul style="list-style-type: none"> • Organización de la oferta • Organización de los servicios • Estrategias normativas • Normas administrativas • Normas programáticas • Características del personal de salud • Planes de trabajo 							
Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados en el Programa. <ul style="list-style-type: none"> • Plan de monitoreo establecido • Evaluación de la prestación del servicio • Valoración de la percepción de la calidad de la atención por los/as usuarios/as 							
Participación social <ul style="list-style-type: none"> • Coordinaciones intersectoriales e intrasectoriales • Participación adolescente 							

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 2 CRONOLOGÍAS HISTÓRICAS

Con este instrumento es posible recopilar y analizar en forma ordenada, información detallada sobre tópicos específicos que han tenido lugar en la historia de la experiencia a investigar, estos tópicos serán abordados a través del tiempo y agrupados bajo grupos, tales como RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGÍA, INFRAESTRUCTURA E INFORMACIÓN.

INFRAESTRUCTURA: Interesa conocer el espacio donde se labora, el tamaño, cubículos, ubicación, ambiente.

RECURSOS HUMANOS: Interesa conocer el personal, número, calificación, ubicación, horarios, por qué participa, y por qué tuvo que ser modificado.

TECNOLOGÍA: Interesa saber equipos, número, por qué se modifica, por qué no se modifica, equipos solicitados y no adquiridos, solicitados y adquiridos, equipos que se desecharon o no.

INFORMACIÓN: Interesa saber si reciben capacitación o educación continua en la atención, cuándo, cuántas al año, quiénes se las proporciona.

Cada información debe profundizar en:

1. Cómo se consigue?
2. Bajo qué apoyo?
3. Con qué fondos?
4. Quién cubre su remuneración en caso de personal?
5. Negativo
6. Positivo.
7. Qué cambios ocurren y por qué?

INSTRUMENTO 2 CRONOLOGÍAS HISTÓRICAS

PERIODOS	TÓPICOS			
	INFRAESTRUCTURA	RECURSOS HUMANOS	TECNOLOGÍA	INFORMACIÓN
1998				
1999				
2000				
2001				
2002				
2003				

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 3 Y 4

MAPEO PARTICIPATIVO DE INFRAESTRUCTURA, SERVICIOS Y RECURSOS HUMANOS, CON MAPEO PARTICIPATIVO DEL ESPACIO

Con este instrumento se pretende representar gráficamente el espacio comunitario o el alcance de las acciones de la clínica, a la vez se identifican, los servicios brindados en el municipio, los recursos en esas áreas, infraestructura, si la hay o simplemente lo que las relaciona, quién proporciona la información, las rutas de acceso a la clínica.

Se presentará un mapa de la ciudad de Estelí y sus alrededores, los participantes deberán colocar en las áreas, una "x" en los barrios atendidos, cuadro para los lugares donde se ubican líderes comunales, o casas bases si se tienen, un círculo donde se realizan visitas, charlas o actividades propias de la clínica.

GUIAS:

1. Barrios o comunidades o bien municipios aledaños de donde acuden los pacientes.
2. Líderes comunales que actúan para la Clínica dentro de su comunidad.
3. Promotores.
4. Canal de información.
5. Ubicación de club.
6. Ruta de acceso.

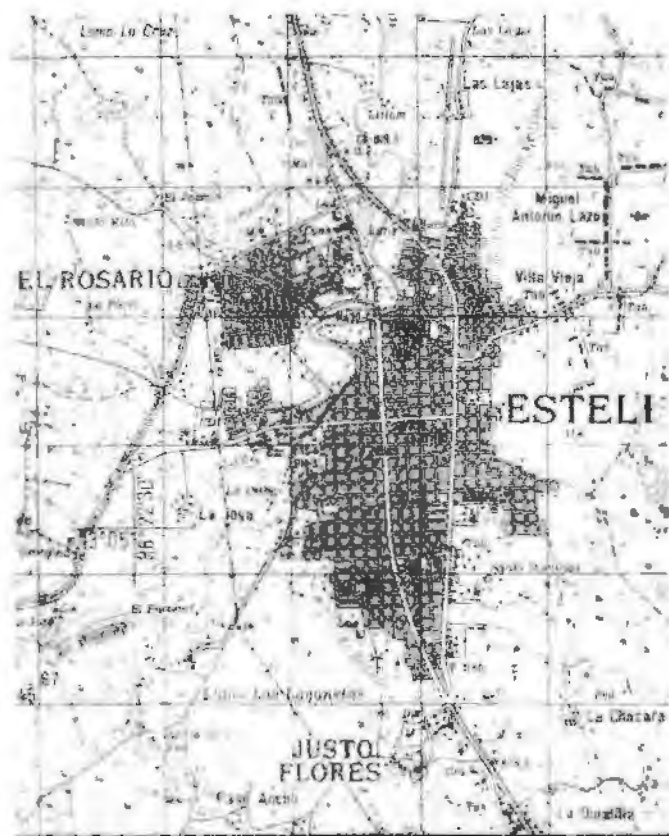
Para cada punto marcado deberá colocar la descripción. Ejemplo: Bo. Oscar Gámez 2, se atiende a jóvenes, se encuentra una casa base, donde se ubica un líder comunal y tres promotores. En ese barrio se realizan charlas educativas en la casa del padre de familia tal.

PREGUNTAS DE PROFUNDIDAD.

1. Por qué ese lugar o barrio específico?
2. Por qué no de este o aquel lugar?
3. Por qué ese líder?
4. Por qué esa organización comunitaria o ese club?
5. Beneficios.
6. Negativos.

INSTRUMENTO 3 Y 4

MAPEO PARTICIPATIVO DE INFRAESTRUCTURA, SERVICIOS, Y RECURSOS HUMANOS, CON MAPEO PARTICIPATIVO DEL ESPACIO



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 5 RECORRIDO DE TRANSEPTO

Consiste en hacer una representación gráfica de un recorrido de reconocimiento a la clínica misma. Se fijan tópicos de observación, se identifican paradas claves, aspectos que influyen desde la visión del tiempo.

Se proporciona un plano de la clínica, y se ubican las áreas específicas, donde el personal colocará, qué se hace en el área, quiénes laboran allí, con qué se labora, ventajas y desventajas, si ha sufrido cambios o no.

GUIAS:

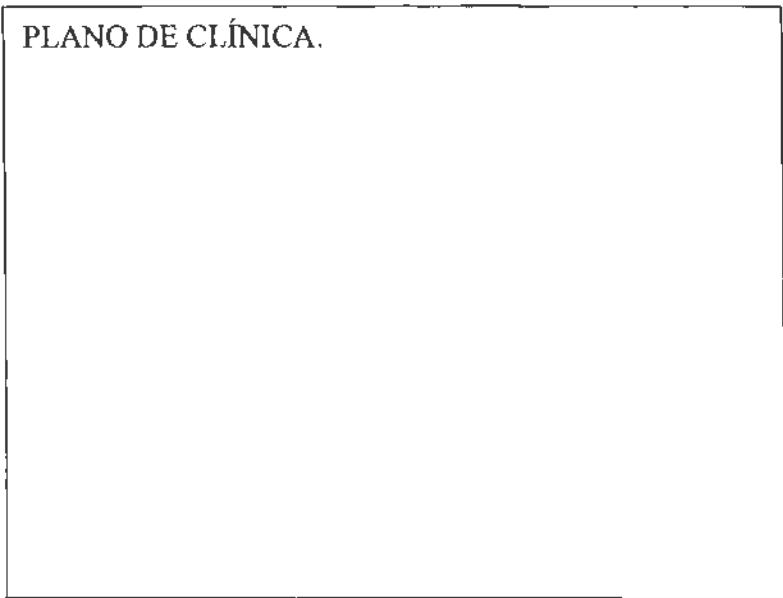
1. Áreas de trabajo.
2. Actividades en cada área.
3. Recursos humanos y documentos.
4. Positivo.
5. Negativo.

PREGUNTAS DE PROFUNDIDAD:

1. Esta estructura es la del inicio?
2. Cuándo se modificó?
3. Por qué?
4. Cómo?
5. Con qué fondos o recursos?
6. Qué permitió la modificación?

INSTRUMENTO 5 RECORRIDO DE TRANSEPTO

PLANO DE CLÍNICA.



DESCRIPCIÓN

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 6

LISTADO DE INSUMOS EN GENERAL

Es la enumeración de todos los recursos con los que cuenta la clínica hasta el momento.

GUIAS:

1. Documentos.
2. Equipos.
3. Manuales.
4. Libros de referencia.
5. Instrumentos.

Interesa conocer los cambios particulares a través del tiempo, reconocidos. Principalmente el momento actual.

PREGUNTAS DE PROFUNDIDAD:

1. Para qué se utiliza?
2. Quién lo utiliza?
3. Dónde se ubica?
4. Quién indica y valida su uso?
5. Negativo.
6. Positivo.

INSTRUMENTO 6 LISTADO DE INSUMOS EN GENERAL

1998	1999	2000	2001	2002	2003

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 7
DIAGRAMA DE ORGANIZACIÓN, ACCIÓN INSTITUCIONAL E INTERACCIONES

Permite profundizar en el conocimiento de las diversas relaciones establecidas entre las organizaciones, las instituciones, y el engranaje con el sistema de salud local y con diferentes ámbitos.

Se realizan cuadros, donde se colocan dentro las organizaciones con las que se relacionan más, fuera las que se relacionan menos.

Un segundo cuadro donde cada organización colocada dentro y fuera se describe, por qué, cómo se relacionan, a través de qué, beneficios, ventajas o no, cuáles se desecharon y por qué?

Tercer cuadro, con el organigrama del funcionamiento de la clínica, y cada recurso o elemento se relaciona con su entorno, local, municipalidad, sistema de salud, organizaciones como un engranaje.

GUIAS:

1. Organizaciones con las que se tiene o ha tenido relaciones.
2. Organizaciones que brindan apoyo financiero o de algún tipo.
3. Personas o engranaje de la clínica con el quehacer municipal, departamental, central o extranjero.

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR:

- 1.Cuál es la relación?
2. Cuándo se estableció?
3. Por qué, de quién fue la iniciativa?
4. Cuanto duró la relación y si permanece?
5. Beneficios.
6. Desventajas.
7. Si se desistió de la relación por qué?
8. Cambios que la relación produce, o exige?

INSTRUMENTO 7

DIAGRAMA DE ORGANIZACIÓN, ACCIÓN INSTITUCIONAL, E INTERACCIONES

RELACIONES ESTRECHAS	RELACIONES LEJANAS.
----------------------	---------------------

DESCRIPCION _____

ORGANIGRAMA Y SUS RELACIONES.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 8 JUEGO SOCIOLÓGICO

Se estructura una baraja de naipes y se coloca durante cada año o período estudiado, los actores sociales con mayor participación en la clínica agrupados bajo sectores preestablecidos tales como familia, iglesia, escuela, usuarios, gobierno, etc. Con o orden de mayor a menor.

GUIAS:

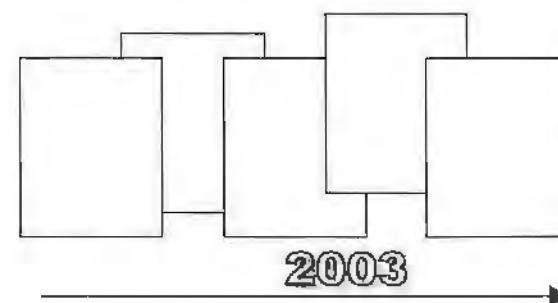
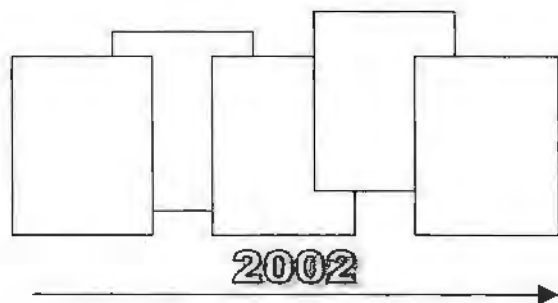
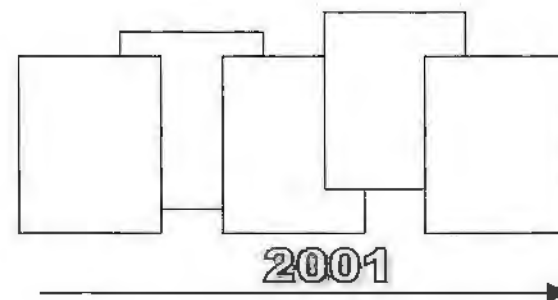
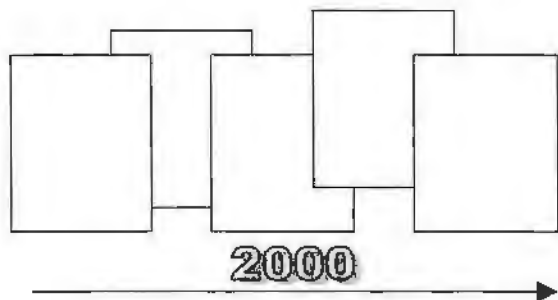
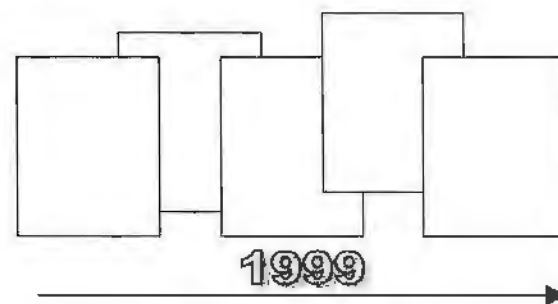
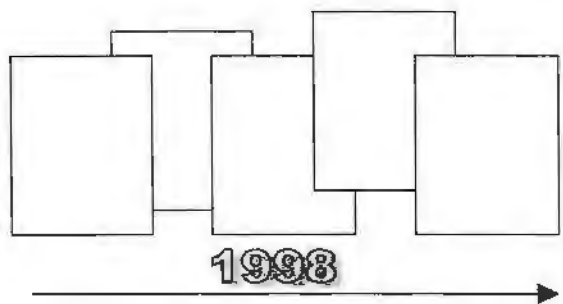
Agrupar actores claves.

1. Colocar por orden de participación por cada año.
2. Identificar algún hecho en particular que haya cambiado o modificado el curso del proyecto producto de la actitud, aptitud o aporte, o bien rechazo de un actor social.

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR.

1. Por qué es un actor social?
2. Cómo funciona dentro de la clínica?
3. Cuándo participa?
- 4.Cuál es su representante?
5. Qué aporte hace?
6. Beneficio.
7. Negativo.
8. Quién ha sido eliminado y por qué?

INSTRUMENTO 8 JUEGO SOCIOLÓGICO



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 9

CALENDARIZACIÓN DE ACTIVIDADES ANUALES

Se establecen las actividades mensuales, comunes de los años de laborar, y aquellas específicamente particulares.

GUIA.

1. Capacitaciones.
2. Charlas.
3. Reuniones.
4. Vacaciones.
5. Festividades.
6. Informes.
7. Consultas.

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR

1. Para qué se hacen?
2. Quién las financia?
3. Quiénes las coordinan y quiénes participan?
4. Beneficio.
5. Negativo.
6. Cuáles y por qué se dejaron de hacer, o cuáles y por qué se implementaron?

INSTRUMENTO 9 CALENDARIZACIÓN DE ACTIVIDADES ANUALES

PERÍODO	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUN.	JUL.	AGO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1998												
1999												
2000												
2001												
2002												
2003												

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 10 LINEA DE TIEMPO

Establecer durante el período de ejecución o durante cada año específicamente, cuál es aquel punto crucial del año.

GUIA:

1. Cambio de modelo de atención.
2. Construcción.
3. Destrucción.
4. Cierre.
5. Apertura de nuevos servicios.
6. Crisis económica.
7. Crisis de recursos. (DESPIDO, SUBSIDIO, O RENUNCIA)
8. Crisis con usuarios.

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR

1. Razones.
2. Beneficios.
3. Perjuicios.
4. Aprendizaje.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 11 ESTUDIO DE PROCESO

Se establece durante el período transcurrido de atención, cómo es el proceso de trabajo y consulta, que lleva a ser lo de hoy.

Ejm.: Se establece para 1998 que el paciente ingresa, se realiza, examen físico y consejería, se atiende tal y tal, se cumple tal requisito, se proporciona tal medicamento y se cita tal fecha.

Para 2003 el paciente ingresa directamente al servicio donde será atendido, y se interconsulta con las áreas restantes.

GUIA:

1. Modelo de atención.
2. Proceso de consulta, períodos normados para llevar a cabo (pesado, tallado, consejería)
3. Modificaciones.

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR.

1. Razones.
2. Aceptación.
3. Tiempo requerido.
4. Percepción de usuarios.
5. Modificación y por qué?

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Sistematización de la experiencia del Programa de Atención Integral a la Adolescencia
Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí

INSTRUMENTO 12

ESTUDIO DE LA UNIDAD INDIVIDUAL

Establecer el perfil de las personas que utilizan la clínica, usuarios.

GUÍA.

1. Edad.
2. Localidad.
3. Morbilidad.
4. No de citas.
5. Recursos que necesitan.
6. Ubicación.
7. Interacción con familias.
8. Visitas domiciliarias

PREGUNTAS PARA PROFUNDIZAR.

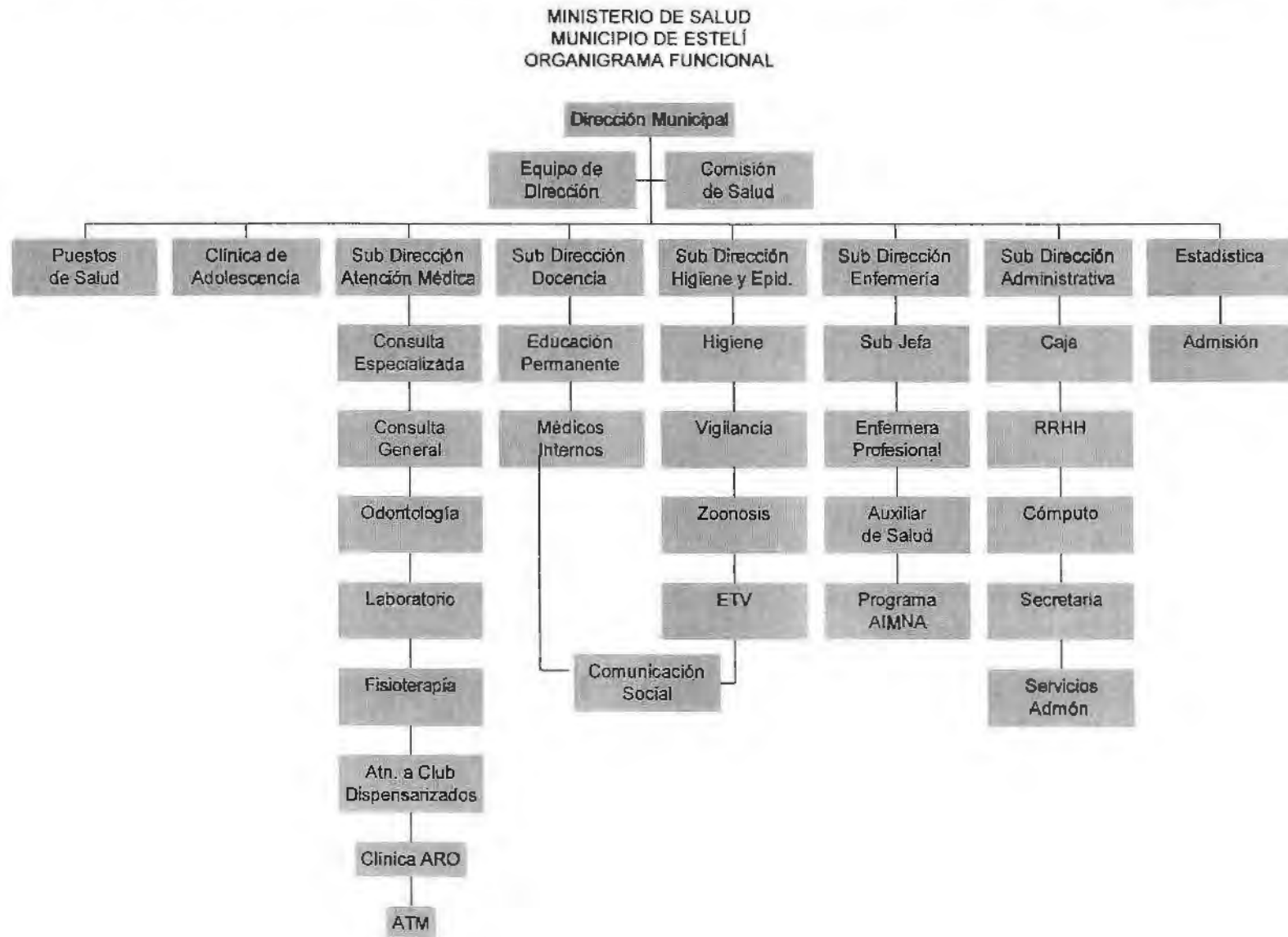
1. Por qué cree es así?
2. Quién realiza las visitas?
3. Qué familiar participa?
4. Existen los recursos que demandan?
5. O se adecua la demanda a las capacidades instaladas?

INSTRUMENTO 12 ESTUDIO DE LA UNIDAD INDIVIDUAL

1998	1999	2000	2001	2002	2003

ANEXO 4

Organigrama Funcional del Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí



ANEXO 5

Listado de documentos revisados para la sistematización de la experiencia de la Clínica de Atención Integral a la Adolescencia

- Bases Programáticas. Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
- Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Normas Técnico-Administrativas. I Nivel de Atención.
- Análisis de productividad de servicios de los años 2001, 2002.
- Consolidado de las Hojas de Consulta Ambulatoria 2001-I Semestre 2003.
- Inventario de mobiliario de la clínica.
- Informes narrativos de las fortalezas y debilidades anuales (2001-2002).

ANEXO 6

Lista de personas entrevistadas y participantes del taller metodológico

Nombre	Profesión	Ubicación
Dr. José Ángel Pino Corrales	Médico General	Director del Centro de Salud
Dra. Humbertina Pineda	Odontóloga	Sub-Directora de Atención Médica
Lic. Ramona Alfaro	Licenciada en Materno Infantil	Jefa de Enfermería
Dr. Aura Estela Garmendia	Médica General	Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, permanente
Dr. Félix Díaz	Médico General	Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, apoyo
Enf. Norma Lazo	Enfermera	Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, permanente
Aux. Felicia Arce	Auxiliar de Enfermería	Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, apoyo
Lic. Jacqueline Alfaro	Nutricionista y Licenciada en Derecho	Responsable del Programa de Atención Integral a la Adolescencia, SILAIS Estelí en el período de inicio de la Clínica hasta el año 2002.

ANEXO 7

Papelería de registro y monitoreo

Expediente Clínico (Cara externa)

CON APOYO DEL PROYECTO NIC/99/P01
"DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES,
UN ENFOQUE PARA TRES PAÍSES".
AMUNIC-FNUAP/UNFIP.

No. DE EXPEDIENTE:

CENTRO DE SALUD:

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRE:

FECHA DE ADMISION:



MINISTERIO
DE SALUD

CADA ADOLESCENTE RESPONDE A LAS DEMANDAS
Y OPORTUNIDADES DE LA VIDA DE UNA MANERA
UNICA Y PERSONAL

Lawrence, S. Neinstein



FNUAP

Tarjeta de Identificación (Cara externa)

CITAS		
Clínica	Fecha	Hora

Adolescente:
Este proyecto es para solucionar tus necesidades de información y atención en Salud Sexual y Reproductiva. Visítanos y pregunta con toda confianza. Estamos para servirte.


MINISTERIO DE SALUD

Auspiciado por el
Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)


FNUAP
Fondo de Población de las Naciones Unidas


MINISTERIO DE SALUD 
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Unidad: _____

Localidad: _____

Proyecto NIC/98/PO6
"Normas y Modelos en Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes"

TARJETA DE IDENTIFICACION

Expediente No. _____



Nombres

Apellidos

Presente esta tarjeta siempre que solicite cualquier servicio de la Unidad de Atención.

Con Apoyo del PROYECTO NIC/99/P01, "Derechos y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, un enfoque para tres países" - AMUNIC - FNUAP / UNFIP.

Historia Clínica de Atención Integral al Adolescente (Cara externa)

HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

Ministerio de Salud-Nicaragua. Con Apoyo del PROYECTO NIC-99/P-01 "Derechos y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: un enfoque para tres países" - AMUNIC - FEMAP / UNFPA

EDUCACION		NIVEL No escolarizado <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa _____	DESERCIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	EDUCACION NO FORMAL ¿Cuál? _____				
Observaciones												
TRABAJO		ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ra vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desempleado	EDAD INICIO TRABAJO años	TRABAJO horas por semana	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> I/O <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> autónoma <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no gusta <input type="checkbox"/>	TRABAJO LEGALIZADO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO			
Observaciones												
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	Modelo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Actividad Grupal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Depone <input type="checkbox"/>	Horas de semana	OTRAS ACTIVIDADES ¿Cuál? _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
Observaciones												
HABITOS		Alimentación adecuada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Comidas por día	Comidas por día con familia	Tabaco Cigarrillos por día	Edad inicio Tabaco años	Alcohol Equivalentes a la de cerveza por semana	Edad inicio Alcohol años	Otros toxicos no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Frecuencia y tipo	Conduce vehículo ¿Cuál? _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Observaciones												
GINECO-UROLÓGICO		FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Mes Año	No coincide No corresponde	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> r/c	DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> r/c	FLUJO PATOLÓGICO/ SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿Cuál? _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	embazo si <input type="checkbox"/>	tipo	abono	
Observaciones												
SEXUALIDAD		REL. SEXUALES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	FAREJA por una vez por semana	EDAD INICIO REL. SEX. años	PROBLEMAS EN REL. SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPTIVOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	CONDON siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/>	a veces <input type="checkbox"/> r/c <input type="checkbox"/>	a veces <input type="checkbox"/> r/c <input type="checkbox"/>	abuso sexual no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones												
SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	conforme <input type="checkbox"/> area preocupación	AUTO PERCEPCIÓN si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/>	otro familiar <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	PROYECTO DE VIDA claro <input type="checkbox"/> oscuro <input type="checkbox"/>				
Observaciones												
EXAMEN FÍSICO		PIESO (kg)	GENTIL / PESO / EDAD	Centil / Peso / Talla	PIEL Y FANERAS	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	ROCA Y DIENTES	QUELLO Y TROCLES		
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)	GENTIL/TALLA/EDAD		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		
TÓRAX Y MAMAS		CARDIO PULMONAR	PRESIÓN ARTERIAL	ABDOMEN	GENITO URINARIO	TANHER MAMAS	PELUS NORMAL	PARANCI NORMAL	COLPOSCOPÍA NORMAL	CERVIX NORMAL	COLUMNA	
EXTREMIDADES		NEUROLÓGICO	EMBARAZO ACTUAL	DIAS	MESES	AÑOS	CUZAS	ANTITETANICA Actual	GRUPO			
Hb		DIAS	MES									
HOSPITALIZACIÓN		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										
TRASLADO		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>										
LUGAR												
Fecha de la Consulta												
Temas de atención												
Pico PSI												
Temas de atención (con PSI)												
ACUSO												
P.D.P												
Lugar												
Observaciones												
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL												
INDICACIONES E INTERCONSULTAS												
Responsable												
FECHA PRÓXIMA VISTA												
DIA												
MES												
AÑO												

Hoja de Evolución (Cara externa)



MINISTERIO DE SALUD
PROYECTO NORMAS Y MODELOS EN SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA
ADOLESCENTES
MINSA/FNUAP



HOJA DE EVOLUCION

FECHA: ___/___/___

Nombre: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Ocupación actual: _____

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN FISICO

Signos Vitales: Fc: _____ Fr: _____ P/A: _____ Peso: _____

Cabeza: _____

Tórax: _____

Con Apoyo del PROYECTO NIC/98/P01, "Derechos y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, un enfoque para tres países" - AMUNIC - FNUAP / UNFIP.

Hoja de Evolución (Cara interna)

Abdomen: _____

Extremidades: _____

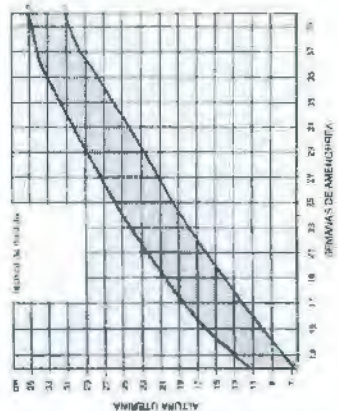
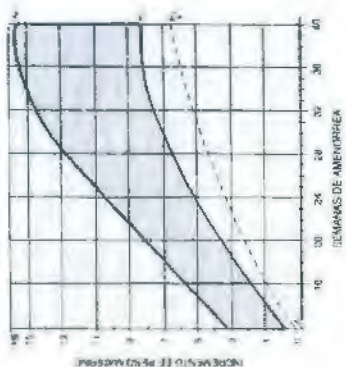
Neurológico: _____

Impresión diagnóstica: _____

Tratamiento

Cita: _____

FIRMA DEL MEDICO: _____



DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER NIÑA Y ADOLESCENCIA



PROTEJA SU EMBARAZO

Cumpla con sus controles y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo desde el embarazo.

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL

USTED DEBE RECIBIR ATENCIÓN INMEDIATA SI PRESENTA:

- SALIDAS DE SANGRE O LÍQUIDO POR SUS GENITALES.
- HINCHAZÓN (EDEMA) EN SUS TOBILLOS, LAS PIERNAS, LAS MANOS Y LA CARA.
- FIEBRE O ESCALOFRÍOS.
- DOLORS DE CABEZA CONTINUA, SI VE LLUCIAS O SI ENTE UN ZUMBIDO PERMANENTE.
- DISMINUCIÓN O FALTA DE MOVIMIENTOS DEL NIÑO.
- SI PRESENTA DOLORS DE VIENTRE O RABADILLA.

REPÚBLICA DE NICARAGUA
CARNE PERINATAL



NOMRES: _____
DOMICILIO: _____
UNIDAD DE SALUD: _____

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.



Con Apoyo del PROYECTO NIC/99/P01, "Derechos y Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, un enfoque para tres países" ANUDEG - FNUAP / UNFPA.

Carné Perinatal
(Cara externa)

Historia Clínica Perinatal Base (Cara externa)

LISTAS PARA LA CODIFICACION DE LA HCP

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
Los números entre paréntesis corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión (CIE-9). OPS/OMS, 1978.			
COD.		COD.	
01. Hipertensión esencial benigna cuando complica al EPP	(642.0)	01. Otros SDR	(747.0)
02. Hipertensión secund. a enf. renal, cuando complica al EPP	(642.1)	02. Circulación pulmonar fetal persistente	(747.3)
03. Otra hipertensión persistente cuando complica al EPP	(642.2)	03. Neumonía congénita	(770)
PRECLAMPSIA		04. Enfisema intersticial y neumotórax	(770.3)
04. Hipertensión transitoria del embarazo	(642.3)	05. Taquipnea transitoria	(770.6)
05. Preclampsia leve o no clasificada	(642.4)	06. Displasia broncopulmonar	(770)
06. Preclampsia grave	(642.5)	HEMORRAGIAS	
DIABETES		07. Enfermedad hemorrágica	(778.0)
07. Tolerancia anormal a la glucosa	(649.8)	HIPERBILIRUBINEMIA	
INFECCION URINARIA		08. Enfermedad hemolítica debida a sensibilización por factor Rh	(773.0)
08. Bacteriuria asintomática del embarazo	(645.5)	09. Enfermedad hemolítica debida a sensibilización ABO	(773.1)
OTRAS INFECCIONES		10. Hipercromocromía de la pruriginosidad	(774.2)
09. Sífilis	(647.0)	OTRAS HEMATOLOGICAS	
10. Gonorrea	(647.1)	11. Policitemia neonatal	(776.4)
11. Paludismo (malaria)	(647.4)	12. Anemia congénita	(776.5)
12. Herpes genital	(646.8)	13. Derrame transitorio hematológico	(resto de 776)
AMENAZA DE PARTO PREMATURO		INFECCIONES	
13. Incompetencia del cuello uterino	(645.5)	14. Diarrea	(009)
14. Obstrucción causada por rotación fetal	(660.0)	15. Meningitis	(320-322)
15. Obstrucción causada por la pelvis	(660.1)	16. Onfalitis	(771.1)
16. Desproporción por fetu	(653.5-653.7)	17. Conjuntivitis	(771.4)
HEMORRAGIA 1º. trimestre		18. Sepsis	(771.8)
17. Mola hidatiforme	(630)	19. Otras infecciones perinatales	(resto de 771)
18. Aborto (retardo espontáneo)	(632,634)	20. Enterocolitis necrosante	(772.3)
19. Embarazo ectópico	(633)	DEFECTOS CONGENITOS	
20. Aborto inducido	(630-636)	21. Espina bífida	(741)
21. Amenaza de aborto	(640.0)	22. Hidrocefalia congénita	(742.3)
HEMORRAGIA A 2º y 3º trimestre		23. Otros del sistema nervioso (microcefalia, meningitis)	(resto de 742)
22. Hemorragia debida a placenta previa	(641.1)	24. Arteria umbilical única	(747.5)
23. Desprendimiento prematuro de la placenta	(641.2)	25. Otras enfermedades del corazón y resto del aparato circulatorio	(745-747)
24. Hemorragia aneuplanto debida a defectos de la coagulación	(641.3)	26. Fisura del paladar y labio leporino	(749)
25. Rotura del útero	(685.0)	27. Aparato digestivo (absceso orofaríngeo, imperforación anal, etc)	(750-751)
26. Desgarro del cuello del útero	(685.3)	28. Otorruides/hipoplasia/otoplasia	(752.5-752.6)
ANEMIA CRONICA		29. Del aparato urinario	(753)
27. Anemia por deficiencia de hierro	(648.2)	30. Luxación congénita de cadera	(754.5)
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		31. Cromosómicas (trisomías)	(758)
28. Infección ovular	(659.4)	32. Defectos congénitos múltiples	(760.7)
INFECCION PUERPERAL		NEUROLOGICAS	
29. Sepsis	(670)	33. Hidrocefalia aguda	(331.1-331.4)
30. Infección de la mama y el pectus asociados al parto	(675)	34. Leucocefalia peritricuilar	(742.4)
HEMORRAGIA DEL PUERPERIO		35. Traumatismo obstétrico	(767)
31. Retención placentaria	(666.0; 666.2)	36. Hemorragia intra o peritricuilar	(779.0)
32. Aloplia	(666.1)	37. Convulsiones	(779.2)
33. Desgarro perineal de 1º y 2º grado	(664.0-664.1)	38. Desorden cerebral, coma y otros síndromes cerebrales encefálicos	(779.3)
34. Desgarro perineal de 3º y 4º grado	(664.2-664.3)	OTRAS	
OTRAS		39. S.I.D.A. / V.I.H. positivo	(279.0)
35. Placenta previa sin hemorragia	(641.0)	40. Fibroplasia retrolental	(382.2)
36. Hipertoniado	(643)	41. Horma inguinal	(850.8)
37. Enfermedad renal sin mención de hipertensión	(646.2)	42. Fallo renal agudo	(864.8)
38. Dependencia de drogas	(648.3)	43. Síndrome de RRT de diabético	(775.0)
39. Sufriamiento fetal	(656.3)	44. Hipocalcemia/hipomagnesemia	(775.4)
40. Hidrónfrosis	(657)	45. Hipoglicemia	(775.5)
41. Oligohidramnios	(658.0)	46. Derrame transitorio peritoneal del aparato digestivo	(resto de 777)
42. Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical	(663)	47. Problemas de alimentación	(779.3)
43. Complicaciones por la administración de anestésicos u otros sedantes durante el trabajo de parto	(673)	48. Hipotensión/chock	(779.8)
44. Embolia pulmonar obstétrica	(673)	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION	
45. Deficiencia de cultiva de cañales auditivos	(674.1)	COD.	COD.
46. Deficiencia de sutura perineal actual	(674.2)	01. Cesárea anterior	14. Situación transvrsa
47. S.I.D.A. / V.I.H. positivo	(779.5)	02. Sufriamiento fetal agudo	15. Rotura prematura de membranas
48. Cáncer de cérvix	(160)	03. Desproporción íleo-pélvica	16. Sospecha o certeza de infección ovular
49. Cáncer de mama	(174)	04. Alteración de la contractilidad	17. Placenta previa
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		05. Parto prolongado	18. Desprendimiento de placenta antes inanes
01. Cesárea anterior	14. Situación transvrsa	06. Proceso de inducción	19. Rotura uterina
02. Sufriamiento fetal agudo	15. Rotura prematura de membranas	07. Desorden de inicio de la presentación	20. Torsión (EPHgestosis)
03. Desproporción íleo-pélvica	16. Sospecha o certeza de infección ovular	08. Embarazo gemelar	21. Herpes genital
04. Alteración de la contractilidad	17. Placenta previa	09. Retardo del crecimiento intrauterino	22. Condilomatosis genital
05. Parto prolongado	18. Desprendimiento de placenta antes inanes	10. Prátermo	23. Otra enfermedad materna
06. Proceso de inducción	19. Rotura uterina	11. Posttérmo	24. Modismo
07. Desorden de inicio de la presentación	20. Torsión (EPHgestosis)	12. Presentación podálica	25. Apogamiento materno
08. Embarazo gemelar	21. Herpes genital	13. Varietades postleónicas	26. Otra
09. Retardo del crecimiento intrauterino	22. Condilomatosis genital	MEDICACION EN PARTO	
10. Prátermo	23. Otra enfermedad materna	COD.	COD.
11. Posttérmo	24. Modismo	01. Localina y similares	15. Beta miméticos
12. Presentación podálica	25. Apogamiento materno	02. Aminas simpaticomiméticas (efedrina)	16. Antiprostaglandinas
13. Varietades postleónicas	26. Otra	03. Inhalatorios (panteno-fluorano-oxitruco)	17. Antagonistas del calcio
MEDICACION EN PARTO		04. Berbérricos	18. Sulfato de magnesio
01. Localina y similares	15. Beta miméticos	05. Bioquímicos musculares	19. Hidrocloruro
02. Aminas simpaticomiméticas (efedrina)	16. Antiprostaglandinas	06. Disociados	20. Beta bloqueantes
03. Inhalatorios (panteno-fluorano-oxitruco)	17. Antagonistas del calcio	07. Meprobidina	21. Otros antispasmodicos
04. Berbérricos	18. Sulfato de magnesio	08. Antiespasmódicos	22. Sangra y/o hemoderivados
05. Bioquímicos musculares	19. Hidrocloruro	09. Colicina	23. Heparina
06. Disociados	20. Beta bloqueantes	10. Prostaglandinas	24. Corticoideas
07. Meprobidina	21. Otros antispasmodicos	11. Betaalcalicos (pentolinas-cetaboparinas)	25. Cardiotónicos
08. Antiespasmódicos	22. Sangra y/o hemoderivados	12. Aminoglicosidos (gentamicina-erythromicina)	26. Daurilona
09. Colicina	23. Heparina	13. Eritromicina	27. Amrinónina
10. Prostaglandinas	24. Corticoideas	14. Metronidazol	28. Insulina
11. Betaalcalicos (pentolinas-cetaboparinas)	25. Cardiotónicos		
12. Aminoglicosidos (gentamicina-erythromicina)	26. Daurilona		
13. Eritromicina	27. Amrinónina		
14. Metronidazol	28. Insulina		
	29. Difenhidramina		

Registro Diario de Atenciones Ambulatorias en Adolescencia

Análisis de Productividad de Servicios en Atención Integral a la Adolescencia

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER, NIÑOS...

ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DE SERVICIOS, ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

Nota importante: Sólo debe llenar los espacios que están en blanco, no así los sombreados, los totales aparecerán instantáneamente.

Mes/Trimestre:	I trimestre 2002				
SILAIS:	Estelí				
Municipio:	Estelí				
Unidad de Salud:	Clinica de adolescencia Estelí			Población adolescente 10-19 años del municipio:	
Persona que llena este formulario:	Enf. Norma Lazo			Población adolescente 10-19 femenina del municipio:	
Cargo:	Enfermera a cargo			Población adolescente 10-19 masculina del municipio:	

EDAD Y SEXO

Edad	Masculino	Femenino	TOTAL
10-14 años	29	118	147
15-19 años	52	624	676
TOTAL	81	742	823

COBERTURA DE SERVICIOS

Cobertura de servicios en la población femenina:	# DIV/0!
Cobertura de servicios en la población masculina:	# DIV/0!
Cobertura de servicios en la población adolescente total:	# DIV/0!

EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL

Estado civil	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Solter@	101	29	130	171	41	212	272	70	342
Casad@	1	0	1	97	6	103	98	6	104
Acompañad@	16	0	16	356	5	361	372	5	377
TOTAL	118	29	147	624	52	676	742	81	823

ESCOLARIDAD

Escolaridad	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Analfabeta	4	0	4	18	1	19	22	1	23
Lee y escribe	4	0	4	26	1	27	30	1	31
Primaria	86	22	108	303	17	320	389	39	428
Secundaria	24	7	31	236	27	263	260	34	294
Universitaria	0	0	0	41	6	47	41	6	47
TOTAL	118	29	147	624	52	676	742	81	823

ESTUDIA

Edad	Femenino		Masculino		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10-14 años	95	23	22	7	117	30
15-19 años	177	447	26	26	203	473
TOTAL	272	470	48	33	320	503

HIJOS/AS

# Hij@s	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
0	114	29	143	321	48	369	435	77	512
1	4	0	4	255	4	259	259	4	263
2	0	0	0	40	0	40	40	0	40
3	0	0	0	8	0	8	8	0	8
4 ó más	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	118	29	147	624	52	676	742	81	823

ASISTENCIA (TIPO DE ATENCIÓN)

Tipo	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
1ra. Vez	96	26	122	288	36	324	384	62	446
Subsecuente	22	3	25	336	16	352	358	19	377
TOTAL	118	29	147	624	52	676	742	81	823

REFERENCIA (RECIBIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD)

Nivel de referencia	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Nivel Comunitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1er. Nivel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2do. Nivel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ONG	2	3	5	6	3	9	8	6	14
Otros	1	2	3	4	2	6	5	4	9
TOTAL	1	2	3	4	2	6	5	4	9

REFERENCIA (REFERIDOS POR LA UNIDAD DE SALUD HACIA OTRO NIVEL O INSTITUCIÓN)

Nivel de contrarreferenc.	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Nivel Comunitario	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1er. Nivel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2do. Nivel	0	0	0	21	1	22	21	1	22
ONG	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	21	1	22	21	1	22

ESTADO NUTRICIONAL

Estado Nutricional	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Normal	114	29	143	601	52	653	715	81	796
Bajo Peso	4	0	4	14	0	14	18	0	18
Sobrepeso	0	0	0	9	0	9	9	0	9
TOTAL	118	29	147	624	52	676	742	81	823

INMUNIZACIÓN

Edad	Femenino		Masculino		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10-14 años	27	91	9	20	36	111
15-19 años	126	498	9	43	135	541
TOTAL	153	589	18	63	171	652

ATENCIÓN PRE-NATAL

Edad	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		TOTAL		TOTAL	Clasificación	
	1ra. Vez	Subsecuente	1ra. Vez	Subsecuente	1ra. Vez	Subsecuente	1ra. Vez	Subsecuente		Normal	ARO
10-14 años	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
15-19 años	33	3	7	44	1	73	41	120	161	31	130
TOTAL	34	3	7	44	1	73	42	120	162	31	131

CONCENTRACIÓN APN	
COBERTURA I TRIMESTRE	

CONTROL PUERPERAL

Edad	Normal	Complicado	TOTAL
10-14 años	0	0	0
15-19 años	31	0	31
TOTAL	31	0	31

DETECCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS

Edad	Detección por Laboratorio			Detección Clínica			Control			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
10-14 años	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	0	2
15-19 años	1	2	3	9	2	11	2	1	3	12	5	17
TOTAL	2	2	4	9	2	11	3	1	4	14	5	19

CONTROL DE LA FECUNDIDAD

Tipo de MAC		Atención	10-14 años			15-19 años			TOTAL			
			Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	
Orales	Minipildora	1ra. Vez	1	0	1	7		7	8		8	
		Subsecuente	0	0	0	12		12			12	
	Neogynón	1ra. Vez	0	0	0	4		4	4		4	
		Subsecuente	0	0	0	18		18	18		18	
	Lofemenal	1ra. Vez	3	0	3	19		19	22		22	
		Subsecuente	3	0	3	46		46	49		49	
TOTAL			7	0	7	106		106	113		113	
Inyectables	Mesigyna	1ra. Vez	0	0	0	3		3	3		3	
		Subsecuente	2	0	2	69		69	71		71	
	Depoprovera	1ra. Vez	1	0	1	9		9	10		10	
		Subsecuente	0	0	0	14		14	14		14	
	TOTAL			3	0	3	95		95	98		98
	DIU	Inserción	1ra. Vez			0	3		3	3		3
Subsecuente					0	0		0	0		0	
Control/Retiro		1ra. Vez			0	4		4	4		4	
		Subsecuente			0	14		14	14		14	
TOTAL				0	21		21	21		21		
Otros		Preservativo	1ra. Vez			0	3		3	3	0	3
	Subsecuente				0	3		3	3	0	3	
	Ref. Esterilización	1ra. Vez			0			0	0	0	0	
		Subsecuente			0			0	0	0	0	
	Otros	1ra. Vez			0			0	0	0	0	
		Subsecuente			0			0	0	0	0	
TOTAL			0	0	0	6	0	6	6	0	6	
SUB-TOTAL		1ra. Vez	5	0	5	52	0	52	57	0	57	
		Subsecuente	5	0	5	176	0	176	181	0	181	
TOTAL			10	0	10	228	0	228	238	0	238	

DETECCIÓN DEL CaCu

Edad	Citología		TOTAL
	1ra. Vez	Control	
10-14 años	0	0	0
15-19 años	27	1	28
TOTAL	27	1	28

PORCENTAJE DE USUARIAS/OS QUE UTILIZAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico	10-14 años			15-19 años			TOTAL		
	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Vulvovaginitis	1		1	6		6	7	0	7
Condilomatosis			0	6	1	7	6	1	7
Gonorrea	1	1	2	4	1	5	5	2	7
Otras ITS			0	6		6	6	0	6
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
			0			0	0	0	0
TOTAL	2	1	3	22	2	24	24	3	27

CONSEJERÍA

Tipo de Consejería		10-14 años			15-19 años			TOTAL		
		Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Reac. De ajuste	1ra. Vez			0			0	0	0	0
	Subsec.			0			0	0	0	0
Viol. - Maltrato	1ra. Vez	8		8	62		62	70	0	70
	Subsec.			0			0	0	0	0
Int. De Suicidio	1ra. Vez			0	1		1	1	0	1
	Subsec.			0			0	0	0	0
Abuso/Violación	1ra. Vez	2		2	1		1	3	0	3
	Subsec.			0			0	0	0	0
Salud Sexual	1ra. Vez		4	4	2		2	2	4	6
	Subsec.	3		3			0	3	0	3
Salud Reprod.	1ra. Vez	6	4	10	17		17	23	4	27
	Subsec.	19		19	2		2	21	0	21
SUB-TOTAL	1ra. Vez	16	8	24	83	0	83	99	8	107
	Subsec.	22	0	22	2	0	2	24	0	24
TOTAL		38	8	46	85	0	85	123	8	131

CONSULTAS

Consultas		10-14 años			15-19 años			TOTAL		
		Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total	Femenino	Masculino	Total
Morbilidad	1ra. Vez	90	22	112	133	32	165	223	54	277
	Subsec.	28	4	32	28	2	30	56	6	62
Odontología	1ra. Vez	11	2	13	16		16	27	2	29
	Subsec.			0			0	0	0	0
Ginecología	1ra. Vez	3		3	7		7	10	0	10
	Subsec.			0			0	0	0	0
Psicología	1ra. Vez	3		3	6	1	7	9	1	10
	Subsec.			0	15		15	15	0	15
SUB-TOTAL	1ra. Vez	107	24	131	162	33	195	269	57	326
	Subsec.	28	4	32	43	2	45	71	6	77
TOTAL		135	28	163	205	35	240	340	63	403

ATENCIÓN GRUPAL

Atención Grupal	1ra. Vez	Subsecuente	# Grupos	# Participantes
Grupos educativos y/o de crecimiento		5	5	170
Consejería a grupos de embarazadas				
Consejería a grupos de puérperas				
TOTAL		5	5	170

VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS

Grupo Edad	Inasistente	Pap Alterado	Prob. Psicol.	TOTAL
10-14 años	3		1	4
15-19 años	16			16
TOTAL	19	0	1	20

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	No.	Con quién, a quiénes	Objetivos
Reuniones administrativas			
Entrevistas brindadas			
Interconsultas realizadas			
Temas docentes impartidos			
Docencia recibida			
Preparación de material docente			
Charlas en sala de espera			
Atención y asesoría a estudiantes			
Capacitación en servicio			

ANÁLISIS NARRATIVO DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO (De forma resumida haga un análisis de las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que han intervenido en la atención de los y las adolescentes).

FODA: Fortalezas: Personal calificado y capacitado/atención diferenciada/brindando todos los servicios/infraestructura adecuada con cubículos y auditorio acondicionado para brindar servicios/apoyo incondicional de dirección del centro/buena comunicación entre MINSA, Clínica, ONG'S, CDA, instituciones del estado y sociedad civil que trabajan con adolescentes/Personal: Un médico, Enfermera, psicóloga. Oportunidades: Conocimiento de la población de la existencia de la clínica, por lo que se va aumentando la demanda en los diferentes servicios/Accesibilidad de algunos centros de estudios para brindar charlas sobre SSR/Capacitación del club de adolescentes de la clínica como promotores en SSR de la CDA los que multiplicaran en las escuelas./Convenio MINSA-UNN en Psicología para realizar prácticas, atención y trabajo con adolescentes. Debilidades: Debido a las características y las demandas de los servicios se hace necesario mayor personal de salud (enfermera, trabajador (a) social)/Por la falta de recursos de la clínica y por la función administrativa que también se lleva (reuniones, seminarios, talleres,etc) hay días en que la atención queda descubierta. Amenazas: Doble función del recurso asistencial y administrativo y no hay suficiente recursos./Fa

Compromisos: Continuar con el trabajo fortaleciendo y consolidando en la atención integral a l@s adolescentes/De acuerdo al apoyo que se nos brinde, tanto económica y material para el trabajo con adolescentes, así mejoraremos la atención, formación de estos. Perspectivas: Continuar con el trabajo de promoción, atención, educación a los diferentes sectores/Cubrir el mayor número posible en la captación y atención a l@s adolescentes en todos los programas.

ANEXO 8

Fotos



Vista frontal de la Clínica en el Centro de Salud



Personal de Salud y usuarias en la sala de espera



Usuarios de la Clínica



Usuaría en sala de espera



Usuarios de la Clínica



**Adolescentes miembros del Club y usuarios,
participantes del Grupo Focal**

ANEXO 9

Inventario de equipos y mobiliarios

Cantidad	Descripción	Donado por
10	Espéculos pequeños	UNFPA
10	Espéculos grandes	UNFPA
1	Estetoscopio	UNFPA
1	Tensiómetro	UNFPA
1	Balanza con tallímetro	UNFPA
1	Lámpara cuello de cisne	UNFPA
1	Camilla ginecológica	UNFPA
1	Cazo cuadrado	UNFPA
2	Pinza porta algodón	UNFPA
2	Porta algodón	UNFPA
10	Sábanas lisas	UNFPA
1	Vitrina	UNFPA
2	Mesas plásticas	UNFPA
8	Sillas plásticas	UNFPA
56	Sillas de metal	PROSILAIS
3	Mesa con formica	PROSILAIS
1	Juguetera de 3 depósitos	UNFPA
1	Escritorio de 3 gavetas	PROSILAIS
2	Mesa de noche	PROSILAIS
1	Silla rotatoria	PROSILAIS
1	Mesa para televisor	CARE
1	Televisor 29"	CARE
1	VHS	CARE
1	Estante de metal 3 depósitos	PROSILAIS
1	Archivadora de mesa	CARE

ANEXO 10

CD Interactivo

Nombre:

Clínica de Atención Integral a la Adolescencia, Centro de Salud Leonel Rugama, Estelí.

Estructura:

- o Condiciones locales de creación del Programa de Atención Integral a la Adolescencia.
- o Estrategias de implantación y de trabajo desarrolladas. (Incluye video).
- o Mecanismos de ejecución y monitoreo realizados.
- o Experiencias de participación social establecida. (Incluye video).
- o Lecciones aprendidas. (Incluye video)