

**Ministerio de Salud Publica**

**DIRECCION NACIONAL DE ATENCION MATERNO INFANTIL  
Y PLANIFICACION FAMILIAR**

**PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA  
SALUD DE ADOLESCENTES**

**Cuba, agosto de 2000**

## **Autores:**

Dra. Francisca Cruz Sánchez, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Asistente de Pediatría del ISCMH. Presidenta de la Com. Nac. Atención Integral a la Salud de Adolescentes.

Dra. Norma Martínez Vázquez, Especialista de Primer Grado en Epidemiología, Profesora Asistente ISCMH, Dirección Nacional Materno Infantil.

Dra. Susana Pineda Pérez, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Auxiliar ISCMH, Dirección Nacional Materno Infantil.

Dra. Miriam Aliño Santiago, Especialista de Segundo Grado en Pediatría, Profesora Asistente ISCMH, Directora Nacional Materno Infantil.

Lic. Mariela Castro Espín, Psicopedagoga, Directora Centro Nacional de Educación Sexual.

Dra. Caridad O'Farrill Montero, Especialista de Primer Grado Salud Escolar. Coordinadora Nacional Salud Escolar. MINSAP.

Dr. Jorge Peláez Mendoza. Prof. Auxiliar Ginecología y Obstetricia. Presidente de la Sesión Ginecología Infanto-Juvenil Sociedad Cubana Ginecología y Obstetricia.

Dr. René Álvarez Puentes. Esp. Primer Grado Psiquiatra Infantil. J'Serv.Médicos Dirección Nacional de Menores. Miembro del Grupo Nac. de Psiquiatría Infantil.

Dra. Susana Terry González, Especialista de Primer Grado en Epidemiología. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. MINSAP.

Msc.Dra. Miriam Gran. Especialista de Segundo Grado en Bioestadística. Prof. Auxiliar de Bioestadística y Computación del ISCM-H Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP

Dra. Maritza Sosa Rosales, Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Administración de Salud. Prof. Asistente Esc. Nac. de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP.

## **Colaboradores:**

Dr. Rodolfo Álvarez Villanueva. Especialista de Primer Grado MGI. Instructor ISCM-H. Dir.Nac. Atención Ambulatoria.

Msc.Dra. Maria Esther Álvarez Lauzerique. Especialista Segundo Grado Bioestadística. Profesora Asistente ISCM-H. DNE. MINSAP.

Lic. Marina Ariz Pupo. Lic. en Psicología. Presidenta Com. Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Prov. VillaClara

Dr. Juan Aguilar Valdés. Especialista de Segundo Grado Higiene Escolar y de Primer Grado de Pediatra. Investigador Auxiliar. J'Dpto Salud Esc. INHEM

Dr. Antonio Bandera Rossel. Esp. Segundo Grado Psiquiatría Infantil. Prof. Asistente. Clínica del Adolescente.C. Habana.

Lic. Cirelda Carvajal. Psicopedagoga. Departamento de Salud Escolar. M. de Educación.

Dra. Bertha L. Castro Pacheco. Esp. Segundo Grado Pediatría. Prof. Asistente. J' Comisión Nacional Terapia Intensiva Pediátrica.

Dra. Milsa Cobas Selva. Prof. Aux. de Pediatría. Centro Nac. Prom. y Educ. Para la Salud

Dr. Ramón Consuegra Nuñez. Prof. Titular Pediatría Hosp. Ped. William Soler. C. Hab.

Dra. Alba Cortés Alfaro. Esp. en Higiene Escolar. Inv. Auxiliar Dpto. Salud Escolar. INHEM

Lic. Bernardo Fernández Hernández. Psicólogo. Presid. Com. Prov. Salud Adolesc. P. del Río

Dra. María de los A. Garcés Bertot. Esp. Gineco-Obst. Centro. Nac. Prom. y Ed. para la Salud.

Dra. en C. Elsa Gutiérrez Baró. Prof. Titular Psiquiatría Infantil. Directora Clínica del Adolescente.

Lic. Natividad Guerrero Borrego. Centro de Estudios de la UJC.

Dra. Ana Guisandes Zayas. Instructora de Pediatría. Presidenta Com. Provincial Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Santiago de Cuba

Dra. Tania González Pérez. Esp. en Gastroenterología. Directora Hosp. C-Q Salvador Allende. Ciudad Habana.

Dr. Armando Guerra Vilanova. Prof. Titular Med. Interna. Director Hosp C-Q Calixto García

Lic. Juana Ma. Jiménez Hernández. Lic. en Biología. Investigadora Auxiliar. Departamento Crecimiento y Desarrollo ISCM-H

Dra. Silvia León Reyes. Profesora Asist. De Pediatría. Subdirectora de Servicios Ambulatorios Hosp. Ped. Juan Manuel Márquez. C. Habana.

Dr. Cristóbal Martínez Gómez. Prof. Titular Hospital Pedro Borrás. J' Grupo Nacional Psiquiatría Infantil.

Dr. Hemenegildo Menéndez. Prof. Titular de Pediatría. Clínica Central Cira García. C. Hab.

Dra. Mirna Ortega Blanco. Prof. Asistente de Gineco-Obstetricia. Pol. Plaza de la Revolución. C. Habana.

Lic. en Enfermería Elba Padrón Vera. Prof. Asist. ISCM-H. Dir. Nac. Enfermería. MINSAP

Dra. Surelys. Reina Gell. Presid. Comisión Atención Integral Salud Adolesc. Municipio Esp. Isla de la Juventud.

Dra. Ovidia Rodríguez Méndez. Profesora Auxiliar de Psiquiatría Infantil. Hosp. Pedro Borrás. Secretaria del Grupo Nac. Psiqu. Infantil.

Dr. Orlando Rodríguez Pons. Gineco-Obst. Director Hosp. Materno Inf. 10 de Octubre.

Dra. María Rosa Sala Adams. Estomatóloga. Centro Nac. Promoción y Educación Para la Salud.

Lic. María Antonia Torres Cueto. Pedagoga. J' Dpto de Salud Escolar. Ministerio de Educación.

Dr. Elías Valdés Llanes. Especialista de 1er. Grado en Administración de Salud. Director Nac. Hospitales MINSAP.

Dr. Andrés Zambrano Cárdenas. Especialista de 1er. Grado en Epidemiología. Dirección Nacional de Epidemiología. MINAP

## INDICE

i) Introducción	5
II) Objetivos	8
• General	
• Específicos	
III) Limites	9
• De espacio	
• De tiempo	
IV) Organización y funciones	9
• Nivel nacional	
• Nivel provincial	
• Nivel municipal	
• Unidades	
V) Actividades	11
• Organizativas	
• Información, Educación, Comunicación	
• Preventivas y Asistenciales	
• Docentes y de Investigación	
VI) Vigilancia	15
VII) Evaluación	16
VIII) Anexos	18
• Anexo 1 Composición Comisiones	
• Anexo 2 Extensión de atención pediátrica	
• Anexo 3 Pasos para Servicios Amigo de Adolescentes	
IX) Bibliografía	21

## I) INTRODUCCION

La Adolescencia es una etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, definiéndose por la Organización Mundial de la Salud como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años y joven entre los 15 y 24 años.

En 1981 los adolescentes constituían en Cuba el 23,9% de la población, valor que ha sufrido una reducción importante, dada la dinámica demográfica del país, conformando 13,7% del total en la actualidad. Algo más del 70% reside en zonas urbanas, sin diferencias importantes entre sexo.

La mayoría de los adolescentes cubanos está escolarizada, situación que difiere notablemente de la que se presentan en otros países de la región; está regulada por decreto la obligatoriedad de obtener el noveno grado y la asistencia a la escuela con ese fin.

Según investigaciones realizadas en el país y criterios de expertos, la realización del primer coito se sitúa por debajo de los 18 años.

En el 23% de los matrimonios y el 34% de los divorcios está presente un/una adolescente. Estas cifras se consideran altas, observándose una tendencia a reducirse su participación en el total de matrimonios y a elevarse en el total de los divorcios.

La tasa de fecundidad en las adolescentes cubanas ha mostrado un descenso sostenido que comenzó en la segunda de la década de los años 80. En 1985 la tasa era 92,9 y en 1999 fue de 53,9 x 1000 mujeres de 15-19 años. La proporción de partos en las adolescentes se reducen en algo más de 1% anual entre 1985 y 1999.

De igual forma, las tasas de aborto en este grupo disminuyen en 35% entre 1985 y 1999; a pesar de ello, se considera necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en la adolescencia.

El análisis de la morbilidad de la población adolescente se dificulta, ya que el sistema estadístico está diseñado para procesar y ofrecer la información dividida en los grupos de 10-14 años y 15-24 años, aunque en la actualidad está programado el mantenimiento del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, lo que permitirá acceder a los datos del grupo de 15-19 años para estas causas, a partir del año 2001.

Las primeras causas de consulta médica para el grupo de 10-19 años son los episodios por Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, al igual que para el resto de la población, sin repercusión en la mortalidad.

Las hepatitis por virus A en los grupos de 10-14 y 15-24 años alcanzan tasas superiores a la media poblacional y son más altas en el primero. En la hepatitis por virus B se observa una tendencia descendente para ambos grupos; los valores en el grupo de 15-24 años figuran entre los más altos de la población y en el de 10-14 años entre los más bajos.

El grupo de 15-24 años exhibe las tasas más elevadas de Sífilis y Blenorragia en la población cubana. Las cifras en los adolescentes de 10-14 años, aunque muy bajas, evidencian que al menos una parte de éstos ha iniciado las relaciones sexuales y lo hace sin el conocimiento y protección adecuadas. Se observa una disminución de las tasas en la blenorragia durante el último quinquenio para el grupo de 10-14 años.

A diferencia de otros países en el mundo y en la región, el número de casos notificados por SIDA en el grupo de 10-14 años es muy bajo y en el grupo de 15-24 años no se registra el incremento geométrico observado en otros lugares, aunque debe señalarse que en el último quinquenio se alcanzan las tasas más altas desde que se notificó el primer caso en el país.

Los accidentes constituyen una causa frecuente de morbilidad sobre la cual no existen datos nacionales actualizados.

El intento suicida presenta valores superiores en las adolescentes con respecto a los varones, lo que también se observa en los demás grupos poblacionales. En estas edades se reportan más intentos por fallecido que entre los adultos, comportamiento similar al que se registra en las estadísticas internacionales.

La tasa de mortalidad para los adolescentes en Cuba en 1998 fue de 47,7 x 100000 hab y en 1999 de 48,7. El número de defunciones anuales para este grupo poblacional es poco menos del uno porciento del total de defunciones que ocurren en el país.

Desglosada la mortalidad en los subgrupos de 10-14 y 15-19 años se aprecia que las tasas se incrementan con la edad y que en ambos casos son más altas en los varones. El mayor riesgo de morir se ubica en el grupo de varones de 15-19 años.

Casi la mitad de la mortalidad de los adolescente cubanos se debe a causas externas. En la estructura de esta mortalidad por subgrupos de causas, los accidentes se ubican como la principal, el suicidio y las lesiones autoinflingidas en segundo lugar y el homicidio en tercero, pero los dos últimos con valores muy distantes del primero.

Perfil similar de la mortalidad proporcional se observa en los siguientes países de la región: Belice, Costa Rica, Canadá, Estados Unidos, Suriname, Trinidad y Tobago, Argentina y Uruguay para el grupo de 10-24 años.

Los accidentes son la primera causa de mortalidad, con una tasa de  $17,2 \times 10^5$  hab. de 10-19 años en 1999, observándose una tendencia descendente en los últimos años. Esta causa conforma más de la tercera parte del total de defunciones en este grupo poblacional, afectando fundamentalmente a los varones, con casi 3 defunciones de este sexo por cada fallecida del sexo femenino, lo que puede atribuirse a la práctica de conductas más riesgosas por éstos, las cuales se asumen como propias del sexo masculino, según los patrones de los propios adultos inclusive.

Los accidentes del transporte son los que más contribuyen a la mortalidad por esta causa, seguidos por el ahogamiento y la sumersión.

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte para el grupo de 10-19 años, al igual que para la población en general. Esta tasa de mortalidad ha mostrado en los últimos tres años oscilaciones entre  $4,9$  y  $6,7 \times 10^5$  hab.

La tercera causa de muerte es el suicidio, con tasa de 5,2 x 100000 hab. en 1999 y ligero predominio del sexo femenino. Para los adolescentes de 15-19 años se ubica en segundo lugar, mientras que ocupa el quinto en el grupo de 10-14 años. La mortalidad por suicidio en la población adolescente se reduce en los últimos diez años.

Todavía en este grupo las anomalías congénitas tienen una expresión en la mortalidad, constituyendo la cuarta causa de muerte y con una tendencia ligeramente descendente en la última década.

La quinta causa son las enfermedades del corazón para el grupo de adolescentes en su totalidad, con una tasa de 1,8 x 100000 habitantes; encontrándose las cardiomiopatías como las entidades más frecuentes y las lesiones valvulares por Enfermedad Reumática en segundo lugar.

El problema principal para este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que le ocasionan morbilidad crítica, discapacidades y defunciones inmediatas o, como en el caso del tabaquismo y el alcoholismo, conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana en los adultos.

La información disponible sobre prácticas, comportamientos y conductas de riesgo de la población adolescente proviene de estudios parciales y limitados a objetivos específicos de las instituciones que los realizan, lo que no permite tener una visión integral de la problemática. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 1995 aporta información muy importante, pero sólo contempla a la población a partir de los 15 años.

Desde el punto de vista de la salud integral, la adolescencia es crucial. Sin embargo, a nivel mundial, la mortalidad baja de los adolescentes comparada con otros grupos poblacionales, genera una percepción generalizada de que en esta etapa de la vida no se presentan enfermedades y que por tanto, no es necesario dedicarle una atención especial a su salud.

Otros factores contribuyen también a que los adolescentes estén alejados de los servicios de salud, entre los cuales pueden señalarse:

Características de los adolescentes:

⇒ Percepción de riesgo muy baja

⇒ Necesidad de reafirmación de la personalidad con búsqueda de independencia

Actuación de padres y familiares:

⇒ Concesión de mayor independencia para la toma de decisiones en general y en salud en particular, más marcada en la adolescencia tardía

Es reconocido que para ofrecer servicios de buena calidad y que sean relevantes para este grupo poblacional, se necesita, en la mayoría de los casos, ejecutar una serie de acciones en diversos frentes: políticas, organización de los servicios y capacitación para los trabajadores de la salud y para los/las adolescentes.

Dada la situación en el mundo de hoy, las dificultades para acceder a los servicios de salud y educación, la pobreza presidiendo millones de hogares, el consumo de drogas como elemento cotidiano y la falta de oportunidades para su futuro con las que arriba y transita por la adolescencia una parte mayoritaria de la humanidad, puede considerarse que los/las adolescentes cubanos son privilegiados.

En las políticas de nuestro Estado siempre se ha priorizado este grupo poblacional, y a su desarrollo y cuidado se han destinado recursos cuantiosos; varios organismos y organizaciones de masas del país contemplan entre sus objetivos de trabajo la atención a adolescentes.

En el Sistema Nacional de Salud, su atención aparece reflejada en diferentes Programas, entre ellos, los de Atención Materno Infantil y Atención Integral a la Familia y, conjuntamente con el Ministerio de Educación, en el Programa de Atención Integral Médico-Pedagógica a Educandos y Maestros del Sistema Educativo.

Sin embargo, hay elementos organizativos en nuestro Sistema de Salud que no favorecen la atención integral a los/las adolescentes y que son:

- ❖ División de la atención en Hospitales Pediátricos y Clínico-Quirúrgicos a los menores de 15 años y de 15 y más años, respectivamente.
- ❖ División menos evidente en la Atención Primaria, pues el mismo profesional ofrece servicios a todos los miembros de la familia, pero ante un problema que requiera interconsulta, se afronta la misma dificultad, pues se realiza con el especialista de Medicina Interna o con el Pediatra.
- ❖ No existen áreas específicas destinadas a la atención de adolescentes, ni personal capacitado para ello, excepto en algunas unidades que prestan atención a la salud mental de adolescentes y las consultas de Ginecología Infanto-Juvenil.

Por otra parte, el comportamiento de la morbilidad por algunas enfermedades prevenibles como las Infecciones de Transmisión Sexual, la mortalidad por accidentes y la utilización de servicios que ofrece el Sistema como las interrupciones de embarazo, entre otros, son elementos que indican la necesidad de capacitar a los/las adolescentes con su participación activa en el autocuidado de su salud.

La Salud Integral en la Adolescencia es un concepto que abarca su condición biopsicosocial, de género, enmarcada en el período del ciclo vital y familiar por el que transita y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social. Para lograr esta integralidad en el Sector Salud, es necesario un enfoque clínico-epidemiológico y social en los programas y servicios que se les presten.

Atendiendo a la experiencia acumulada por los diferentes Programas y el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, así como considerando que este grupo poblacional tiene características que le diferencian del niño y del adulto, resulta importante que las acciones que se realizan queden integradas en un Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes.

## **I) OBJETIVOS**

### Objetivo general

Incrementar la cobertura y mejorar la atención integral a la salud de Adolescentes, con un enfoque de género, para contribuir a elevar su calidad de vida, redimensionando los recursos disponibles en el Sistema Nacional de Salud, con la participación activa de los y las adolescentes, la familia y la comunidad y la cooperación intersectorial.



## Objetivos específicos

1. Lograr la atención diferenciada integral de adolescentes, con participación multi e interdisciplinaria en todos los niveles del Sistema de Salud.
2. Identificar y atender precozmente a las/los adolescentes con conductas de riesgo y sus familias para lograr la reducción de las principales causas de morbilidad y mortalidad.
3. Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención dirigidas a modificar los principales problemas de salud del grupo adolescente.
4. Contribuir al desarrollo de la sexualidad sana y responsable ejecutando las acciones del Programa Nacional de Educación de la Sexualidad.
5. Favorecer la incorporación de los/las adolescentes como protagonistas de la formación de hábitos y estilos de vida saludables.
6. Perfeccionar y desarrollar los conocimientos de profesionales, técnicos y otros trabajadores del Sistema Nacional de Salud sobre la atención integral a la salud en la adolescencia
7. Promover el diseño y ejecución de investigaciones sobre la salud de adolescentes, factores protectores y de riesgo.
8. Fomentar la participación intersectorial, comunitaria y de la familia para mejorar la salud integral en la adolescencia.

## III. LIMITES

De espacio: Este programa se desarrollará en todo el país y será aplicado en todas las instancias del Sistema Nacional de Salud e instituciones o centros que presten servicios de salud a Adolescentes, incluyendo en esta categoría a todas las personas entre 10 y 19 años, ambos inclusive.

De tiempo: Comenzará a implementarse a partir de su aprobación y se harán los reajustes necesarios en períodos no menor de un año ni mayor de 5 años.

## IV. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

### Nivel Nacional

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable del desarrollo de este Programa.
- El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio de la Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, será el responsable de este Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras Areas y organismos participantes para su integración programática.
- El Viceministro a cargo de la Higiene y la Epidemiología será el responsable de los aspectos higiénico-epidemiológicos contemplados en el Programa y de la integración de los aspectos concernientes al grupo de adolescentes en los programas ya existentes y que son competencia de su Area.
- El Viceministro a cargo de la Docencia e Investigaciones será el responsable de la introducción de los contenidos relacionados con la atención a la salud de adolescentes en la educación de pre-grado y post-grado, la información científico técnica y las investigaciones, realizando las modificaciones pertinentes.

- El Viceministro a cargo de la Industria Médico Farmacéutica será responsable de garantizar la adquisición y distribución de medicamentos, equipos y material gastable necesarios para el desarrollo del programa.
- La Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar tendrá a su cargo la responsabilidad de la organización, aplicación, asesoría, control y evaluación del Programa.
- La Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios, Hospitales, Estomatología y Enfermería serán responsables de integrar, aplicar, controlar y evaluar los objetivos y actividades del Programa que le competen.
- La Dirección Nacional de Estadísticas será responsable de estructurar y proveer la información estadística continua necesaria para realizar el seguimiento y la evaluación del Programa.
- La Comisión Nacional para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, subordinada a la Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar asesorará en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud la organización, aplicación, control y evaluación de este Programa. **(Anexo no. 1)**

#### Nivel Provincial

- Los Directores Provinciales serán los máximos responsables del cumplimiento del programa en este nivel, disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios.
- El Vicedirector de Asistencia Médica y Social por intermedio del Departamento Provincial de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, será el responsable de establecer las coordinaciones necesarias con otras Areas, organismos e instituciones participantes.
- El Vicedirector de Higiene y Epidemiología será el responsable de la adecuación y el cumplimiento de los aspectos higiénico-epidemiológicos contemplados en el Programa y de la integración de los aspectos concernientes al grupo de adolescentes en los programas ya existentes y que son competencia de su área.
- Las Facultades de Ciencias Médicas y los Vicedirectores Docentes Provinciales serán responsables de desarrollar los contenidos relacionados con la atención a la salud de adolescentes en la formación de profesionales y técnicos, la educación de post-grado, la información científico técnica y las investigaciones.
- El Vicedirector de Medicamentos, Instrumental y Equipos, será responsable de garantizar y adecuar la distribución de medicamentos y otros recursos necesarios para el desarrollo del programa.
- El Departamento Provincial de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar tendrá a su cargo la responsabilidad de la organización, asesoría, control y evaluación del Programa.
- Los Departamentos Provinciales de Servicios Ambulatorios, Hospitalarios, Estomatología y Enfermería serán responsables de adecuar, integrar, aplicar, controlar y evaluar los objetivos y actividades del Programa que le competen.
- El Departamento Provincial de Estadísticas será responsable de adecuar y proveer la información estadística continua necesaria, para realizar el seguimiento y la evaluación del Programa.
- La Comisión Provincial para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, subordinada al Departamento Provincial de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, integrada por los homólogos de los representantes de la Comisión Nacional,

asesorará a este nivel en la adecuación, organización, aplicación, control y evaluación de este programa.

#### Nivel Municipal

- El Director Municipal será el máximo responsable del cumplimiento del programa a este nivel, disponiendo de forma organizada los recursos humanos y materiales necesarios.
- El Vicedirector de Asistencia Médica y Social por intermedio del Responsable del Programa Materno Infantil, será el responsable de organizar, controlar y adecuar el Programa y establecerá las coordinaciones necesarias con otras áreas y organismos que participan en el mismo.
- El Vicedirector de Higiene y la Epidemiología será el responsable de la adecuación y el cumplimiento de los aspectos higiénico-epidemiológicos contemplados en el Programa y de la integración de los aspectos concernientes al grupo de adolescentes en los programas ya existentes y que son competencia de su área.
- Los Jefes de Estomatología y Enfermería serán responsables de adecuar, integrar, aplicar, controlar y evaluar los objetivos y actividades del Programa que le competen.
- La Comisión Municipal para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, vinculada a la Vicedirección de Asistencia Médica y Social e integrada por los homólogos de los representantes de la Comisión Provincial, asesorará a este nivel en la adecuación, organización, aplicación, control y evaluación de este programa.

#### Unidades

- Los Directores de las unidades ejecutoras serán los responsables, junto a su Consejo de Dirección, de adecuar, organizar, integrar, dirigir y controlar las actividades del Programa a su nivel.

## **V. ACTIVIDADES**

### a) Organizativas:

1. Se fortalecerán las Comisiones Nacional, Provinciales y Municipales de Salud para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes.
2. En cada nivel, incluidas las unidades ejecutoras, se garantizará que esté disponible la información que permita realizar el diagnóstico de la morbilidad y mortalidad de la población adolescente que atienden.
3. Se organizarán los recursos humanos y materiales disponibles en las unidades del Sistema Nacional de Salud, para brindar la atención integral al adolescente.
4. Se extenderá la atención médica pediátrica por etapas hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. **(Anexo no. 2)**
5. En las unidades hospitalarias se formarán y desarrollarán equipos de salud multidisciplinarios para los servicios de hospitalización y ambulatorios, que ofrecerán asistencia médica diferenciada y transdisciplinaria a los adolescentes.
6. En las unidades de atención secundaria se programarán consultas dedicadas a adolescentes en las diferentes especialidades. **(Ver Anexo no. 3)**
7. Se crearán Servicios de hospitalización para Adolescentes en las Unidades de atención secundaria, según condiciones de las unidades hospitalarias, mediante la reorganización y adecuación de los recursos materiales y humanos ya existentes, en los diferentes tipos de hospitales.
8. En la organización de estos servicios o salas se establecerá un horario de visita flexible que incremente el tiempo y la frecuencia diaria, de acuerdo a las posibilidades de la unidad hospitalaria.

9. En los hospitales que no posean Servicios o Salas de Adolescentes, se garantizará la atención transdisciplinaria a cada adolescente que ingrese, y se agruparán en camas contiguas o en cubículos, siempre que sea posible.
10. En los Servicios de Terapia Intensiva de todos los hospitales se establecerá la presencia de un acompañante las 24 horas a todo paciente adolescente.
11. En todos los hospitales se establecerá la presencia del acompañante hasta la sedación del paciente quirúrgico y posteriormente en recuperación.
12. Desarrollar y perfeccionar los Servicios y Consultas especializadas en policlínicos, municipios y hospitales para la atención integral a la salud de adolescentes.
13. Mantener una cobertura estable de las plazas médicas y de enfermería en las escuelas de enseñanza media con régimen de internado o de las externas que por sus características lo requieran, en función de los recursos humanos disponibles.
14. Estructurar y desarrollar el movimiento de promotores Adolescentes por la Salud en la comunidad.
15. Conocimiento de las leyes y programas vigentes relacionadas con la salud de adolescentes por parte de todo el personal de salud vinculado a su atención.

b) Información, Educación, Comunicación

Información

- 1- Se brindará información acerca de este grupo a los decisores políticos, de los sectores de Salud y Educación, entre otros, y a la comunidad en general, utilizando los Consejos de Salud a todas las instancias, las Reuniones de Estrategias en los diferentes niveles del Sector Salud, las Comisiones de Asistencia Social, los Consejos de la Administración y las reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo.
- 2- El personal (equipo de salud local) que atiende directamente a este grupo poblacional informará cara a cara y grupal a la población sobre las características de la adolescencia.

Educación

- 1- Los Centros Provinciales de Promoción y Educación para la Salud capacitarán al personal de salud que labora directamente con este grupo poblacional, enfatizando en el médico y enfermera de la familia, en temas de Promoción de la Salud, técnicas afectivas, participativas, comunicación social, negociación y concertación, género, autoestima, resiliencia, asertividad y autoeficacia, lo que luego se socializará con los adolescentes.
- 2- Los médicos y enfermeras de la familia, contribuirán a fomentar las relaciones positivas e intercambios generacionales entre adolescentes y padres, mediante actividades educativas.
- 3- Los Centros de Promoción y Educación para la Salud, el Centro Nacional de Educación Sexual y las Comisiones de Educación Sexual en los diferentes niveles, organizarán y realizarán consultas de consejería multidisciplinarias, aprovechando en cada localidad las Casas de Orientación de la FMC, para brindar orientación a los adolescentes sobre cualquier tema de interés o problema que éstos presenten.
- 4- El médico y la enfermera de familia y el Grupo Básico de Trabajo orientarán a la familia en temas relacionados con la salud integral en la adolescencia, involucrando a maestros, profesores y brigadistas sanitarias de la FMC.
- 5- Las Comisiones de Atención Integral a la Salud de Adolescentes de todas las instancias, coordinarán las actividades educativas a este grupo poblacional, considerando sus problemas principales y motivaciones.

- 6- En todos los servicios estomatológicos se realizarán acciones de educación con los adolescentes en las Consejerías de Salud Bucal, con la participación de los propios adolescentes y los recursos de la comunidad.

#### Comunicación

- 1- Se utilizará todos los canales de la comunicación (interpersonal, grupal y masiva), para la orientación de los adolescentes, ofreciéndoles protagonismo y liderazgo en las acciones.
- 2- Los Centros Nacional y Provinciales de Promoción y Educación para la Salud coordinarán con los medios de comunicación masiva los espacios dedicados a temas relacionados con la Adolescencia.
- 3- Los Centros Nacional y Provinciales de Promoción y Educación para la Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación y las Direcciones Provinciales de Educación, diseñarán los materiales y soportes educativos que se produzcan, en los cuales los adolescentes deben ser copartícipes, abordándose problemas y temas identificados por ellos mismos.
- 4- El CENESEX divulgará diferentes temáticas de la sexualidad y su educación utilizando los medios de comunicación, entre ellos la revista "Sexología y Sociedad".
- 5- El CENESEX organizará un servicio de consultoría para ofrecer información y orientación a los adolescentes sobre sus inquietudes, en los temas: relaciones interpersonales y familiares, sexualidad, violencia intrafamiliar y sexual y vida en pareja, entre otros, que se extenderá posteriormente a todo el país, a través de las Comisiones provinciales y municipales de Educación Sexual y con el apoyo de las Direcciones de Salud.
- 6- En todos los Servicios o Salas de hospitalización de adolescentes estarán disponibles para los pacientes y sus familiares materiales educativos sobre aspectos relevantes para la salud de este grupo poblacional.

#### c) Preventivas y asistenciales:

- 1- Los médicos y enfermeras de la familia desarrollarán las acciones de salud con la población adolescente de su radio de acción, adecuándolas a las necesidades identificadas, según dispensarización y diagnóstico de salud.
- 2- En los consultorios de la comunidad, escuela y consultas de seguimiento de especialidades en instituciones hospitalarias se realizarán controles de peso, talla y examen físico (incluyendo la Tensión Arterial, examen de Mamas, Ginecológico cuando sea posible y de los genitales del varón), con la periodicidad establecida, para la detección precoz de alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como otros problemas de salud.
- 3- En todos los niveles del sistema el médico y la enfermera priorizarán la atención a los adolescentes con riesgos socio-conductuales relacionados con medio familiar desfavorable, con la participación del equipo de salud mental.
- 4- El equipo de salud en la atención primaria realizará los controles de salud establecidos a los escolares adolescentes antes del inicio del curso y posteriormente cada vez que sea necesario.
- 5- El equipo de salud en los centros escolares con regimen de internado prestará especial atención a la alimentación y nutrición de los adolescentes.
- 6- El equipo de salud en la atención primaria realizará los exámenes pre-empleo y periódicos a los adolescentes vinculados laboralmente, velando porque no realicen labores prohibidas por el Código del Trabajo para estas edades.
- 7- Se realizarán las enjuagatorios de fluor y los controles de placa dentobacteriana en las escuelas hasta los 18 años, con la periodicidad establecida.

- 8- En los servicios estomatológicos se priorizará la atención curativa y rehabilitadora de los adolescentes hasta los 18 años de edad, estén o no incluidos en el sistema escolar.
- 9- Se orientará y facilitará el uso de los anticonceptivos adecuados a este grupo poblacional.
- 10- Se ofrecerá atención diferenciada a las adolescentes en los servicios de aborto y de regulación menstrual, en los hospitales ginecobstétricos, materno-infantiles, generales y en las áreas de salud.
- 11- En todos los niveles de atención se ofrecerá atención médica diferenciada a la adolescente embarazada (gestación, parto y puerperio).
- 12- Se interconsultará con Psicología a todas las adolescentes embarazadas y a los adolescentes cuya pareja esté embarazada, contribuyendo a su preparación para esta responsabilidad, haciendo énfasis en los principios para una maternidad y paternidad consciente, la lactancia materna y la planificación familiar entre otros.
- 13- A los/las adolescentes diagnosticados con alguna ITS y los considerados como contactos, sospechosos o asociados, se les ofrecerá atención diferenciada y se valorará casuísticamente por el médico de familia la interconsulta con Psicología.
- 14- Los profesores de Pediatría y Medicina Interna del Grupo Básico de Trabajo realizarán las interconsultas teniendo en cuenta la etapa en que se encuentre la extensión de la atención pediátrica.
- 15- Los profesores de Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo realizarán las interconsultas de las adolescentes con trastornos ginecológicos solicitadas por el médico de la familia y remitirán a las consultas de Ginecología Infanto-Juvenil cuando lo consideren necesario, manteniéndose la vinculación por el médico de la familia en dicho proceso.
- 16- El equipo de salud de la atención primaria orientará a la población adolescente la práctica sistemática de actividades deportivas y recreativas.
- 17- En todos los niveles de atención se cumplirá estrictamente con los principios de la Ética Médica.

d) Docentes y de Investigación:

1. En cada nivel del Sistema de Salud se organizará y programará la Capacitación en el trabajo a profesionales, técnicos y personal que presten servicios de salud a adolescentes.
2. El Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y el Centro Nacional de Educación Sexual, con la participación y apoyo de otras instituciones del Sistema de Salud y de adolescentes, elaborarán módulos para desarrollar la capacitación de los adolescentes promotores de salud en la comunidad.
3. Las Comisiones de Salud para la Atención Integral de Adolescentes programarán y controlarán la ejecución de cursos-talleres para la capacitación de adolescentes promotores de salud en los niveles municipal, provincial y nacional.
4. El Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y el Centro Nacional de Educación Sexual, de conjunto con el Ministerio de Educación identificarán los contenidos que necesiten los docentes y convenirán con los Institutos Superiores Pedagógicos las vías para prepararlos en la orientación y estimulación de la comunicación de pares entre adolescentes.
5. Se incorporarán y ampliarán contenidos sobre Salud en la Adolescencia en los planes de estudios de pre y post-grado de las carreras de Medicina, Enfermería y otros profesionales y técnicos de la Salud.
6. Continuar preparando profesionales en diplomados y maestría de intervención comunitaria que ofrece el CENESEX.

7. Se elaborará por un colectivo de autores seleccionados el Manual de Prácticas Clínicas para la atención Integral a la Salud del Adolescente.
8. La Comisión Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en coordinación con el Area de Docencia e Investigación programará y desarrollará el Diplomado de Salud Integral en la Adolescencia, para realizarse con una periodicidad anual.
9. Se crearán Centros de Referencia para la Capacitación en atención integral a la Salud de Adolescentes, nacional y provinciales, organizando y aprovechando los recursos humanos y materiales que se encuentran disponibles.
10. Se desarrollarán investigaciones sobre el estado de salud de los adolescentes y los servicios de salud que reciben por las diferentes instancias y unidades del Sistema de Salud.
11. Los Centros de Promoción y Educación para la Salud en los diferentes niveles y el Centro Nacional de Educación Sexual y sus Comisiones Provinciales, con el apoyo de otras instituciones y unidades del Sistema de Salud, diseñarán y ejecutarán investigaciones cualitativas para conocer e identificar percepciones, conductas, actitudes, aptitudes, prácticas, conocimientos, comportamientos, entre otras variables socioculturales de los adolescentes.
12. Se utilizarán las publicaciones científicas existentes para difundir los resultados de las investigaciones y actualizar conocimientos sobre adolescencia y salud.
13. Se celebrarán eventos científicos en las diferentes instancias del Sistema de Salud, previa coordinación con la Comisión de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en los niveles correspondientes, con una periodicidad no mayor de un año.

## **VI. VIGILANCIA**

1. Los Departamentos Materno Infantil Provinciales en coordinación con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud y los Vicedirecciones de Epidemiología seleccionarán Sitios y Centros Centinelas para identificar prevalencia de hábitos tóxicos y morbilidad por accidentes, así como detectar las modificaciones que se produzcan a partir de las intervenciones, semestralmente, e informarán al nivel central. La información se registrará por los subgrupos 10-14 y 15-19 años y por sexo.
2. La Dirección Nacional Materno Infantil, los Departamentos Materno Infantil Provinciales y los Responsables del Programa Materno Infantil a nivel municipal, en coordinación con los respectivos niveles de Estadísticas analizarán semestralmente el número de embarazadas menores de 20 años.
3. La Dirección Nacional Materno Infantil, los Departamentos Materno Infantil Provinciales y los Responsables del Programa Materno Infantil a nivel municipal, en coordinación con los respectivos niveles de Estadísticas, analizarán semestralmente el número de interrupciones de embarazo en las menores de 20 años.
4. La Dirección Nacional Materno Infantil, los Departamentos Materno Infantil Provinciales y los Responsables del Programa Materno Infantil a nivel municipal, en coordinación con los respectivos niveles de Estadísticas, analizarán semestralmente la mortalidad de este grupo poblacional por causas, desglosando en 10-14 y 15-19 años, por sexo.
5. La Dirección Nacional Materno Infantil, los Departamentos Materno Infantil Provinciales y los Responsables del Programa Materno Infantil a nivel municipal, en coordinación con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud analizarán semestralmente la satisfacción de los adolescentes con los servicios que reciben en las unidades de salud, mediante técnicas rápidas de evaluación.

6. Las Comisiones de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en los diferentes niveles participarán en el análisis de todos los aspectos incluidos en la vigilancia y ofrecerán asesoría para modificar los resultados desfavorables.

## **VII. EVALUACION**

1. El cumplimiento de las actividades del Programa se analizará una vez al año en las Reuniones Nacionales Territoriales del PAMI, semestralmente en las Provinciales y trimestralmente en las Municipales.
2. El cumplimiento de las actividades del Programa se analizará mensualmente en las unidades hospitalarias y áreas de salud.
3. La supervisión tendrá periodicidad trimestral en el nivel municipal, semestral en el provincial y anual en el central.

Se evaluarán los aspectos siguientes:

- Comisiones de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en los niveles nacional, provincial y municipal
- Grupos Básicos de Trabajo capacitados en atención integral a la salud de adolescentes
- Médicos y Enfermeras de la Familia capacitados en atención integral a la salud de adolescentes
- Estomatólogos capacitados en atención integral a la salud integral a la salud de adolescentes
- Dispensarización de acuerdo al Programa de Medicina Familiar
- Existencia de Grupo multidisciplinario integrado por todas las especialidades con que cuente la unidad hospitalaria y que se relacionen con la atención a adolescentes
- Servicios o salas de hospitalización de adolescentes en las unidades hospitalarias
- Atención transdisciplinaria a los adolescentes en las unidades hospitalarias
- Cumplimiento de la extensión de la atención pediátrica según la etapa que corresponda en los niveles primario y secundario de atención
- Atención diferenciada a la adolescente en los servicios de aborto y regulación menstrual en hospitales y áreas de salud.
- Atención diferenciada a la adolescente en la gestación, parto y puerperio
- Grupos de adolescentes promotores de salud capacitados
- Satisfacción de los adolescentes con los servicios de salud
- En los Servicios Ambulatorios de las unidades hospitalarias se considerarán los Pasos para alcanzar la condición de "Amigo de Adolescentes". (Ver Anexo no. 2)



### Indicadores: (para el grupo de 10-19 años)

El comportamiento de estos indicadores se evaluará en los Análisis de la Situación de Salud a nivel de consultorios, grupos básicos de trabajo, áreas de salud, municipios y provincias anualmente. Además se utilizará la información de los sistemas de estadísticas continuas como el EDO, el de mortalidad y otros.

Indicador	Fuentes
Prevalencia de tabaquismo	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T. policlínico, municipio Sitios y centros centinela: provincia y país
Prevalencia de alcoholismo	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico, municipio Sitios y centros centinela: provincia y país
Morbilidad por accidentes del hogar	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico, municipio Sitios centinela: provincia y país
Morbilidad por accidentes en las escuelas	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico, municipio Centros centinela: provincia y país
Morbilidad por accidentes de tránsito	Dirección General de la Policía Nacional Revolucionaria (Tránsito)
Morbilidad por intentos suicidas	S.I.E. E.D.O.
Tasa de abortos en menores de 20 años	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico S.I.E.: municipio, provincia y país
Proporción de embarazos en menores de 20 años	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, policlínico S.I.E.: municipio, provincia y país
Tasa de mortalidad general de los adolescentes	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico S.I.E. de mortalidad: municipio, provincia y país
Tasa de mortalidad por accidentes	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico S.I.E. de mortalidad: municipio, provincia y país
Tasa de mortalidad por suicidio	Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico S.I.E. de mortalidad: municipio, provincia y país
Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud recibidos	Encuestas

Se utilizarán también indicadores de otros Programas:

- Índice CPO-D a los 12 años y % de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes, ambos del Programa de Salud Bucal para los Adolescentes
- Tasas de incidencia de las ITS del Programa de Prevención y Control de las ITS

## VIII. ANEXOS

### ANEXO NO. 1 COMPOSICION DE LAS COMISIONES DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE ADOLESCENTES

**Presidida por:** Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar

**Integrantes:**

- Area de Asistencia Médica y Social (Direcciones de Servicios Ambulatorios, Hospitales, Enfermería, Estomatología, Asistencia Social, Especialidades)
- Area de Higiene y Epidemiología (Dirección de Epidemiología, Departamento de Salud Escolar, Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, UATS)
- Area de Docencia e Investigación (Direcciones de Docencia Médica y de Investigación y Desarrollo)
- Dirección Nacional de Estadísticas
- Centro Nacional de Educación Sexual
- Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-juvenil
- Clínica del Adolescente (Ciudad Habana)
- Sección de Ginecología Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología
- Servicios Médicos de la Dirección Nacional de Menores
- Grupo Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Facultad Julio Trigo
- Instituto Nacional de Endocrinología
- Instituto Nacional de Medicina Legal
- Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos
- Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología
- Instituto Nacional de Medicina Deportiva
- Presidentes de las Comisiones Provinciales de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en Pinar del Río, Ciudad Habana, Villa Clara y Santiago de Cuba.

Participarán además, por su vinculación con el trabajo de salud, como invitados permanentes, representantes de:

Departamento de Salud del Ministerio de Educación  
Comisión Nacional de Prevención Social.  
Centro de Estudios de la UJC  
FEEM, FEU, UJC, OPJM, FMC, INDER

Las Comisiones Provinciales y Municipales estarán integradas por los homólogos que estén presentes en ese nivel.

## ANEXO NO. 2

### EXTENSION DE LA ATENCION PEDIATRICA HASTA 17 AÑOS 11 MESES Y 29 DIAS

En el Programa Nacional de Desarrollo 2000 de la especialidad Pediatría se plantea, como una de las etapas de su estrategia que: “mejorará la atención del adolescente, para lo cual se darán cursos a los médicos de familiar para la mejor solución de los problemas médico-sociales propios de este período de la vida, incluyendo la educación sexual”.

En otra parte del propia documento, se señala que: “la atención secundaria se realizará en instituciones hospitalarias pediátricas, donde existirá un personal con conocimiento de las afecciones que se presentan en este grupo de edad, incluso las ginecológicas”.

El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud ha permitido que el índice ocupacional de las instituciones hospitalarias se reduzcan notablemente. Para los hospitales pediátricos este indicador disminuya de 73.2 en 1980 a 61.5 en 1990 y desciende a 51.5 en 1999, por lo cual la atención a los adolescentes de 15 años y hasta arribar a los 18 años no representará una sobrecarga que entorpezca su funcionamiento.

En 1998 se puso en práctica un pilotaje en dos hospitales pediátricos de la capital, que continuaron la atención en sus servicios externos y de hospitalización a los pacientes con enfermedades crónicas que arribaban a los 15 años, evidenciándose en el monitoreo y evaluación realizados que no hubo alteraciones en el flujo de los procesos Insitucionales.

La extensión de la atención pediátrica se realizará en tres etapas, que deberán cumplirse en las instituciones hospitalarias y la atención primaria de salud. Estas etapas son:

ETAPAS	INCLUIDOS	TIEMPO	PERIODO
I	Pacientes con enfermedades crónicas	2 años	2000-2001
II	Pacientes con enfermedades agudas, excepto las de las especialidades quirúrgicas	3 años	2002-2004
III	Pacientes que requieran los servicios de especialidades quirúrgicas de urgencia o electiva.	2 años	2005-2006

Las Direcciones de los hospitales clínico.quirúrgicos y generales deberán garantizar, como hasta ahora lo han hecho la atención del paciente de 15 años y más. No se admitirá la remisión de estas unidades a hospitales pediátricos.

Las interconsultas con el pediatra o el clínico en la Atención Primaria, así como las remisiones a uno u otro tipo de hospital, seguirán el mismo cronograma que se establece para la implementación en la atención secundaria.

La extensión se aplicará a aquellos adolescentes que arribaron a los quince años en el 2000, sin efecto retroactivo, siempre que éstos y sus padres estén de acuerdo.

El tránsito de una a otra etapa se decidirá por los resultados de las evaluaciones y se informará a las Direcciones Provinciales de Salud y a los Directores de Unidades Nacionales por los canales correspondientes.

### **ANEXO NO. 3**

#### **SERVICIO AMBULATORIO HOSPITALARIO “AMIGO DE ADOLESCENTES” REQUISITOS**

1. Consultas programadas dedicadas a los/las adolescentes en las diferentes especialidades con las que cuente el hospital.
2. Locales de consulta con las condiciones básicas y privacidad adecuadas y áreas de espera específicas para adolescentes.
3. Equipos multidisciplinarios conformados con todas las especialidades con que cuente el hospital y que estén vinculadas a la atención a adolescentes.
4. Acceso a materiales educativos sobre los problemas de salud más frecuentes e importantes en la adolescencia garantizados en las áreas de espera.
5. Programación y desarrollo de actividades de información-educación-comunicación en las áreas de espera, dirigidas a los adolescentes y/o sus padres.
6. Utilización de historia clínica hospitalaria en cada consulta que se realice a todos los adolescentes.
7. Realización de encuestas periódicas de satisfacción a:
  - adolescentes
  - padres o acompañantes
  - personal de salud
1. Programa de capacitación en problemas de salud y atención a la población adolescente dirigido al personal médico y paramédico de la unidad.
2. Personal capacitado o en programa de capacitación para la atención a adolescentes
3. Interrelación con el médico de familia, escuela y otros que sean necesarios.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Advocates for Youth. Financiando el Futuro. Recursos para Programas de Salud del Adolescente en los Países en Desarrollo. Washingto D.C. 1995
2. CEDEM-ONE-MINSAP Cuba. Transición de la Fecundidad. Cambio Social y Conducta Reproductiva, La Habana, 1995.
3. Comité Estatal de Estadísticas Encuesta Nacional de Fecundidad 1987 Cuba, Ed. Estadística, La Habana, 1991.
4. Educación de calidad: una respuesta a muchas preguntas El Progreso de las Naciones UNICEF pp 33-36, Nueva York, 1997.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 1998. Ciudad de La Habana, 1999.
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 1999. Ciudad de la Habana, 2000.
7. Ministerio de Salud Pública. "La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras" Ciudad de La Habana 1999
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Cuba 1989.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa de Desarrollo 2000 Pediatría. Ciudad Habana, 1988.
10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-O.P.S. Plan Nacional de Atención Integral a la Adolescencia 1997-2001, Asunción, Paraguay, 1997.
11. MINSAP/MINED Programa de Atención Integral Médico-Pedagógica a Educando y Maestros del Sistema Educacional. Cuba 1998.
12. Monroy de Velasco, A. Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones. OPS Cuaderno Técnico no. 12 1988
13. Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Estudios y Datos sobre la Población Cubana. Ciudad de La Habana, junio 1998.
14. O.P.S. "Adolescencia al día". Resiliencia. Vol I marzo de 1999
15. O.P.S. El Ambiente Legislativo y de Políticas relacionado con la Salud del Adolescente en América y el Caribe. Washington D.C., 1999.
16. O.P.S. El Embarazo en la Adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales.
17. O.P.S. Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Estimación de Complejidad. Condiciones de Eficiencia. 2r Washington D.C., 1996.
18. O.P.S. Evaluación sobre Oportunidades Perdidas de Atención Integral del Adolescente. 2r Washington D.C., 1996
19. O.P.S. Familia y Adolescencia: indicadores de salud. Manual de Aplicación de Instrumentos. 2r Washington D.C., 1996
20. O.P.S. Informe Taller de Salud Integral del Adolescente en Latinoamérica y el Caribe. 8-12 julio, Washington D.C., 1996
21. O.P.S. La Juventud y el Liderazgo Transformador. Conceptos y estrategias en mundos inciertos y turbulentos. Buenos Aires 1998.
22. O.P.S. La Salud del Adolescente y del Joven, Publicación Científica No. 552, Washington D.C., 1995.
23. O.P.S. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington D.C., 1995

- 24.O.P.S.- OMS Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de Atención. Washington D.C., 1996
- 25.O.P.S. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington D.C., 1992
- 26.O.P.S. Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente. Washington D.C., 1997
- 27.O.P.S/O.M.S./F.N.U.A.P. El Embarazo en la Adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales.
- 28.O.P.S. Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998-2001
- 29.Peláez M. J. y col. Adolescencia y Sexualidad. Controversias sobre una vida que comienza. Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1996.
- 30.Sistema de Información Estadística del Sector Salud. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP
- 31.UNICEF Por un cambio en la salud de la población juvenil. Cuaderno de UNICEF sobre Programación para el Desarrollo y la Salud de la Población Juvenil Ed. 1999 Versión al español
- 32.WHO/UNFPA/UNICEF. Action for Adolescent Health. Towards a common agenda. Mayo 1997
- 33.WHO/UNFPA/UNICEF. Programming for Adolescent Health. Discussion Paper. 28 Nov- 4 Dic. 1995 Saillon. Swizerland
- 34.Williams K. Preventig suicide in young people: what is known and what is needed. Child: care, health and development. 1997. 23(2):173-185.