



**República de Cuba.  
Ministerio de Salud Pública**

**DEPARTAMENTO MATERNO- INFANTIL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**PROGRAMA NACIONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN  
LA ADOLESCENCIA.**



**Cuba**

**2012-2017**

## **La actualización de este Programa ha sido realizada por :**

**Dra. Francisca Cruz Sánchez.** Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar. Facultad Finlay-Albarrán. Máster en Atención Integral al Niño. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría. Responsable del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia del MINSAP. Presidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría. Miembro del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE). Miembro directivo de la CODAJIC (Confederación Iberoamericana de Adolescencia y Juventud).Miembro de la FIMN (Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica).

**Dra. Norma Martínez Vázquez.** Especialista de I Grado en Epidemiología. Profesora Asistente. ISCMH Facultad Comandante Manuel Fajardo. Miembro del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia del MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

**Dra. Silvia León Reyes.** Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Profesora Asistente. Hospital Juan M. Márquez. Miembro del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Adolescencia del MINSAP. Responsable Provincial del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia en La Habana. Miembro directivo de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría.

**Dra. Ana Andrea Guisandes Zayas.** Especialista de II Grado en Administración y Servicios de Salud y de I Grado en Pediatría. Profesora Asistente. Máster en Atención Integral al Niño. Departamento Materno Infantil de la Dirección Provincial de Salud en Santiago de Cuba. Vicepresidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría. Miembro directivo de la CODAJIC (Confederación Iberoamericana de Adolescencia y Juventud). Miembro de la FIMN (Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica)

**Dra. Rosa María Torres Vidal.** Especialista de I Grado en Bioestadística. Máster en Estudios de Población. Profesora Asistente. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

**Dra. Rosa María Alonso Uría.** Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Neonatología. Profesora Titular y Consultante. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Máster en Atención Integral al Niño. Investigadora Auxiliar. Miembro del Grupo de Trabajo para la Atención a la Adolescencia del MINSAP y de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría.

**Dra. Beatriz Rodríguez Alonso.** Especialista II Grado de Higiene y Epidemiología y de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Máster en Salud Pública. Investigadora Auxiliar. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. Responsable de Docencia e Investigación Provincia La Habana. Miembro de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría.

**Dr. Ariel Acosta González.** Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar. Master en Atención Integral al Niño. Director del Centro de Referencia para la Capacitación, Orientación y Atención Integral a la Salud de Adolescentes, Artemisa. Responsable del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia en Provincia Artemisa. Miembro de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría.

**Dra. C. Miriam Alicia Gran Álvarez.** Especialista II Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Profesora Titular. Jefa Dpto. Análisis Estadístico del MINSAP.

**Dra. Alba Cortés Alfaro.** Especialista de II Grado en Higiene Escolar. Profesora Asistente. Máster en Epidemiología. Diplomado en ITS/VIH/sida. Investigadora Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Miembro del Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud de adolescentes del MINSAP, miembro de la Sección de adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría y miembro de la Sección se Salud Escolar y Universitaria de la Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología.

**Dra. Lourdes Bárbara Alpízar Caballero.** Doctora en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Titular.

**Dr. Roberto Alvarez Fumero.** Especialista de I grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral al niño. Jefe del Departamento Materno Infantil Nacional. MINSAP

## **Índice**

- I. Introducción
- II. Definiciones.
- III. Características socio- demográficas de la población adolescente cubana.
- IV. Morbilidad y Mortalidad.
- V. Base legal en Cuba.
- VI. Límites.
- VII. Objetivos.
- VIII. Normativa administrativa
- IX. Vigilancia.
- X. Evaluación
- XI. Bibliografía.
- XII. Anexos.

## I. INTRODUCCION

Los cambios o transformaciones biológicos, psicológicos y sociales durante la adolescencia determinan que las personas en esta etapa de la vida sean diferentes y por tanto el enfoque dentro de la sociedad también debe ajustarse adecuadamente a las demandas propias de ese ciclo vital humano, según las condiciones individuales.

La mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia, y se manifiestan como problemas de salud durante la edad adulta, que agregan una carga económica evitable para los sistemas de salud.

Hasta el año 2000 en Cuba, los y las adolescentes se atendían antes de los 15 años en los hospitales pediátricos **y a partir de esa edad en hospitales** de adultos, excepto los que presentaban trastornos psiquiátricos y para los cuales ya existían espacios en hospitales pediátricos y clínicas de Salud mental que brindaban atención diferenciada hasta los 16 años. Así mismo se había iniciado la atención por Ginecología a niñas y adolescentes por un grupo de Ginecólogos adiestrados en Ginecología Infanto-juvenil y se habían implementado lineamientos considerando las particularidades de esta etapa del desarrollo en la mujer, por lo que se estableció la atención diferenciada para esas edades, relacionadas con la atención ginecológica y Obstétrica en todo el país. Las estadísticas de Salud también se basaban en esta clasificación y enfoque. **En las escuelas se atendían las y los adolescentes, primeramente por especialistas en Higiene escolar, y posteriormente se incorporó personal adiestrado en Salud Escolar.**

En los últimos 20 años en Cuba se ha observado un cambio progresivo en la atención integral a la Salud y en la cual ha jugado un papel decisivo la Atención Primaria de Salud con el modelo del Médico y Enfermera de la Familia.

Teniendo en cuenta la variabilidad de crecimiento y desarrollo de las personas entre 10 y 19 años, así como la base legal en Cuba se realizó e implementó el Programa Nacional de Salud para la atención integral en la adolescencia en todo el país, donde se destaca la extensión de la edad pediátrica hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, lo cual ha sido una experiencia compleja que aún debe continuar perfeccionándose.

La organización de la atención diferenciada a los adolescentes en la atención primaria y secundaria con un nivel de desarrollo redimensionado y equitativo en todo el país, la evaluación de necesidades y modificación de los factores de riesgo en este grupo responden, mediante la actualización del Programa Nacional de Salud para la Atención Integral diferenciada en la adolescencia, a los Objetivos de Trabajo e indicadores del MINSAP 2011.

En la presente actualización se integran un conjunto de acciones de salud y educativas dirigidas al control de los factores de riesgo en los adolescentes que modifiquen la morbilidad y mortalidad en este grupo etáreo, y a largo plazo, en la etapa adulta.

A este Programa tributan las acciones del resto de los Programas Nacionales vigentes en nuestro país.

## **II. Definiciones.**

**La Pubertad** constituye el componente biológico de la adolescencia. Se refiere a los cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en el niño/a hasta lograr la maduración de los órganos sexuales y alcanzar la capacidad reproductiva. Se diferencian 2 eventos durante la pubertad: la Adrenarquia (maduración de la glándula suprarrenal caracterizada por un aumento de la producción de andrógenos, aparece 2 años antes que la gonadarquia y se caracteriza por un cambio en el olor del sudor, la aparición del vello axilar y púbico) y la Gonadarquia (reactivación del eje hipotálamo– hipófiso–gonadal con cambios hormonales e inicio de la función gonadal) , ambas aunque se relacionan entre si, son independientes y reguladas por diferentes mecanismos.

**Adolescencia.-** Etapa bien definida del ciclo vital humano entre la niñez y la adultez que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales.

De acuerdo al sexo y la edad, la OPS/OMS, clasifica a la Adolescencia en las siguientes etapas:

| Etapa                 | Femenino     | Masculino    |
|-----------------------|--------------|--------------|
| Pre-adolescencia      | 9 – 12 años  | 10 – 13 años |
| Adolescencia temprana | 12 – 14 años | 13 – 15 años |
| Adolescencia media    | 14 – 16 años | 15 – 17 años |
| Adolescencia tardía   | 16 – 18 años | 17 – 18 años |
| Juventud              | 18 – 21 años |              |
| Jóvenes adultos       | 21-24 años   |              |

**Juventud es un término social que se utiliza en adolescentes entre 18 y 24 años.**

**La Hebiatría**, del griego hebe (juventud) e iatros (medicina), es una especialidad médica que designa a los que atienden adolescentes. Hoy se reconoce como parte de la Pediatría, al extenderse el campo de actuación profesional del pediatra hasta los 18 años de edad.

### **III. Características socio-demográficas de la población adolescente en Cuba.**

La población adolescente en Cuba representa el 13% del total poblacional con una reducción del 12% entre los años 2000 y 2010, dada la dinámica demográfica del país en que desciende la natalidad y aumenta el envejecimiento poblacional. Predominan muy discretamente los adolescentes masculinos (51.4%) sobre los femeninos (48.6%).

La distribución porcentual de adolescentes por provincias oscila entre un 12.3% y 14.9%, con mayor presencia en las provincias de Guantánamo, Granma e Isla de la Juventud.

El 99.05% de los adolescentes cubanos de 10 a 17 años están escolarizados; el 50.2 % cursa estudios de Secundaria Básica, el 25.13% estudia en Politécnicos (ETP), el 19.72 cursa estudios de Pre Universitario o Bachillerato y el 4% se encuentra en otras Instituciones de Enseñanza Media. La tasa bruta de matrícula en la Educación Superior año 2011-2012 para la población de 18 a 24 años fue de 30.4% (no incluye escuelas militares). Se destaca en nuestro país la atención especializada a las y los adolescentes con discapacidades ya sea en escuelas especiales como en el hogar y muchos de ellos alcanzan nivel universitario.

El 21.9% de la población de 17 y 19 años de edad trabaja.

Según los resultados de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS; por sus siglas en inglés) 2010/11, realizada en Cuba, el 19.8 % de las mujeres de entre 15 y 19 años de edad, se encontraban casadas o en unión, el 37% de las menores de 18 años habían estado unidas en matrimonio al menos una vez y el 8.1% antes de los 15 años. El 12.9% de las mujeres menores de quince años, refirieron haber tenido relaciones sexuales .

La cobertura anticoncepcional del país es elevada, 77.8%. Según la encuesta MICS, el 67% de las adolescentes activas sexualmente, usa algún método anticonceptivo, valor inferior al 76% de uso en las mujeres entre 20 y 24 años o de edades más avanzadas. El 9 % de las mujeres de 15 a 49 años tiene necesidades insatisfechas de anticoncepción; en particular en el grupo de 15 a 19 años, este indicador alcanza el 11 %. Son el condón, el DIU y la píldora, los métodos más utilizados por las adolescentes cubanas.

Se observa un incremento en la unión consensual, los que muestran un importante cambio de concepción ante la formación de parejas y una acentuada disminución de la recurrencia al matrimonio. En el año 2010, el 8.5% de las mujeres cubanas que se unieron por matrimonio eran adolescentes, en este grupo el matrimonio de las mujeres de entre 15 y 19 años se consuma mayormente con parejas hombres de 20 años y más.

Aunque la fecundidad general del país es baja, persiste elevada en las adolescentes, así como un aumento de la captación de embarazadas de este grupo.

El número de regulaciones menstruales ha descendido comparando los últimos años; las cifras aún generan preocupación considerando que una parte importante se

relacionan con la interrupción precoz de embarazos. Según estudios realizados en el país, el 92% de la indicación de una regulación menstrual es la sospecha de embarazo, y de ellos el 68,8% resulta positivo a este diagnóstico, ello sustenta la preocupación citada y el sobre uso del método.

La tasa de mortalidad perinatal es elevada entre los hijos(as) de adolescentes, indicador que disminuye con la edad de la madre (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). Un hijo(a) de adolescente tiene entre 2 y 3 veces más posibilidades de morir durante su primer año, que un hijo de madre no adolescente. Esta cifra se incrementa en madres menores de 15 años, debido a los insuficientes cuidados que brinda a su descendiente.

La evaluación de necesidades es el punto de partida de la conceptualización e implementación de los programas de educación de pares, lo cual ha permitido identificar las necesidades presentes en los diferentes grupos.

Entre los años 2005-2007 el Grupo de Trabajo para la Salud Integral en la adolescencia del MINSAP realizó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo relacionado con las necesidades y problemas de los y las adolescentes, en el cual se utilizaron como técnicas los grupos focales, psicodramas y técnicas afectivas participativas en 4 ciudades del país: Ciudad de la Habana, Sancti Spíritus, Granma y Santiago de Cuba, con la participación de adolescentes y profesionales de varias disciplinas. De los participantes en la investigación eran estudiantes (77,7%), trabajadores (15,51%), desvinculados del estudio y el trabajo (2,5%) y discapacitados (4,3%).

Las principales necesidades identificadas por los adolescentes estuvieron determinadas en la comunicación con los adultos, fundamentalmente con la familia, más opciones y lugares para la recreación, la cultura y el deporte, una mayor orientación de padres y maestros, así como de orientación psicológica profesional. La búsqueda de variadas opciones para pasar el tiempo libre, el mejoramiento de la comunicación con los adultos y una mayor orientación aparecen como las principales necesidades identificadas por los (las) adolescentes y los profesionales, variando sólo su jerarquización.

Los problemas de comunicación con los adultos, pobre o inadecuado uso del tiempo libre, el embarazo precoz, las ITS y los accidentes, poca orientación general, ya sea sexual, vocacional u otra, la salud bucal y el acné y los problemas de inadaptación social son los principales problemas identificados por los profesionales.

Un grupo de investigadores del Instituto de Investigación cultural "Juan Marinello" de Cuba, entre los años 2008 y 2009 realizó una encuesta nacional en zonas urbanas y rurales a adolescentes de 12 a 18 años, con el objetivo de conocer el consumo cultural a esas edades. Encontraron que de 12 a 14 años las prácticas culturales de preferencia en la muestra fueron, en orden decreciente: leer (80,6%), hacer ejercicios y pasear (70%), escuchar la radio, ver videos y otros reproductores de sonido (62-66,2%) y el 50% o menos, acudir a bibliotecas, librerías, salas de video, cine, teatro, galerías, ferias y teatros. El grupo de 15 a 18 años se caracterizó por la diversidad de sus prácticas culturales, por preferencia, escuchar música, ver televisión, compartir con amigos y familiares (el 95,0% o más); el 86,6% prefirieron los carnavales y las

parrandas; escuchar la radio, ver videos y hacer ejercicios, entre el 70- 80%: leer, entre el 60- 70% de los encuestados. Menos del 50% prefirieron visitar librerías y bibliotecas, acudir al teatro a presentaciones humorísticas preferentemente, visitar casas de cultura y galerías o museos...

Los espacios más significativos a los cuales acuden son: tiendas, playas, campismos, excursiones, parques, plazas o lugares al aire libre.

El 35.0 % reconoce el uso de la computadora para estudio y trabajo (66.8%), entretenimiento (22.6%) y ver películas (8.1%)

Dentro de la formación personal se destaca el estudio de la computación (46.3%) y de los Idiomas (23.0 %).

#### **IV. Morbilidad y mortalidad.**

Las principales causas de morbilidad y mortalidad continúan vinculadas a las conductas de riesgo y entre ellas se destacan los accidentes (sobre todo los de tránsito, caída de alturas y ahogamiento incompleto).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) están consideradas como un problema de salud para las y los adolescentes en Cuba. No obstante, ha disminuido la incidencia de blenorragia entre adolescentes y jóvenes, así como de sífilis. La infección del VIH continúa baja en nuestro país, pero la incidencia es mas marcada en la etapa juvenil.

De importancia para la salud de los adolescentes por su repercusión en la esperanza de vida y supervivencia, son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. De las tres

sobre las que se dispone información - Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y Asma bronquial-, las tasas más elevadas de morbilidad pertenecen al asma bronquial, con una prevalencia alta.

La enfermedad cerebro vascular en edades más tempranas (niñez y adolescencia) ha continuado su incremento según estudios realizados. Se ha relacionado esta problemática a la presencia de alguna de las condiciones -bien aisladas o asociadas entre ellas - de señal aterosclerótica temprana. Entre los más identificados se encuentran el aumento de la tensión arterial (sistólica o diastólica), las alteraciones en el exceso del peso corporal, los valores excesivos de la circunferencia de la cintura, la diabetes mellitus tipo 2, los valores elevados de la glicemia en ayunas y provocada, la resistencia a la insulina, la intolerancia a la glucosa, los valores elevados de colesterol total, los valores anormales de las lipoproteínas del suero, los valores exagerados de lípidos y glucosa sanguínea, hábito de fumar sean fumadores activos o pasivos, el bajo peso al nacer, una mala nutrición en la infancia, la inactividad física y los antecedentes patológicos familiares de poseer alguno de los factores de riesgo o de las consecuencias de la aterosclerosis.

El tabaquismo en adolescentes es otro problema actual. En estudios realizados su prevalencia se encuentra entre los 9,0 % y 12,7 % de los adolescentes investigados e iniciándose cada vez a edades más tempranas, con una edad media de 12 años.

La importancia de la prevención de la contaminación acústica adquiere cada día más relevancia para su desarrollo y estado de Salud. Este trastorno se está investigando actualmente de forma más amplia en la población adolescente.

La mortalidad es relativamente baja en la adolescencia, con la particularidad de que algo más de la tercera parte de las defunciones pueden evitarse. Las tasas de mortalidad para cada grupo de edad disminuyeron entre los años 2000 y 2010.

A pesar de la importante disminución en las tasas en relación con las décadas de los años 70 y 80 del siglo pasado, las **lesiones no intencionales o accidentes** aún afectan de forma desproporcionada a los más jóvenes, en los que **llegan a constituir la primera causa de muerte**. En Cuba la tasa se redujo entre los años extremos del período en un 52%. El riesgo de morir es mayor en los varones, correspondiendo los mayores niveles de mortalidad a los accidentes del transporte.

El cáncer constituye la primera causa de muerte por enfermedad en la población adolescente cubana de 10 a 14 años. Estas enfermedades que antes conducían en poco tiempo a la muerte, se han ido convirtiendo en un proceso crónico con todas sus implicaciones clínicas y psicosociales.

Las enfermedades malignas y tumorales de mayor incidencia en la adolescencia son las leucemias, los linfomas, tumores óseos y los tumores del sistema nervioso central, entre otros. La tasa de mortalidad por tumores malignos en estas edades disminuyó de 5.3 defunciones por 100 000 adolescentes en el año 2000, a 4.8 en el 2010. Se han reportado tumores germinales malignos de ovario en niñas y adolescentes .

Es de señalar el aumento paulatino de lesiones cérvico-uterinas en adolescentes menores de 20 años según investigaciones realizadas en el país así como en los informes estadísticos.

La mortalidad por suicidio ocupa el segundo lugar en adolescentes de 10 a 19 años y muestra una tendencia descendente, presentando una tasa inferior a 3 por cada 100 000 y un descenso del 27% en el decenio. No obstante, en el quinquenio 2006- 2010 el intento suicida aumentó de 198.1 a 276.8 por cada 100 000 adolescentes, afectando a ambos sexos aunque las tasas en las féminas se han mantenido siempre más altas.

La tercera causa de mortalidad, la constituyen los homicidios y las agresiones, comportándose con pocas variaciones en los últimos cuatro años, después de un descenso que se produjo del 2005 al 2006.

La mortalidad materna alcanzó niveles muy bajos en este grupo de edad durante el año 2010 en que solamente aconteció una defunción, para una tasa de 5.1 por 100 000 nacidos vivos.

## **V. Base legal en Cuba:**

Cuba es Estado Parte de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 y en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Declara en algunos de sus artículos elementos claves dirigidos a proteger la niñez por los Estados Partes.

### **PARTE I**

#### **Artículo 1**

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

La ley No. 59/89 del Código Civil Cubano en el artículo 29, apartado primero cuando declara “La plena capacidad para ejercer los derechos y realizar actos jurídicos se adquiere por arribar a la mayoría de edad, que comienza a los 18 años cumplidos”. (ANPP/1989: P.6).

La Constitución de la República de Cuba y el Código de la Niñez y la Juventud igualmente protegen especialmente a estos grupos etáreos.

Código de la familia, Ley 62 . Código penal.

--La responsabilidad legal es exigible a las personas naturales a partir de los 16 años de edad cumplidos en el momento de cometer el acto punible. Art. 16.1

-Están autorizados a formalizar matrimonio las mayores de 18 años de edad. (Excepcionalmente, siempre que la hembra haya cumplido 14 años y el varón 16 años, y con autorización de sus padres o el representante legal. No pueden contraer matrimonio las menores de 14 años y los varones menores de 16 años de edad. Art. 3(modificado).

-La licencia de conducción se expide a personas mayores de 18 años con las excepciones de la especial militar puede otorgarse a partir de los 17 años y la sub-categoría A que puede otorgarse a partir de los 16 años de edad . Art. 278. Gaceta oficial de la República de Cuba. Sept.2010 pag. 1131-1132.

-Pueden solicitar cambio, adición o modificación de sus nombres y apellidos a partir de los 18 años. Resol. 838 del 1983 pag 151. Gaceta oficial.

-Solicitud de permiso de salida del país a partir de los 18 años. Art. 131 Gaceta Oficial de la República de Cuba Julio 1978.

-Derecho al voto. Haber cumplido 16 años. Art. 4. Ley 37 del 1982. Gaceta oficial de la República de Cuba.

-Prohibido la venta de cigarros o tabacos a menores de 16 años. Resol.277 del 4 de Oct. Del 2001. Gaceta Oficial de la República de Cuba.

-Prohibido la venta de bebidas alcohólicas a menores de 16 años. Resol.52 de abril 1999 pag. 342 Gaceta Oficial

-La Resolución 8 del 2005 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social que es el Reglamento General sobre relaciones laborales estipula en su artículo 14 la prohibición de los vínculos laborales de personas menores de 17 años.)

#### **Decreto ley No. 64. Gaceta Oficial de la República de Cuba. 1982.**

Se crea el Sistema de atención a menores de 16 años que presentan trastornos de conducta, manifestaciones antisociales o participen en hechos que la ley tipifica como delitos. No son penalizados.

#### **Algunos criterios bioéticos a tener en cuenta en la atención Integral a Adolescentes:**

- Realizar el examen físico con privacidad, confidencialidad y la presencia de un adulto o representante legal en lo menores de 16 años.

- Aplicar el Consentimiento informado para adolescentes y familiares y con representación en menores de 16 años y con información continua durante todo el proceso de atención.
- Los y las adolescentes menores de 16 años no deben asistir solos a las consultas, pero siempre deben ser atendidos y orientados para una nueva consulta con sus padres, familiar o representante legal.
- No se recomienda hacer recetas ni entregar medicamentos, ni procederes médicos a menores de 16 años sin la presencia de sus padres, familiar o representante legal.

## **VI. Límites.**

En espacio: En todo el territorio nacional, participando toda la estructura y los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

De tiempo: Permanente, con actualizaciones de una periodicidad de cada 5 años.

Universo de trabajo: Toda la población adolescente cubana de 10 a 19 años.

## **VII. Objetivos.**

### **General.**

Elevar la calidad de vida de los y las adolescentes con un enfoque de género mediante la cobertura que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS) , con la participación activa de ellos(as), la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial.

### **ESPECIFICOS.**

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad en las y los adolescentes.
2. Incrementar la cobertura y redimensionamiento de los recursos disponibles en la atención a la adolescencia por el SNS.
3. Perfeccionar el sistema de atención ambulatoria a las(los) adolescentes sanos.

4. Lograr la atención integral y diferenciada a los y las adolescentes, con participación multi e interdisciplinaria en todos los niveles del Sistema de Salud.
5. Atender precozmente a las/los adolescentes con factores y conductas de riesgo personal y/o familiar.
6. Promover un adecuado estado nutricional del adolescente.
7. Perfeccionar la atención de las adolescentes con afecciones ginecológicas y psiquiátricas.
8. Capacitar a todo el personal del sector relacionados con el Programa de Atención Integral a la Salud del Adolescente, haciendo énfasis en las acciones de Promoción y Prevención para la salud en la Atención Primaria de Salud.
9. Establecer los Servicios de atención integral a la gestante y madre adolescente y su descendencia.
10. Perfeccionar y ampliar la calidad de la información estadística en la adolescencia.
11. Favorecer la incorporación de los/las adolescentes como protagonistas de la formación de hábitos y estilos de vida saludables.
12. Promover el desarrollo de investigaciones sobre la salud de adolescentes y determinantes sociales.
13. Fomentar la participación comunitaria, de la familia y adolescentes para mejorar la salud integral y calidad de vida en la adolescencia.

### **VIII. Normativas administrativas:**

#### Nivel Nacional

- El Ministro de Salud Pública será el máximo responsable del desarrollo y cumplimiento del Programa.
- El Viceministro a cargo de la Asistencia Médica y Social por intermedio del Departamento Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, será el responsable de estas Normas 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 las Normas y de la integración de los aspectos concernientes al grupo de adolescentes en los programas ya existentes y que son competencia de su Área.

- 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 Departamento Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar tendrá **a su cargo la responsabilidad de la organización, aplicación, asesoría, control y evaluación del Programa**
- Los Departamentos Nacionales de Hospitales, Estomatología y Enfermería serán responsables de integrar, aplicar, controlar y evaluar los objetivos y actividades que le competen.
- La Dirección Nacional Estadística de Salud será responsable de estructurar y proveer la información estadística continua necesaria para realizar el seguimiento y la evaluación de las actividades normadas.
- El Grupo de Trabajo para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, subordinado al Departamento Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar asesorará en las distintas instancias del Sistema Nacional de Salud en la organización, aplicación, control y evaluación del Programa.

#### Nivel Provincial

- Los Directores Provinciales serán los máximos responsables del cumplimiento de las Normas en ese 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 Áreas, organismos e instituciones participantes.
- El Vicedirector de Higiene y Epidemiología será el responsable de la adecuación y el cumplimiento de los aspectos higiénico-epidemiológicos normados 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 su cumplimiento.
- 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 Hospitalarios, Estomatología y Enfermería serán responsables de adecuar, integrar, aplicar, controlar y evaluar los objetivos y actividades normadas.

- 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.
- El Grupo 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 del Grupo Nacional, asesorará a este nivel en la adecuación, organización, aplicación, control y evaluación del Programa .

#### Nivel Municipal

- El Director Municipal será el máximo responsable del cumplimiento de las Normas a ese 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 evaluar las actividades normadas 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 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 de las Normas que le competen.
- El Grupo Municipal para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, vinculada a la Vice dirección de Asistencia Médica y Social e integrada por los homólogos de los representantes del Provincial, asesorará a este nivel en la adecuación, organización, aplicación, control y evaluación del Programa.

#### Unidades

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

##### a) **Organizativas:**

1. Fortalecer de forma continua los Grupos de trabajo Nacional, Provinciales y Municipales de Salud para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes.
2. Garantizar que esté disponible la información que permita realizar el diagnóstico de la morbilidad y mortalidad de la población adolescente que atienden en cada nivel, incluidas las unidades ejecutoras,

3. Organizar los recursos humanos y materiales disponibles en las unidades del Sistema Nacional de Salud, para brindar la atención integral al adolescente.
4. **Los adolescentes deben continuar la atención integral en los consultorios del médico y enfermera de la familia de forma diferenciada según el Programa de Medicina Familiar establecido.**
5. Brindar atención médica hospitalaria hasta los 17 años 11 meses y 29 días, en todas las Instituciones Pediátricas, siempre que lo soliciten los adolescentes o la familia y existan las condiciones según necesidades del paciente.
6. Los hospitales Generales y Clínico-Quirúrgicos pueden hospitalizar adolescentes después de los 16 años si estos así lo requieren y aceptan, en cubículos destinados para adolescentes, pues a partir de esa edad tienen autonomía.
7. Las remisiones de adolescentes menores de 16 a 18 años hacia los Hospitales Pediátricos desde la Atención Primaria o los Hospitales de Adultos y viceversa debe ser coordinada y evaluada con los especialistas de ambas instituciones, y la edad no debe ser el factor determinante.
8. Los y las adolescentes con enfermedades crónicas pueden continuar su atención ambulatoria o de seguimiento por los hospitales Pediátricos hasta los 19 años donde se atienden por diferentes especialidades, así como seguimiento después del alta hospitalaria.
9. Cumplir adecuadamente la transición y transferencia de adolescentes a la atención médica de adultos según orientaciones propuestas.(ver anexo).
10. En las unidades hospitalarias deben mantenerse funcionando los equipos de salud multidisciplinarios para los servicios de hospitalización y ambulatorios, que ofrecen asistencia médica diferenciada y transdisciplinaria a los adolescentes.
11. En las unidades de atención secundaria se deben mantener o crear consultas dedicadas a adolescentes en las diferentes especialidades.
12. Se recomienda crear las Consultas de alta resolución de forma multidisciplinaria , tanto en la atención primaria como secundaria, de tal forma que el mismo día el paciente adolescente pueda recibir la atención por las especialidades que necesite , incluyendo exámenes complementarios como:( hemograma, glicemia, orina, ultrasonido, test de embarazo, Rx de tórax...EKG...ECO..entre otros.)
13. Crear y Mantener Servicios o Salas 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.
14. En la organización de estos servicios o salas mantener un horario de visita flexible que incremente el tiempo y la frecuencia diaria, de acuerdo a las posibilidades de la unidad hospitalaria.
15. Los Servicios de hospitalización de Psiquiatría Infantojuvenil de Hospitales Pediátricos deben tener en cuenta las condiciones físicas o sea desarrollo pondo-estatural para aquellos adolescentes que ya cumplieron 16 años, por lo que deben crearse condiciones de hospitalización para ellos en los Servicios de Psiquiatría de Adultos.

16. En los hospitales que no posean Servicios o Salas de Adolescentes, garantizar la atención transdisciplinaria a cada adolescente que ingrese, y agruparlos en camas contiguas o en cubículos, siempre que sea posible.
17. Las adolescentes embarazadas menores de 16 años que acudan al Cuerpo de Guardia de un Hospital Pediátrico por una urgencia (ectópico, apendicitis, politrauma, intoxicación, sepsis, descompensación o complicación de enfermedad crónica o retardo del desarrollo intelectual, debe ser atendida y evaluada por el equipo de guardia de mayor nivel y solicitar la interconsulta con las especialidades necesarias de forma inter, multi y transdisciplinaria.
18. Los Hospitales Maternos o Gineco-Obstétricos Obstétricos así como los Hospitales Generales y Clínico Clínico-Quirúrgicos deben tener creada condiciones para atender estas urgencias y nunca remitir en condiciones que ponga en riesgo la vida de las y los adolescentes.
19. En los Servicios de Terapia Intensiva de todos los hospitales mantener la presencia de un acompañante las 24 horas a todo paciente adolescente.
20. En todos los hospitales mantener la presencia del acompañante hasta la sedación del paciente adolescente quirúrgico y posteriormente en recuperación.
21. Continuar desarrollando y perfeccionando los Servicios y Consultas especializadas en áreas de salud y hospitales para la atención integral a la salud de adolescentes.
22. 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.
23. Mantener e incrementar el movimiento de promotores Adolescentes por la Salud en la comunidad.
24. Conocimiento de las leyes y programas vigentes relacionados con la salud de adolescentes por parte de todo el personal de salud vinculado a su atención.

b) **Información, Educación, Comunicación**

**Información**

- 1- Brindar 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, 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 debe informar 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 deben continuar la capacitación y actualización 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, deben continuar el fomento de 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 a la mujer y la familia, para brindar atención a los adolescentes y familia sobre cualquier tema de interés o problema que éstos presenten.
- 4- El médico y la enfermera de familia y el Grupo Básico de Trabajo deben continuar orientando a la familia en temas relacionados con la salud integral en la adolescencia, involucrando a maestros, profesores y brigadistas sanitarias de la FMC.
- 5- Los Grupos de Atención Integral a la Salud de Adolescentes de todas las instancias, deben coordinar las actividades educativas a este grupo poblacional, considerando sus problemas principales y motivaciones.
- 6- En todos los servicios estomatológicos se deben realizar 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- Utilizar todos los canales de la comunicación interpersonal, grupal y masiva para la orientación a los adolescentes, ofreciéndoles protagonismo y liderazgo en las acciones.
- 2- Los Centros Nacional y Provinciales de Promoción y Educación para la Salud deben coordinar con los medios de comunicación social, 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, continuarán el diseño 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 continuará la divulgación de diferentes temáticas de la sexualidad y su educación utilizando los medios de comunicación, entre ellos la revista “Sexología y Sociedad”.
- 5- El CENESEX continuará brindando servicios 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 deben estar disponibles materiales educativos sobre aspectos relevantes para la salud de los pacientes y sus familiares de este grupo poblacional.

**c) Preventivas y asistenciales:**

- 1- Los médicos y enfermeras de la familia continuarán desarrollando 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- **Realizar en los consultorios de la comunidad y escuelas las CONSULTAS DE PUERICULTURA O ATENCIÓN A ADOLESCENTES SANOS** cumpliendo con los 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- Priorizar en todos los niveles del sistema el médico y la enfermera 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 continuará realizando 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 régimen de internado prestará especial atención a la alimentación y nutrición de los adolescentes.
- 6- El equipo de salud en la atención primaria continuará realizando 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- Realizar los enjuagatorios de flúor y los controles de placa dento-bacteriana en las escuelas hasta los 18 años, con la periodicidad establecida.
- 8- En los servicios estomatológicos se continuará priorizando la atención curativa y rehabilitadora de los adolescentes hasta los 18 años de edad, estén o no incluidos en el sistema escolar.
- 9- Orientar y facilitar el uso de los anticonceptivos adecuados a este grupo poblacional en todos los espacios que se consideren oportunos y según el marco legal así como la anticoncepción de emergencia.
- 10- Ofrecer atención diferenciada a las adolescentes en los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual, tratando siempre que sea posible, utilizar el aborto medicamentoso de menor riesgo para las mismas y con un seguimiento posterior de su evolución el cual se realizará en la consulta por el especialista del centro y debe hacerse junto a su pareja y si es menor de 16 años con la presencia de su representante legal.
- 11- Ofrecer atención médica diferenciada a la adolescente embarazada (gestación, parto y puerperio) en todos los niveles de atención.

- 12-Interconsultar con Psicología a todas las adolescentes embarazadas y su pareja, 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-Ofrecer atención diferenciada y valorar por el médico de familia la interconsulta con el Ginecólogo Infanto-Juvenil y Psicología, a los/las adolescentes diagnosticados con alguna ITS y los considerados como contactos, sospechosos o asociados.
- 14-Los especialistas de Pediatría, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo continuará realizando las interconsultas a los adolescentes solicitadas por el médico de la familia y remitirán a las consultas cuando lo consideren necesario, manteniéndose la vinculación por el médico de la familia en dicho proceso.
- 15- Hospitalizar a todos los adolescentes con intento suicida los cuales serán evaluados por los especialistas de psiquiatría infantil o psiquiatría general.
- 16- Coordinar el alta de los pacientes adolescentes con intento suicida con el médico y enfermera de la familia, así como su seguimiento ambulatorio por el especialista de salud mental.
- 17-El ingreso de pacientes de 16 a 17 años, 11 meses y 29 días con trastornos psiquiátricos se realizará en las Salas de Psiquiatría de Hospitales Pediátricos según condiciones del servicio y patología del paciente.
- 18-Los Hospitales Psiquiátricos generales deben disponer de cubículos o salas para adolescentes mayores de 16 años con trastornos Psiquiátricos.
- 19-Orientar a la población adolescente la práctica sistemática de actividades deportivas y recreativas.
- 20-Cumplir estrictamente con los principios de la Ética Médica en todos los niveles de atención.
22. Realizar y cumplir adecuadamente la transición y transferencia de los y las adolescentes a los Servicios de Adultos.
- Las y los adolescentes así como sus familiares deben conocer como mínimo tres años antes que al cumplir los 18 años el paciente no puede continuar recibiendo los servicios en Hospitales Pediátricos y que su seguimiento se hará en las áreas de salud o Instituciones especializadas para la atención de adultos.
  - El médico o especialista debe acompañar o remitir al paciente con un Resumen de Historia Clínica amplio y detallado a la primera Consulta y dejar Copia para su Historia Clínica hospitalaria.
  - Las Historias Clínicas de los adolescentes que se atienden en Hospitales Pediátricos deben ser remitidas oficialmente a los hospitales de adultos o Institutos según correspondan por lugar de Residencia y diagnóstico.

**d) Docentes y de Investigación:**

1. Organizar y programar la Capacitación en el trabajo a profesionales, técnicos y personal que prestan servicios de salud a adolescentes en cada nivel del Sistema de Salud
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. Los Grupos de Trabajo 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 continuarán identificando los contenidos que necesiten los docentes y convendrán con los Institutos Superiores Pedagógicos las vías para prepararlos en la orientación y estimulación de la comunicación de pares entre adolescentes.
5. Se continuarán incorporando y ampliando los 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. Utilizar el Manual de Prácticas Clínicas para la atención Integral a la Salud del Adolescente, Puericultura y otros aprobados por el MINSAP para la atención a adolescentes en el país.
8. El Grupo de trabajo Nacional para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes en coordinación con el Área de Docencia e Investigación programará y desarrollará el Diplomado de Salud Integral en la Adolescencia, para realizarse con una periodicidad anual, así como la Maestría cada 3 años.
9. Se realizará en coordinación con la Sección de Ginecología Infanto Juvenil la programación y desarrollo de Diplomados de dicha especialidad con periodicidad bianual para la capacitación de especialistas y médicos de familia.
10. Mantener y desarrollar los Centros de Referencia para la Capacitación, Orientación y Atención integral a la Salud de Adolescentes, organizando y aprovechando los recursos humanos y materiales que se encuentran disponibles.
11. Desarrollar 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, cuyos resultados se diseminarán a decisores de Salud y Educación en los diferentes niveles, a los profesionales de estos Sectores que prestan servicios a los adolescentes, a las familias y a los propios adolescentes según el contenido de las mismas.
12. 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, deben continuar el diseño y la ejecución de investigaciones cualitativas para conocer e identificar percepciones, conductas, actitudes, aptitudes, prácticas, conocimientos, comportamientos, entre otras variables socioculturales de los adolescentes.
13. Utilizar las publicaciones científicas existentes para difundir los resultados de las investigaciones y actualizar conocimientos sobre adolescencia y

salud, así como el sitio web de adolescencia ([www.sld.cu/sitios/adolescencia/](http://www.sld.cu/sitios/adolescencia/)) y otros escenarios disponibles.

14. Celebrar jornadas científicas anuales relacionadas con la temática Adolescencia en las diferentes instancias del Sistema de Salud y Congreso Nacional cada tres años.

## **IX. VIGILANCIA**

1. Los Departamentos Materno Infantil Provinciales en coordinación con las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud y las Vicedirecciones de Epidemiología deben realizar la selección de 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. El Departamento 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 debe analizar semestralmente el comportamiento del embarazo en las adolescentes. y de las interrupciones de embarazo en las menores de 20 años.
3. El Departamento 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 Estadística, deben analizar semestralmente la mortalidad de este grupo poblacional por causas, desglosando en 10-14 y 15-19 años, por sexo.
4. El Departamento 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 deben analizar semestralmente la satisfacción de los adolescentes con los servicios que reciben en las unidades de salud, mediante técnicas rápidas de evaluación.
5. Los grupos de trabajo de Atención Integral a la Salud de Adolescentes en los diferentes niveles deben participar en el análisis de todos los aspectos incluidos en la vigilancia y ofrecerán asesoría para modificar los resultados desfavorables.

## **X. EVALUACION**

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

Se evaluarán los aspectos siguientes:

- Grupos 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.
- Cumplimiento de las consultas para Adolescentes Sanos /Puericultura).
- 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, salas o cubículos de hospitalización de adolescentes en las unidades hospitalarias
- Atención transdisciplinaria a los adolescentes en las unidades hospitalarias
- Atención diferenciada a la adolescente en los servicios de aborto y regulación menstrual en hospitales y áreas de salud.
- Atención diferenciada a la adolescente con afecciones ginecológicas e infecciones de trasmisión sexual (ITS)
- Atención diferenciada a la adolescente en la gestación, parto y puerperio
- Atención a adolescentes con intentos suicidas
- Hacer énfasis en el proceso de transición y transferencia de la atención del adolescente hacia la adultez.
- Grupos de adolescentes promotores de salud capacitados
- Satisfacción de los adolescentes con los servicios de salud
- En los Servicios Ambulatorios de las unidades de salud se considerarán los pasos para alcanzar la condición de “Amigo de Adolescentes”.

**• 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<br>Sitios y centros centinela: provincia y país                 |
|   |  |
| Morbilidad por accidentes del hogar                                       | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico, municipio<br>Sitios centinela: provincia y país                           |
| Morbilidad por accidentes en las escuelas                                 | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico, municipio<br>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.C E.D.O.   |
| Tasa de abortos en menores de 20 años                                     | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico<br>S.I.E.C: municipio, provincia y país                                    |
| Proporción de embarazos en menores de 20 años                             | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, policlínico<br>S.I.E.C: municipio, provincia y país  |
| <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>  | <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>   |
| <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>  | <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>   |
| <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>  | <b>ELIMINAR FILA EN BLANCO</b>   |
| Morbilidad por ITS<br><br>Tasa de mortalidad general de los adolescentes. | S.I.E.C E.D.O.<br><br>Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico. S.I.E.C de mortalidad: municipio, provincia y país. |
| Tasa de mortalidad por accidentes   | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico<br>S.I.E.C de mortalidad: municipio, provincia y país                      |

|   |  |
|---|--|
| Tasa de mortalidad por suicidio   | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico.<br>S.I.E.C de mortalidad: municipio, provincia y país |
| Tasa de mortalidad por homicidio  | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico<br>S.I.E.C de mortalidad: municipio, provincia y país  |
| Tasa de mortalidad materna  | Análisis de la Situación de Salud: consultorio, G.B.T., policlínico<br>S.I.E.C de mortalidad: municipio, provincia y país  |
| Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud recibidos | Encuestas  |

Se utilizarán también indicadores de otros Programas:

- Indice 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/VIH/sida.

#### **XI. Referencias Bibliográficas:**

- Aliño Santiago M., López Esquirol JR, y Navarro Fernández R.: Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006.

- Basaco Súarez M. B. . Reorganización de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil. En: Salud Mental. Experiencias Cubanias. Colectivo de Autores. MINSAP-OPS. La Habana 2009
- Berner E., Calandra N., Corral A.M y cols: Adolescencia: Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud. 1ra ed.Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich Ciudad de Buenos Aires, Argentina 2009.
- CEPAL: América Latina :Avances y desafíos de la implementación del Programa de Acción de El Cairo, con énfasis en el período 2004.2009. UNFPA 2010.
- *Colectivo de autores: Consulta de Puericultura. MINSAP-UNICEF. Cuba 2010*
- *Colectivo de autores: Cuba. Población y Desarrollo. CEDEM.Cuba.2009*
- Cortés Alfaro A., García Roche R., Lantero Abreu M., et cols: El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: Un enfoque epidemiológico.Rev Cubana Med Trop v.58 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2006.
- Cortés Alfaro A., Fiffe Y.M., García Roche R. y cols.: Características socio-demográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev. Cub. Med. Gen. Integ. v.23 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007.
- *Cruz Sánchez F., Martínez Vázquez N., Pineda S.,Aliño Santiago M. y colaboradores en: Programa de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia MINSAP 2000. Cuba*
- *Cruz Sánchez F, Molina Cintras.M.de la C y cols. Adolescencia y Necesidades. REMN 9:3046-3057, 2008.*
- Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Cuba 2010/11. [en línea]: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- Gran M. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad en Cuba. 1995- 2000 [en línea]: <http://tesis.repo.sld.cu/72/>

- Lewis SA, J Noyes, S Mackereth. Knowledge and information needs of young people with epilepsy and their parents: Mixed-method systematic review. BMC Pediatrics 2010, 10:103. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/103>
- Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales. Cuba 2007
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2011. Edición 2012. Pág. 21 [en línea]: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- Ministerio de Salud Pública: Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015. República Dominicana 2010.
- Ministerio de Salud Pública: Normas Nacionales para la Atención Integral de Adolescentes. Serie de Normas Nacionales No. 13. República Dominicana 2010.
- Ministerio de Saúde: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasilia 2010.
- Moras P.E., Linares C., Mendoza Y. y Rivero Y.: Consumo cultural y adolescencia en Cuba. Molinos Trade S.A. UNICEF 2011
- Ochoa R., Rojo Pérez N. y cols: Investigaciones sobre el VIH en el contexto de la Salud Pública Cubana. Centro Nacional de Prevención de las ITS.VIH/Sida. La Habana 2006.
- Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba 2010. Edición 2011 página 162. [en línea]: <http://www.one.cu/>
- Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Demográfico de Cuba 2010.[en línea]: <http://www.one.cu/PublicacionesDigitales/FichaPublicacion.asp?CodPublicacion=22&CodDireccion=2>
- OMS. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra 2009 .Descargado 19.06.12. URL: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
- OMS. Estadísticas sanitarias Mundiales 2012. Descargado 19.06.12. URL: <http://www.who.int/gho/indicatorregistry>
- OPS. Informe de la reunión de consulta sobre Salud y desarrollo sostenible en la Región de las Américas São Paulo. Brasil 2011. Descargado 19.06.12. URL: [new.paho.org/tierra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=262&Itemid=77&lang=es](http://new.paho.org/tierra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=262&Itemid=77&lang=es)

- OPS : Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas en los adolescentes. Cap.7. pág. 35. Washington. D.C., 2008
- Pinho Ribeiro P.C.: Atención a la Salud del Adolescente .Secretaria de Estado de Salud. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brazil 2006.
- Robledo Hoecher P.,Baeza Correa J. y cols.:Politica Nacional de Salud de Adolescentes y Jovenes. Ministerio de Salud de Chile 2008-2015
- Rodríguez J. y Hopenhayn M.: Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos. Desafíos: No. 4 enero 2007,CEPAL-CELADE. UNICEF
- Sierra Pérez D., Muñiz Roque AM., Gandul Salabarria L. y colaboradores. Programa del Medico y enfermera de la familia. Habana 2011 Cuba.
- **UNICEF:** Estado Mundial de la Infancia 2011 .La Adolescencia. Una época de oportunidades. Febrero 2011

## **XII. ANEXOS**

## **COMPOSICION DE LOS GRUPOS DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE ADOLESCENTES**

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

### **Lo integran representantes de:**

- Área de Asistencia Médica y Social (Departamentos de Servicios Ambulatorios, Hospitales, Enfermería, Estomatología, Asistencia Social, Especialidades)
- Área de Higiene y Epidemiología (Departamento de Epidemiología, Departamento de Salud Escolar del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y de la Dirección de Salud Ambiental del MINSAP, Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, UATS)
- Área de Docencia e Investigación (Departamentos de Docencia Médica y de Investigación y Desarrollo)
- Dirección Nacional de Estadísticas
- Grupo Nacional de Psiquiatría Infanto-juvenil
- Sección de Ginecología Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología
- Centro Nacional de Educación Sexual
- Centro Nacional de ITS/VIH/Sida

### **Invitados permanentes:**

- Departamento de Salud Escolar MINED
- Instituto de Medicina Deportiva y el INDER
- Servicios Médicos de la Dirección Nacional de Menores
- Departamento del MINJUS
- Especialista designado por el Ministerio de Cultura
- Especialista designada de la FMC
- Centro de Estudios de la UJC
- Representantes de la UJC,FMC,FEEM, Pioneros, CDR

**Cuadro 1. Población adolescente proyectada al 30 de junio del 2010 según grupo de edad y sexo.**

| Masculino | Femenino | Total     |
|-----------|----------|-----------|
| 363,057   | 340,648  | 703,705   |
| 389,783   | 371,161  | 760,944   |
| 752,84    | 711,809  | 1,464,649 |

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. 2010 MINSAP

**Cuadro 2. Población adolescente proyectada al 30 de junio del 2010 según grupo de edad y provincia.**

| Provincia      | 10 a 14 años | 15 a 19 años | 10 a 19 años | % de adolescentes* |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|
| Pinar del Río  | 39 088       | 39 791       | 78 879       | 13.3               |
| La Habana      | 32 772       | 33 930       | 66 702       | 13.2               |
| Artemisa       | 127 428      | 136 973      | 264 401      | 12.4               |
| Mayabeque      | 24 875       | 25 755       | 50 630       | 13.2               |
| Matanzas       | 44 763       | 45 589       | 90 352       | 13.1               |
| Cienfuegos     | 50 276       | 51 830       | 102 106      | 12.7               |
| Villa Clara    | 25 376       | 27 077       | 52 453       | 12.9               |
| S. Spiritus    | 27 566       | 29 895       | 57 461       | 12.3               |
| Ciego de Ávila | 25 753       | 30 347       | 56 100       | 13.2               |
| Camagüey       | 46 331       | 51 805       | 98 136       | 12.6               |
| Holguín        | 33 157       | 38 163       | 71 320       | 13.3               |
| Las Tunas      | 64 249       | 67 654       | 131 903      | 12.7               |

|                   |                |                |                  |             |
|-------------------|----------------|----------------|------------------|-------------|
| Granma            | 54 658         | 60 494         | 115 152          | 13.8        |
| Santiago de Cuba  | 65 429         | 75 482         | 140 911          | 13.5        |
| Guantánamo        | 36 525         | 39 758         | 76 283           | 14.9        |
| I. de la Juventud | 5 459          | 6 401          | 11 860           | 13.8        |
| Cuba              | <b>703 705</b> | <b>760 944</b> | <b>1 464 649</b> | <b>13.0</b> |

(\*)% calculado contra la población total del país

Fuente: Anuario Estadístico MINSAP

**Cuadro 3. Tasa de fecundidad según edad de la madre.  
Cuba. Años seleccionados.**

| Edad de la madre | 2000 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009  | 2010  |
|------------------|------|------|------|------|-------|-------|
| 15 – 19          | 49.6 | 41.8 | 43.4 | 49.2 | 51.3  | 52.9  |
| 20 – 24          | 96.5 | 87.4 | 89.1 | 99.5 | 107.8 | 106.6 |

Tasa por 1000 mujeres de la edad.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas e Información; Anuarios Demográficos de Cuba. Año 2010

**Cuadro 4.Captación de Embarazos en Menores de  
20 Años. Cuba. Años seleccionados.**

| Edades       | 2000  | 2005  | 2009  | 2010  |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| 12 a 14 años | ...   | ...   | 591   | 733   |
| 15 a 19 años | ...   | ...   | 21769 | 22898 |
| Total        | 19323 | 18054 | 22360 | 23631 |

... Información no disponible

**Cuadro 5. Regulaciones Menstruales en el Grupo 12 a  
19 Años. Cuba. Años Seleccionados.**

| Grupos de edades | Años  |       |       |
|------------------|-------|-------|-------|
|                  | 2006  | 2009  | 2010  |
| 12 - 14 años     | 1609  | 1080  | 1336  |
| 15 - 19 años     | 29820 | 22180 | 21299 |
| Total            | 31429 | 23260 | 22635 |

**Cuadro 6. Abortos inducidos en adolescentes.  
Cuba. Años 2006 y 2010**

| Grupo de edad | 2006       |                |        | 2010       |                |        |
|---------------|------------|----------------|--------|------------|----------------|--------|
|               | Quirúrgico | Medicamen-toso | Total  | Quirúrgico | Medicamen-toso | Total  |
| 12 - 14 años  | 982        | 237            | 1 219  | 984        | 133            | 1 117  |
| 15 - 19 años  | 16 495     | 3 315          | 19 810 | 16 778     | 2 110          | 18 888 |
| Total         | 17 477     | 3 552          | 21 029 | 17 762     | 2 243          | 20 005 |

**Cuadro 7. Morbilidad por infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Cuba. Años 2006 y 2010**

| ITS                | 2006   |       | 2010   |       |
|--------------------|--------|-------|--------|-------|
| <b>Blenorragia</b> | número | tasa  | número | tasa  |
| 10 - 14 a          | 40     | 5.0   | 15     | 2.1   |
| 15 - 19 a          | 1 336  | 158.2 | 840    | 110.4 |
| <b>Condiloma</b>   |        |       |        |       |
| 10 - 14 a          | 73     | 9.1   | 60     | 8.5   |
| 15 - 19 a          | 1 757  | 208.1 | 1384   | 181.9 |
| <b>Sífilis</b>     |        |       |        |       |

|           |     |      |     |      |
|-----------|-----|------|-----|------|
| 10 - 14 a | 17  | 2.1  | 8   | 1.10 |
| 15 - 19 a | 409 | 48.4 | 179 | 23.5 |

**H.S. Genital**

|           |    |     |     |      |
|-----------|----|-----|-----|------|
| 10 - 14 a | 4  | 0.5 | 20  | 2.8  |
| 15 - 19 a | 50 | 5.9 | 145 | 19.1 |

Tasa x 100 000 habitantes de la edad

**Cuadro 8. Intentos suicida. Cuba. Años 2006,2010**

| Grupos de edades | 2006 |       |       | 2010  |       |       |
|------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                  | M    | F     | Total | M     | F     | Total |
| 10 a 14 años     | 35,1 | 182,3 | 106,9 | 54,3  | 275,7 | 161,4 |
| 15 a 19 años     | 98,1 | 482,1 | 284,7 | 146,5 | 632,3 | 383,5 |
| Total            | 67,5 | 335,8 | 198,1 | 102   | 461,6 | 276,8 |

Tasa x 100 000 habitantes de la edad y sexo.

**Cuadro 9. Mortalidad de adolescentes según grupos de edad. Cuba. Años seleccionados**

| Grupos de Edades | 2000   |      | 2005   |      | 2010   |      |
|------------------|--------|------|--------|------|--------|------|
|                  | número | tasa | número | tasa | número | tasa |
| 10 - 14 a        | 261    | 0,3  | 200    | 0,3  | 162    | 0,2  |
| 15 - 19 a        | 402    | 0,6  | 415    | 0,5  | 266    | 0,3  |
| Total            | 663    | 0,4  | 615    | 0,4  | 428    | 0,3  |

Fuente: Anuario Estadístico. MINSAP.

Tasa por mil habitantes de la edad.

**Cuadro 10. Mortalidad materna en adolescentes. Cuba 2000, 2008 - 2010**

| Causa              | 2000 |      | 2008 |      | 2009 |      | 2010 |      |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                    | No   | Tasa | No   | Tasa | No   | Tasa | No   | Tasa |
| Directa            | 4    | 21.3 | 5    | 25.2 | 3    | 15.0 | 1    | 5.1  |
| Indirecta          | -    | -    | 2    | 10.1 | 4    | 20.0 | -    | -    |
| Mortalidad materna | 4    | 21.3 | 7    | 35.2 | 7    | 35.0 | 1    | 5.1  |

Tasa x 100 000 nacidos vivos de adolescentes