

***SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES.  
UN ACERCAMIENTO DESDE LAS POLÍTICAS SOCIALES.***

-Lic. Laritza Solares Pérez.

Centro de Investigaciones  
Psicológicas y Sociológicas (CIPS).

Grupo de Estudios sobre Familia.

Correo electrónico: [laritza@cips.cu](mailto:laritza@cips.cu); [nancytorres@infomed.sld.cu](mailto:nancytorres@infomed.sld.cu)

-Lic. Raynier Hernández Arencibia

Centro de Investigaciones  
Psicológicas y Sociológicas (CIPS).

Grupo de Estudios sobre Familia

Correo electrónico: [raynier@cips.cu](mailto:raynier@cips.cu)

***Resumen:***

Se esboza la adolescencia como etapa de importantes transformaciones en la vida de todo ser humano y se reseñan algunas políticas sociales referidas a estos grupos; además de analizar la salud en esta etapa con un enfoque integrador. Conjuntamente, se ofrece información sobre los principales problemas biológicos, psicológicos y sociales que produce la maternidad entre las adolescentes.

La fecundidad precoz es un tema que ha sido bastante trabajado por la ciencia social, pero su incidencia como fenómeno en el perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de cualquier sociedad, requiere aún el interés de continuar estudiándolo.

Es preciso señalar además, que en las políticas y programas de salud, la fecundidad adolescente es monitoreada sistemáticamente, dada su influencia en el comportamiento de dos de los indicadores más importantes para la salud: la tasa de mortalidad materna y la mortalidad infantil. Hay que recordar que la reducción de ambas está contemplada como metas y objetivos del milenio.

***Palabras claves:*** Adolescentes, políticas sociales, salud sexual y reproductiva, embarazo precoz.

### ***Notas introductorias:***

El desarrollo integral de los niños, adolescentes y jóvenes ha sido una prioridad para el Estado Cubano; ello se constata con la firma por parte de nuestro país, de todos los tratados internacionales que abogan por los derechos de esta población. Desde 1978 se establece el Código de la Niñez y la adolescencia en Cuba, que sin dudas marca un hito en las acciones por cubrir, satisfactoriamente, en las áreas que intervienen en el desarrollo social de estos grupos.

Entre los esfuerzos en materia de políticas sociales, es válido destacar la atención prevista desde el área de la salud a los adolescentes. La estrategia para cuidar la salud de la población cubana, liderada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), desarrolla un Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes; el cual se inició desde el año 2000 en todo el país (MINSAP, 2005).

Este Programa tiene como objetivo fundamental, incrementar la cobertura y mejorar la atención integral a la salud con un enfoque de género, para contribuir a elevar su calidad de vida a partir del redimensionamiento de los recursos del Sistema Nacional de Salud, con la participación activa de los y las adolescentes, la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial (MINSAP, 2005).

En la actualidad, se destacan diversas problemáticas en los adolescentes referidas a esta área, entre ellas: el consumo de sustancias tóxicas, el sedentarismo, la obesidad, la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

El presente trabajo se enfoca al análisis de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, tomando como punto de partida las políticas sociales que se han implementado. Además, aborda el tema específico de la maternidad precoz dentro del ámbito familiar. Utiliza para su desarrollo, métodos cualitativos (entrevista en profundidad a las adolescentes y expertos en el área de salud que trabajan con este grupo poblacional) y cuantitativos (cuestionarios).

## ***Las políticas sociales entorno a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.***

La adolescencia es una etapa convulsa en la vida, pues se deja atrás la niñez sin alcanzar aún la personalidad madura de un adulto. Se caracteriza por un acelerado desarrollo físico, y por un intenso pero paulatino desarrollo emocional y social; donde la influencia de los padres, amigos y medios de comunicación masiva juegan un importante papel al definir determinados valores y comportamientos que serán patrones de guía para estos grupos.

El intervalo de edades para delimitar este período varía de acuerdo a la cultura y la sociedad específica. Este trabajo toma como referente la definición dada en una declaración conjunta por la Organización Mundial de Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) en 1998. Esta definición señala que el término de “adolescencia” se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años (Rodríguez, A; Safora, O. 2009) con dos momentos: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años); aunque las nuevas leyes para la infancia plantean que la edad en que se inicia la adolescencia es entre los 12-14 años (Hernández, M; Valdés, F; García, R.2007).

A la etapa inicial, temprana (menos de 14 años) se le conoce como pubertad, que proviene del latín *pubertas*, que significa “apto para la reproducción”, y muchas veces se tiende a identificar la pubertad con la adolescencia; pero estas categorías no significan lo mismo, la adolescencia proviene del latín *adolecere* y significa “crecer”. Es decir que, dentro de la adolescencia está contenida la pubertad, momento a partir del cual se establece la identidad sexual y se comienzan a experimentar las fantasías sexuales, las sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado.

El adolescente se convierte físicamente en un adulto, pues en su cuerpo se producen una serie de transformaciones con la aparición de los caracteres sexuales secundarios: el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales de ambos. También aparece la primera menstruación en la hembra (menarquia) y en el varón la eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar (Lajonchere, C. 2003).

Pero el entregarse al amor implica una responsabilidad, que pocas veces es reconocida por los adolescentes, como resultado de la carencia de orientaciones cognitivas, por falta de experiencia, o porque asumen conductas provocativas y desafiantes para ponerse a prueba.

Se le suman a estas posturas asumidas a diario por la mayoría de los adolescentes, el hecho de que la actividad sexual suele ser eventual, y en ella influye también las condiciones y el lugar en que se producen, pues muchas veces se realizan de forma incómoda y rápida: en los asientos de un carro, en un rincón oscuro de una discoteca o de la calle, en los cines, etc., lo cual provoca un aumento de riesgos para la salud de los adolescentes y la posibilidad de que algo que comenzó bello se convierta en un punto aborrecido en sus vidas (Rodríguez, A; Safora, O. 2009).

El despertar de la sexualidad encuentra entonces a un ser, aún no preparado integralmente para comprenderla, y mucho menos para ejercerla, pero obligado a asumirla, como un componente esencial de su desarrollo (Sayu, CM. 2006). Esto trae como consecuencia, que numerosos adolescentes comiencen relaciones sexuales fortuitas con un final altamente conocido: el embarazo no deseado; fenómeno que afecta de manera directa la salud.

Según la Constitución de la OMS (Organización Mundial de Salud), la salud “es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta idea de salud se funda en el reconocimiento del carácter biopsicosocial del hombre.

Definir la salud a partir de un enfoque integrador revela que, la mayoría de los factores determinantes provienen del medio social. Por tal motivo, la sociedad como marco donde se construyen los sistemas y políticas de salud, debe generar estrategias que aboguen por la igualdad de derechos y posibilidades para acceder a los servicios.

En Cuba tras el Triunfo de la Revolución en 1959, se dieron una serie de transformaciones en relación con la salud, que estuvieron encaminadas a revertir las precarias condiciones heredadas del capitalismo. Se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual fue definido por la OMS como: complejo de elementos interrelacionados

que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como el medio ambiente físico y psicosocial en el sector de salud (Colectivo de autores. 2004).

Este sistema surge bajo la dirección de un organismo único, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), lo cual permitió que la salud pasara a ser un derecho del pueblo, estableciéndose su gratuidad para toda la población. Entre los primeros programas a desarrollar se encontraba: el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y el Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño.

La Ley de Salud Pública (1983) es explícita en su sección segunda: La atención materno-infantil ofrecerá a través del Sistema Nacional de Salud todas las garantías de salud a la mujer y al niño, la atención médica a la mujer gestante en consultas especializadas, hogares maternos (instituciones dirigidas al incremento del parto institucional y a la prevención del riesgo perinatal en la salud materno infantil) y otros servicios especializados, legalizándose la salud sexual y reproductiva como un derecho de las mujeres y de sus hijos/as.

Se establece además, el Programa de Planificación Familiar, mediante el cual se ha promovido una conducta de planificación de la reproducción, y se ha estimulado el uso de métodos anticonceptivos hasta un 77% en el 2008, cifra que supera el 61% a nivel mundial y el 75% de América Latina y el Caribe; y que influye directamente en la decisión sobre el número de hijos y el momento adecuado para tenerlos (PNUD, 2010).

La Planificación Familiar fue afianzada en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto, 1994 (CIPD) en un marco más amplio de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Entre los principales postulados de esta conferencia, se definió la planificación familiar como un derecho humano, como un componente de la salud reproductiva y como un instrumento de salud destinado a evitar un embarazo no deseado (Colectivo de autores. 2004). Se alertó además, sobre la vulnerabilidad de la adolescencia en estas cuestiones, pues esta población conformada por millones de personas, estaba olvidada en lo concerniente a los programas de salud sexual y reproductiva.

La realidad cubana en consonancia con lo planteado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, promueve la planificación familiar, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, como estrategias del SNS de larga data (más de 30 años). La existencia del Programa Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva.

El programa promueve además, el incremento de la participación del varón en la planificación familiar y en la salud reproductiva, y procura la disminución de todos los riesgos asociados a la reproducción. Expone que aún cuando los factores de riesgo más comunes son los biológicos, también son muy importantes los psicológicos y los sociales y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno (Peláez, J. 2007).

Unido a la planificación familiar, en nuestro país existe un Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes, el cual tiene como esencia la condición biopsicosocial y de género característico de este grupo, enmarcado en el período del ciclo vital y familiar por el que transita; y con satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social (Colectivo de autores. 2005).

Este programa permite fortalecer el vínculo médico-adolescente-familia, pues tiene como objetivo informar y orientar precozmente acerca de su alimentación, vacunación, sexualidad, prevención de embarazo y uso de anticonceptivos, para evitar los riesgos que con tanta frecuencia enfrentan los adolescentes como parte de su desarrollo.

En correspondencia con lo anterior, se plantea que los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes deben ser respetados, y lo correcto es educar, informar y orientar sin hacer críticas inoportunas, ni sancionar injustamente.

Se debe señalar también que, en este programa se toman en cuenta las características propias (necesidades e inquietudes) de este grupo poblacional, las cuales distan del niño y del adulto, motivo por el cual requieren de una atención diferenciada (consultas de ginecología-infanto juvenil) que garantice su salud sexual y reproductiva.

### ***El embarazo en la adolescencia.***

A pesar de esta evidente evolución, en Cuba la problemática del embarazo en la adolescencia continúa latente y la repercusión que tiene en la reproducción de patrones tradicionales de género, que afectan el bienestar integral de la adolescente, justifican la necesidad de continuar profundizando en el tema con una mirada sociológica, pues la maternidad precoz es un fenómeno que trae consigo una serie de riesgos en el ámbito biológico, pero también en el psicológico y el social.

Los riesgos biológicos se acrecientan cuando el embarazo tiene lugar en la adolescencia temprana, antes de que la joven cumpla tres años de edad ginecológica (años contados a partir de que tuvo su primera menstruación) (Peláez, J. 2010); algunos de estos riesgos son: parto pretérmino, anemia, bajo peso del recién nacido, frecuentes cesáreas, incremento de la morbilidad y de los riesgos de mortalidad materna. Sin embargo, el embarazo en la adolescencia tardía, puede transcurrir en óptimas condiciones porque el organismo desde el punto de vista biológico está preparado (Peláez, J. 2010).

Las afectaciones en la esfera psicológica muchas veces se muestran con un cierto rechazo hacia ese nuevo ser por parte de la madre adolescente, pues visualizan al hijo como un obstáculo que impide el desarrollo de su vida como joven (Rodríguez, A. 2010); asumen la maternidad con amargura, estrés, o simplemente la aceptan como parte de su condición femenina. Esto se debe a que les es muy difícil reinsertarse en su círculo de amigos o moverse en espacios recreativos (García, G. 2010), debido al tiempo y dedicación que les toma cuidar al bebé. En su entorno emocional, puede impactar también el hecho de no ser apoyada por su pareja, por sus familiares o por la sociedad.

Desde el punto de vista social, la maternidad precoz limita el proyecto de participación en la vida pública de las adolescentes, pues el cuidado del bebé se convierte en causa fundamental de abandono escolar. El no culminar los estudios reduce entonces las oportunidades laborales, y compromete la capacidad adquisitiva (ingresos monetarios) de la madre adolescente, para su propia subsistencia y la de su hijo; realidad que puede afectarla emocionalmente, al no poder satisfacer las necesidades materiales de su descendiente.



Con la maternidad adolescente se produce además un conflicto familiar, porque todo los padres quieren que sus hijas/os terminen sus estudios; pero no siempre pueden apoyarlos con el cuidado de los recién nacidos; ya que generalmente esos abuelos son personas jóvenes que continúan trabajando, actividad que no pueden abandonar porque son ellos los proveedores de ingresos. Por tanto, es un conflicto social con una base económica que altera la funcionalidad de la familia, al reducir su per cápita y generar una tendencia a la pobreza (los ingresos deben ser repartidos entre más personas).

Es importante señalar, que muchas madres adolescentes sí cuentan con respaldo familiar para reinsertarse en el espacio público, pero sobre la base de una suplantación de sus roles; pues en ocasiones el niño no es criado por su madre biológica, sino por la abuela; con lo cual la adolescente se convierte prácticamente en la hermana mayor de su propio hijo. Esta situación no solo daña la función afectiva entre madres e hijos, pues todo pequeño requiere necesariamente la atención de su progenitora; sino que implica además, conflictos de inadaptabilidad social que son sufridos por el niño, al no saber a quien dirigirse o a quien obedecer (se altera el núcleo familiar). Tiene que ser una familia muy funcional para que no se cambien los roles, y se logre un bienestar psico-social para la madre adolescente, el entorno familiar y principalmente el niño.

En Cuba, los adolescentes están protegidos por una política social que privilegia los derechos de la mujer en su atención a la salud reproductiva. Esto se ratifica no solo en el Programa Materno-Infantil, sino también en el de Planificación Familiar; siendo además, el uso del aborto como método anticonceptivo, una de las preocupaciones más frecuentes en los estudios médicos (Fleitas, R. 2005).

El derecho al aborto se institucionalizó en nuestro país en el año 1965, a través del Sistema Nacional de Salud, y constituye un logro en el marco de lucha por la igualdad de la mujer, pues su práctica se ejerce en condiciones sanitarias, a la cual pueden acceder gratuitamente todas las mujeres.

En el caso de las adolescentes de dieciséis años o menos, se exige el consentimiento de los padres, para la realización del aborto. Esto ha motivado, en no pocos casos, a problemas vinculados con el retardo de su práctica, que se pueden deber a: la corta edad (poca experiencia para reconocer los síntomas), la ignorancia respecto a dónde acudir

para obtener orientación, o al miedo de no contar con el apoyo de los padres (esto último pone de manifiesto los problemas de comunicación que existen entre los jóvenes y sus progenitores).

Resulta imprescindible entonces, estudiar las razones que llevan a una adolescente a tomar la decisión de abortar, decisión que muchas veces está fundamentada en factores externos: presión de la familia (para que los hijos continúen estudiando o por la dependencia económica), presiones de la pareja, o por los estigmas sociales que existen para las madres solteras (Peláez, J (s.f.)); todo lo cual pone en evidencia las diferencias encontradas para explicar un mismo fenómeno ante variadas condiciones socioeconómicas.

El aborto en la adolescencia constituye, un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad; pues su práctica es asumida por muchas mujeres como método anticonceptivo, dando muestras de una conducta sexual y reproductiva irresponsable; pues aunque se ha logrado una evidente reducción de la mortalidad materna, no podemos asegurarlo respecto a la morbilidad.

Por ello, el Programa Materno-Infantil que identifica el uso frecuente del aborto como un problema de salud reproductiva, trazó el propósito de reducir sus tasas introduciendo el método de las regulaciones menstruales, consolidó la práctica preventiva del uso de la anticoncepción y organizó acciones educativas en las jóvenes, para desarrollar conductas sexuales y reproductivas más racionales (Fleitas, R. 2000).

Para evitar los embarazos no deseados, existe también una amplia difusión de información, y aunque en nuestro país por razones económicas se ha limitado la diversidad y el recurso de métodos orales e inyectables en la red de farmacias y servicios de planificación familiar, la disponibilidad de dispositivos intrauterinos (DIU) y condones puede reconocerse como sostenida. Además de los servicios de planificación familiar que existen en las áreas de salud y en los Consultorios del Médico de Familia (nivel primario de atención) (Alfonso, A. 2006).

La calidad de vida es un concepto que hay que verlo en relación a las oportunidades de desarrollar todo el potencial con que se nace, si la fecundidad adolescente atenta contra

esas oportunidades está perjudicando la calidad de vida de las mujeres, mas allá de la conciencia que se tenga de eso.

Es preciso entonces que el Estado trabaje en el desarrollo de una más eficiente educación sexual con enfoque de género transversal a todos los servicios de salud y las personas que participan en ellos en sus diversos roles, que no solo brinde información sobre la anticoncepción; sino que promueva a través de los medios de difusión masiva una cultura de participación con equidad de género, que divulgue el papel que desempeña el varón dentro de la relación de pareja, con el fin de estimular en ambas partes la responsabilidad ante el acto sexual y eliminar la patriarcalización de la anticoncepción.

Pero esta voluntad política no solo debe mostrarse a nivel macro-social sino también en lo micro; pues las instituciones que brindan servicios de salud, deben exigir la presencia del varón en las consultas de ginecología-infanto-juvenil, en las consultas de planificación familiar, en las prácticas abortivas y en el momento del parto; y para ello deben justificar su ausencia en el centro escolar o laboral.

También es necesario crear en estas instituciones, las condiciones materiales que le permitan al hombre desarrollar un proceso de acompañamiento a la pareja; pues la participación del varón no solo beneficia al niño, sino a la madre, la familia, y a él mismo como padre, y debe ser inculcada por la familia a través de un largo proceso de socialización que no reproduzca patrones sexistas; con el fin de visualizar la salud sexual y reproductiva como problema de pareja y asumir con ello, la responsabilidad del control de la natalidad. Se debe trabajar mejor en la divulgación de los riesgos sociales de reproducción de una cultura patriarcal generada por la maternidad adolescente.

### ***Conclusiones:***

La adolescencia es vivida por cada ser social de manera diversa y es distintiva en sí misma por sus procesos biológicos, psicológicos y por la relación particular que durante ella se establece con el entorno social.

A su vez, la salud, deber ser estudiada con un enfoque global que integre el entorno social, los roles que desempeña cada individuo, las conductas sexuales de riesgo, etc.; para dar cuenta de la variación que se produce de una época a otra, entre culturas, géneros

y otras construcciones sociales. En este sentido, resulta significativo realizar una mirada a los adolescentes, pues investigaciones constatan que sus prácticas de vida, entorno a la salud sexual y reproductiva, son en la actualidad de riesgo.

En Cuba, las políticas sociales en materia de salud dirigidas a los adolescentes han propiciado servicios de atención integral a estos grupos. Las adolescentes cuentan con consultas para el seguimiento de su embarazo y se han creado espacios para la orientación a los padres. Se han desarrollado también, programas y proyectos de educación sexual para divulgar los métodos anticonceptivos y prácticas de vida saludable. Además, se han elaborado estrategias desde la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), para potenciar la incorporación a la vida laboral de la mujer y su superación educativa.

Otro aspecto a resaltar en materia de políticas es aquella disposición que permite al hombre acogerse a la licencia de maternidad. Aunque no ha habido aún, una representación significativa de hombres disfrutando de este beneficio, si se puede decir que sin dudas constituye un logro del país en términos de equidad y de corresponsabilidad en la crianza de los hijos y el desarrollo de la familia<sup>1</sup>.

Las políticas expuestas privilegian un proyecto de renovación del sujeto femenino a favor de su autonomía, favorecen la disminución de la fecundidad en las edades más jóvenes; y propician entornos protectores desde la promoción de salud y la prevención de conductas de riesgo.

---

<sup>1</sup> El 13 de agosto de 2003 del Decreto Ley No. 234 “De la mujer trabajadora”, donde se establece la posibilidad de que ambos progenitores compartan la Licencia de Maternidad (Artículo 16), para propiciar el mejor desarrollo de niños y niñas.

### ***Bibliografía consultada:***

- ✚ Alfonso, Ada. (2006): Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Revista Cubana Salud Pública, 32(1).
- ✚ Álvarez, M. (1995) “Maternidad y Paternidad. Roles de Género”. Revista Sexología y Sociedad, 1 (1).
- ✚ Colectivo de autores (2004): Introducción a la Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- ✚ Colectivo de autores (2005): Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Una actualización necesaria. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional Materno Infantil. Cuba.
- ✚ Colectivo de autores (2007): Adolescencia. Una reflexión necesaria. Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ). Proyecto de Divulgación de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Cuba (UNICEF).
- ✚ Convención sobre los Derechos de la infancia (CDI), (1990): (digital).
- ✚ Fleitas, R. (2000): La identidad femenina en madres adolescentes. Tesis de Doctorado. La Habana. Cuba.
- ✚ Fleitas, R (2005): La Maternidad adolescente: Un enfoque sociocultural, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Familia.” Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba
- ✚ Guerrero, N. (1995) “El valor de la educación sexual”. Revista Sexología y Sociedad, 1 (2).
- ✚ Lajonchere, C. (2003): El embarazo en la adolescencia, Editorial Científica Técnica, La Habana. Cuba.
- ✚ MINSAP (2005). Actualización del Programa de Atención Integral al Adolescente. La Habana.
- ✚ Moragas, R (2006): Concepciones de salud, en “Selección de Lecturas de Sociología y Política Social de Salud”. Editorial Félix Varela. La Habana. Cuba.
- ✚ Peláez, J. (2001): Métodos Anticonceptivos, actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
- ✚ Peláez, J. (2007): Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Editorial Científico-Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
- ✚ Peláez, J. (s.f.) Aborto en las adolescentes: ¿Quién toma la decisión? (digital)

- ✚ Posada, C. (2004) “Embarazo en la Adolescencia: No una opción, sino una falta de opción”. Revista de Sexología y Sociedad, 10 (24).
- ✚ Rodríguez, Aldo; Safora, Omayda (2009): Embarazo en la adolescencia. Dos caras de una moneda. Editorial Científico-Técnica. La Habana.
- ✚ Sayu, C.M. (2006). Comportamiento de algunos aspectos de la sexualidad en las adolescentes: <http://www.monografias.com/>
- ✚ Situación de Salud en Cuba (2009): <http://www.dne.sld.cu/desplegables/indexcuba.htm>

### Entrevista a expertos:

- ✚ García, G (2010): Dirige el Programa Materno-Infantil en la Dirección Municipal de Salud. La Lisa. Asesora de Pediatría en este equipo
- ✚ Peláez, J (2010): Presidente de la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil, adscripta a la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia.
- ✚ Rodríguez, A (2010): Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor del Diplomado Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil y Master en Atención Integral a la Mujer.
- ✚ Rodríguez, R. M (2010): Psicóloga, Sexóloga, Master en Sexualidad y Profesora auxiliar e investigadora del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).
- ✚ Safora, O (2010): Master en Atención Integral a la Mujer. Miembro de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia, de la Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil.