

SITUACIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN CUBA

Dra. Reina Fleitas Ruiz

Departamento de Sociología, Universidad de La Habana
reina@ffh.uh.cu

CÓMO LA POLÍTICA DEL ESTADO CUBANO, GUIADA POR PRECEPTOS MARTIANOS, HA CONTRIBUIDO A CREAR UNA REALIDAD DEMOCRATIZADORA PARA LA INFANCIA EN LA CUBA ACTUAL.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la cultura de la infancia es polémico y multidisciplinal. Autores de diversas disciplinas se diferencian entre los que sostienen que la idea de la infancia es fruto de la modernidad¹ y los que afirman que siempre ha existido una idea y trato hacia la niñez que se caracterizó por múltiples formas y no sólo por su carácter represivo.² A pesar de esas distinciones de enfoques, todos concuerdan en que el progreso de la humanidad se puede describir también por una transición hacia una sociedad en la que se observan enfoques y prácticas de un mejor cuidado a los niños, aunque todavía se reproduzcan prácticas discriminatorias para niños por su diferente sexo, raza, clase y cultura.³

La historia sobre la infancia es un pasaje no escrito aún por los científicos sociales cubanos; sin embargo, es de esperar que, como en otros países, en Cuba se identifique también una transición democratizadora a lo largo de los siglos en relación con el cuidado de la infancia, claramente palpable en los últimos años después de la revolución de 1959, cuando los niños se convirtieron en alta prioridad política. Esa práctica revolucionaria con respecto a la niñez se explica debido a que el pensamiento que comenzó a determinar los enfoques de política tenía raíz martiana, y en la obra política y literaria de Martí se evidencia una visión pro-

tectora y democratizadora hacia quienes llamó «la esperanza del mundo». Motivo es del presente trabajo dar a conocer cómo la política del Estado cubano, guiada por esos preceptos martianos, ha contribuido a crear una realidad democratizadora para la infancia en la Cuba actual.

SITUACIÓN DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN CUBA

Desde la década del sesenta del siglo xx Cuba se ha caracterizado por ser un país que prioriza la política social con un sentido de equidad territorial, de género y por edades. A pesar de las difíciles condiciones económicas que ha provocado el bloqueo de los Estados Unidos, se han acumulado, durante varias décadas de ese siglo, importantes logros en relación con la calidad de vida de la infancia y la adolescencia.

El Estado cubano ha institucionalizado una política de desarrollo humano que brinda protección a sus niños y adolescentes. Durante el presente lustro del nuevo milenio se ha mantenido ese enfoque a pesar de las tensiones que genera la escasez de recursos materiales para su implementación. El principal objetivo del país ha sido invertir en la formación de recursos humanos, lo cual ha determinado una política de salud y educacional que promueve capacidades en los infantes, adolescentes y jóvenes de todos los sexos y razas. Cuba



te un largo período de tiempo, han logrado un impacto en la sociedad cubana que se traduce en un incremento de la población anciana (14,8 % en 2003)⁹ y una tendencia al decrecimiento de los grupos más jóvenes. La carga de personas que no generan ingresos para la familia y requieren cuidados especiales propios de la edad, se incrementa, lo cual es un dilema para una sociedad que logra niveles altos de incorporación de la mujer al trabajo, no tiene un adecuado sistema de servicios de atención al trabajo doméstico y aún prevalecen prácticas patriarcales de distribución de los roles domésticos que sobrecargan a la mujer.

Las políticas de desarrollo han generado bienestar para el pueblo cubano con más equidad, pero también plantean nuevas contradicciones a resolver, como las de la sobrecarga de roles para la

ha apoyado y firmado todas las convenciones que protegen y promueven los derechos de la mujer y la infancia, lo que es una muestra de la voluntad política de luchar a favor de la equidad de esos grupos.

Como país en vías de desarrollo, se conoce que Cuba muestra un comportamiento de indicadores sociales que la acerca a los países más desarrollados. Aunque su producto interno bruto (PIB) es inferior y no cuenta con recursos naturales importantes, Cuba se ubica entre los países de más alto índice de desarrollo humano (IDH), en la posición 52 con un valor de 0,806, y en la posición 8 entre los países latinoamericanos desde 2001.⁴ En el Informe sobre Desarrollo Humano de 2004 ratifica esa posición por el balance de sus indicadores correspondientes a 2002 y el valor mejora a 0,809.⁵

Como se ha dicho, el principal recurso de Cuba es el humano. En 2004 la población total de este país estaba formada por 11 240 743 habitantes, de los cuales 50,1 % pertenecían al sexo masculino y 49,9 % al femenino. En 2003 los menores de 0 a 4 años representaban 6,3 % del total y 14 % de 5 a 14, sumando ambos grupos un valor de 20,3 %. En ese año la población menor de 19 años ostentaba un valor de 27,4 % del total.^{6,7} Las bajas tasas de natalidad (11,3 % en 2004),⁸ sostenidas duran-

mujer y el replanteo de las relaciones familiares con vista a lograr un adecuado funcionamiento de la familia en torno al cuidado de la infancia y la adolescencia. Aunque el Estado haga todo lo posible por la protección a esos grupos, la tarea del cuidado es en primer lugar una responsabilidad de la familia. Sobre la familia, y en particular de la mujer, recae también el cuidado del anciano o la anciana, quienes se han convertido en un grupo numeroso, dado el crecimiento de la esperanza de vida en hombres y mujeres durante las últimas cuatro décadas del siglo xx.

Durante el período de 2000 a 2005 se observan en Cuba ajustes en la política social dirigidos a hacerla más eficaz con el propósito de lograr más equidad.

El informe de Cuba sobre el cumplimiento de los objetivos del milenio es ilustrativo en datos que muestran los avances y el esfuerzo del gobierno y la sociedad civil en la búsqueda de nuevas fórmulas para potenciar las capacidades humanas. Los resultados alcanzados en el presente lustro reflejan cómo se ha creado un entorno protector a los derechos de la infancia y la adolescencia, en el cual el Estado desempeña un papel relevante, y los niños, niñas y adolescentes son una prioridad en su política social.

Según el informe de Cuba y el IDH de 2003, el país ocupa el quinto lugar por sus bajos niveles de pobreza entre noventa y cuatro naciones en desarrollo.¹⁰

El modelo de desarrollo social cubano no se centra exclusivamente en los ingresos para lograr mayor bienestar: la gratuidad de una serie de servicios vitales y la subvención a alimentos de la canasta básica son también alternativas para desarrollar la calidad de vida.

Durante el período que media entre 2002 y 2004 la política social cubana se continúa proyectando con una visión integral-multisectorial y va incorporando un enfoque más personalizado, más focalizado hacia grupos vulnerables.

En la política social se ha mantenido la prioridad de apoyo al Programa Materno-Infantil, la atención a los discapacitados de muy diversas maneras y la ampliación del acceso al agua potable y su saneamiento. En la esfera de la educación se perfecciona el proceso de enseñanza con el programa de reducción de la cantidad de niños por aulas para lograr una diferenciación en el aprendizaje, se amplían las cuotas y modalidades de formas de acceder a la enseñanza superior y se informatiza la enseñanza. En la salud se descentralizan los servicios, se fortalece la atención comunitaria y se consolidan programas como el de los hogares maternos mediante la institucionalización de iniciativas como las casas maternas. O sea, se pone el acento en el perfeccionamiento de una serie de servicios para el desarrollo de las capacidades de grupos de todas las edades, sexos, razas y sectores sociales.

Lo anterior no significa que se haya logrado avanzar en todos los frentes que definen la pobreza, pues aún persisten problemas en la vivienda que impactan los servicios sociales y a la familia, muchos empleos no están adecuadamente remunerados, existen dificultades en la disponibilidad de alimentos, como los cárnicos y los lácteos, y escasez de equipamiento electrodoméstico en los hogares. Este último factor dificulta el avance del proceso de empoderamiento de la mujer en la sociedad.

Esa situación es aún más precaria en medios rurales y se comporta de manera desigual por territorios; se hace más frágil en las provincias que el Informe de Desarrollo Humano y Equidad en

Cuba de 1999 reconoce como poseedoras de un índice menor de desarrollo: Granma, Las Tunas, Camagüey y Guantánamo, con 0,3724; 0,4348; 0,4641 y 0,4661, respectivamente. El mapa de Vulnerabilidad Alimentaria reconoció a Santiago de Cuba, Holguín y Guantánamo como las provincias de situación más crítica.¹¹

Durante el presente lustro el gobierno ha implementado un programa de desarrollo de la agricultura urbana, construcción de acueductos para paliar la sequía, reforzamiento de la alimentación a niños, niñas y embarazadas con bajo peso, suplementos alimentarios para estudiantes y acciones de cooperación internacional para el desarrollo, que le han permitido mejorar la situación alimentaria de la población. De ahí que el Primer Informe de Cuba sobre el cumplimiento de los objetivos del milenio identifique un incremento del consumo de energía alimentaria para 2003 que reduce el riesgo de la subnutrición a 2 % de la población.¹²

A pesar de la tensión con los recursos alimentarios y los bienes, la política de priorizar el desarrollo de la infancia le ha posibilitado a Cuba mantener valores positivos en indicadores de nutrición infantil que entre los países latinoamericanos se clasifican como de un alto índice de desarrollo humano.

Según el IDH, Cuba ocupa la octava posición en América Latina, mientras que en relación con el porcentaje de niños con bajo peso al nacer se ubica en el segundo lugar de los países que han logrado un mayor adelanto, aunque se trata de un país con un PIB menor. En 2004 la tasa del bajo peso al nacer se redujo a 5,5 %, de 5,9 % en 2002.¹³

Además, en Cuba no se observan diferencias en el trato de niños y niñas en el suministro de alimentos. La atención a la alimentación de la infancia y los adolescentes se fortalece a través de la red de comedores escolares: durante el período, en el nivel de secundaria se amplió la enseñanza a la sesión de la tarde con la garantía de una cobertura total de almuerzos para los estudiantes de las instalaciones. Las acciones de cooperación internacional del Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han contribuido a reforzar la dieta en muchas escuelas de las zonas más vulnerables. Eso

significa que se observan avances en el cumplimiento del objetivo que plantea la lucha contra la pobreza y el hambre en relación con la infancia y la adolescencia. Esas acciones han contribuido a que en provincias como Granma el índice de bajo peso al nacer en 2004 esté por debajo de la media nacional de 5,5; que Santiago tenga un valor aproximado de 6,5 y Guantánamo de 5,8,¹⁴ ambos con valores inferiores a los países latinoamericanos de desarrollo humano alto.

La superación de la vulnerabilidad alimentaria en edades tempranas está también determinada por la política de salud de promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los nueve meses. En 2003 se alcanzaba una cifra de 41 % de niños y niñas en lactancia materna exclusiva y 42 % en la lactancia complementaria.¹⁵

En relación con la salud de la infancia, destaca por su importancia el Programa Materno-Infantil (PAMI), probablemente el más antiguo que mantiene alta prioridad gubernamental. Dentro del PAMI nace, como una alternativa para hacer más eficaz su funcionamiento, el Programa de Hogares Maternos, que hoy nuevamente se perfecciona gracias a las iniciativas de las casas maternas y al apoyo de la cooperación internacional.

El programa ha logrado, con su innovación, mantener bajas tasas de mortalidad materna e infantil, a pesar de la tensión que genera la escasez de recursos y la situación de vulnerabilidad alimentaria en algunos territorios. La UNICEF considera que la tasa de mortalidad del menor de cinco años es un indicador de bienestar, usado para clasificar a las naciones de acuerdo con el orden de prioridad que dan a la protección de la infancia. Cuba ocupa la posición 153 en orden descendente en la mortalidad del menor de cinco años entre 194 países, con ocho por mil nacidos vivos en 2003.¹⁶ Sólo 36 países superaban esa tasa y 4 la igualaban. En 2004 se logró reducir a 7,7.¹⁷ En el menor de un año se observa un descenso de 6,5 en 2002 a 5,8 por mil nacidos vivos en 2004, la más baja de América Latina.¹⁸ Sin lugar a dudas, una mejor alimentación del infante y la embarazada redundan en una baja de la mortalidad infantil.

Se observan, sin embargo, algunas diferencias territoriales. En Granma se obtienen valores más bajos a la media nacional en las tasas de mortalidad de los menores de un año y de cinco años,

mientras que en Santiago y Guantánamo, aunque los valores sean bajos y positivos en su comparabilidad latinoamericana, están por encima de la media nacional. Si además se comparan con los valores obtenidos por esas localidades en 2002, se observará un crecimiento en las tasas de mortalidad infantil de los menores de un año y de cinco años. Las tres regiones ostentan valores superiores a la media nacional en la tasa de mortalidad perinatal. En ese período se producen las afecciones que se reconocen como las principales causas de muerte en menores de un año.

Los niños y niñas cubanos tienen una cobertura de salud garantizada en la aplicación de diez tipos de vacunas que los protegen contra trece enfermedades transmisibles: poliomeilitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, paratoditis, formas graves de tuberculosis infantil, fiebre tifoidea, hepatitis B, haemophilus influenza, meningocócica B y C. La cobertura en casi todas es superior a 95 %.¹⁹ En el sarampión la inmunización en 2003 fue de 99 %.²⁰ Durante el período del nuevo milenio, niños y niñas se han visto libres de tos ferina, tétanos, sarampión y poliomeilitis.²¹

Entre los niños menores de un año las afecciones perinatales, las anomalías congénitas cardiovasculares, la influenza y la neumonía, la sepsis y los accidentes en el hogar, son las principales causas de mortalidad.²²

La principal causa de muerte entre niños de uno a cuatro años y de cinco a catorce sigue siendo los accidentes, aunque las tasas tienden a reducirse. En el primer grupo de 1,2, en 2003 a 1,1 en 2004; en el segundo grupo, de 7,7 a 6,9. Éste es un indicador que en ocasiones revela probabilidad de negligencia en el cuidado de niños y niñas. En el grupo de diez a diecinueve años creció ligeramente la tasa de accidentes de 12,2 a 12,6.²³

Tanto en edades tempranas como en el grupo de cinco a catorce años, crece la mortalidad por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

La protección a la salud materna es una forma de invertir en el inicio de una vida saludable para la infancia. Se ha logrado sostener una baja tasa de mortalidad perinatal gracias al cuidado de las embarazadas y su seguimiento en los hogares maternos. Desde 1997 se realizan en hospitales 99,9 % de los partos, lo cual influye en la calidad de vida con que nacen los niños y en la

garantía de un derecho a tener identidad. Al momento del nacimiento y aun durante el ingreso de la madre, se logra de manera coordinada con los registros civiles el reconocimiento de la filiación del niño o la niña y de su individualidad, sin discriminación para la madre y el infante. Ese proceso está amparado en la Constitución y en un mecanismo ágil que beneficia a ambos. Esa facilidad permite tener una cobertura del ciento por ciento de los niños y las niñas inscritos al nacer.

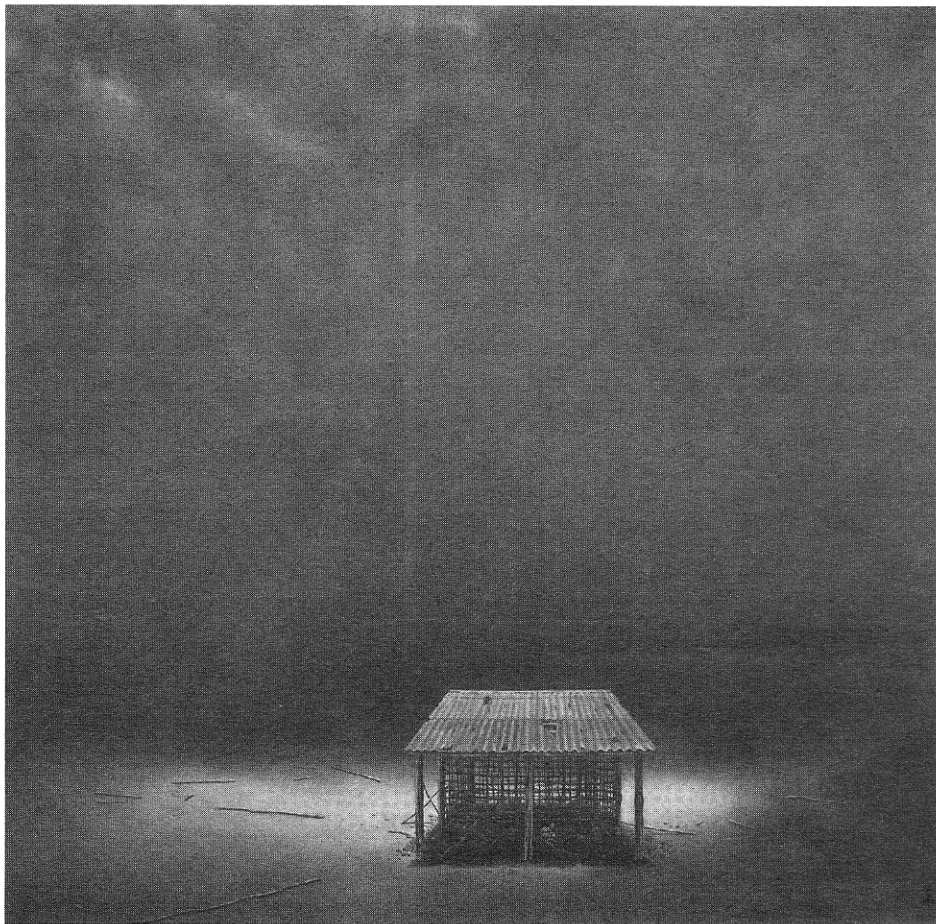
El Programa Materno-Infantil ha logrado un seguimiento a las embarazadas con riesgo, de manera particular en zonas rurales y de montaña, con las iniciativas de los hogares maternos.

Ello ha permitido mantener bajos los valores de la mortalidad materna.

En 2000 la tasa de mortalidad materna en Cuba se muestra como una de las más bajas de América Latina. El valor bajo de la tasa de mortalidad materna ubica a Cuba en la tercera posición entre los países de América Latina.²⁴ En 2004, aun con el valor de 38,5,²⁵ sigue ocupando una posición privilegiada. Sin embargo, si se compara con 2001, cuando la tasa llegó a 33,9, se detecta una tendencia ligera al alza, pero en relación con 2000 y 2003 es menor.

A nivel de algunos territorios de la zona oriental de Cuba se identifican diferencias mínimas, a excepción de Santiago de Cuba. En Granma era de 18,2 en 2004; en Guantánamo, de 27,5; y en Santiago de Cuba, de 104,7.²⁶

También en el comportamiento de este indicador observamos una mejoría en los valores de Granma que, desde antes de 2002, se halla por debajo de la media nacional y sigue reduciéndose, mientras que se elevan las cifras de las otras dos provincias, aunque la de Guantánamo se mantiene



por debajo de la media. Mientras que la de Santiago de Cuba posee el valor más alto del país, con una cifra que duplica la de Ciudad de La Habana y casi la de Pinar del Río. Las tres principales causas siguen siendo los abortos, el embarazo ectópico y las complicaciones del puerperio y el parto.

Es necesario acotar que los programas educativos que tratan de incidir en la conducta sexual de adolescentes, la cobertura a una sexualidad planificada y la de prácticas abortivas han permitido reducir las tasas de fecundidad adolescente, que inciden en el indicador del bajo peso al nacer. En la década del ochenta las adolescentes llegaron a ocupar en el país el segundo lugar en la estructura etárea de mujeres en edad fértil, después del grupo de veinte a veinticuatro años. En 2002 se encuentran en la cuarta posición y muestran una tasa de 49,1 menor que la del censo de 1953 de 58,9.²⁷ En 2004 la tasa continúa su descenso a 44,8. y se mantiene la posición.²⁸ El grupo que más aporta a la fecundidad, se halla en la etapa tardía de dieciocho y diecinueve años. Se sabe también que la relación aborto-fecundidad entre adolescentes

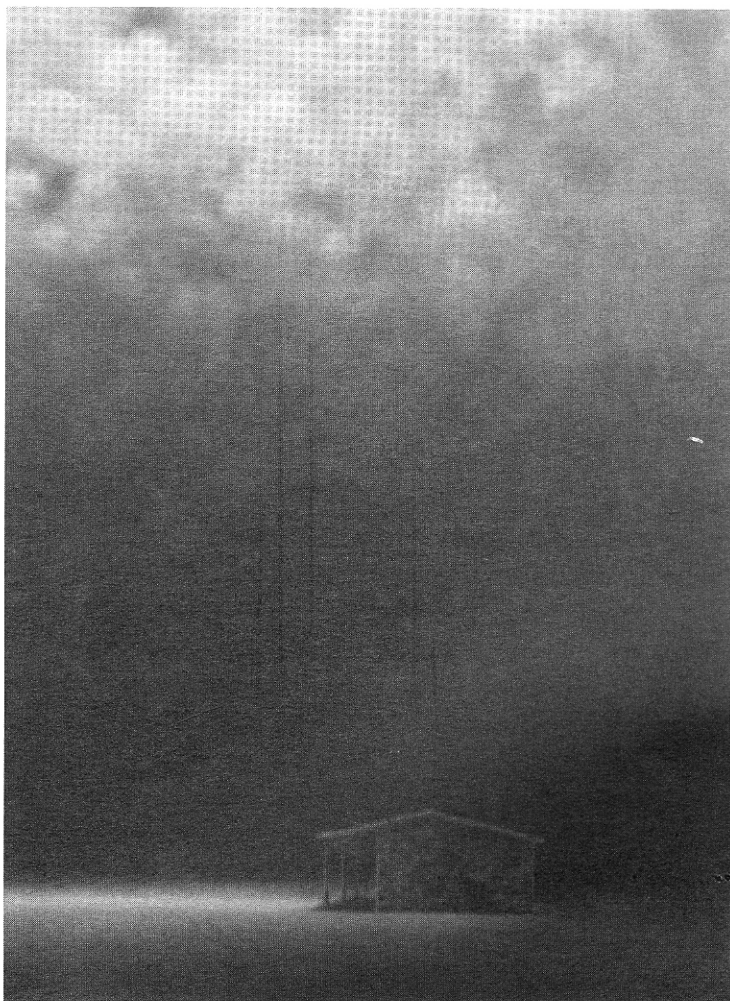
favorece al primero, y que con frecuencia en ese grupo de edad se usa el aborto como método de anticoncepción. No obstante, en algunas regiones del país se pueden observar ligeros incrementos en la tasa de fecundidad adolescente que constituyen preocupaciones para quienes ejecutan el PAMI y tratan de lograr mejorar los indicadores de salud reproductiva en sus localidades. Esa preocupación afloró durante la visita de los evaluadores a los hogares maternos. Las estadísticas visibilizan un ligero incremento de la maternidad adolescente en Guantánamo, que tenía una tasa de 59 en 2002 y se eleva a 62,7 en 2003, frente a una estabilidad de esas tasas en las provincias de Granma y Santiago de Cuba.²⁹

Los datos del *Anuario demográfico de Cuba* muestran que la fecundidad adolescente es un problema sobre todo de la mujer y no de los hombres. La pareja con que la madre adolescente tiende a concebir su criatura, fue en 73 % de los casos, un hombre que rebasaba los veinte años en 1998. Eso indica que el rol reproductivo en esas edades se concentra entre las mujeres. En ese año las madres adolescentes eran 18 840 y los padres adolescentes 2 995.³⁰ Esa característica se ha mantenido invariable durante estos años. Existe la tradición entre las mujeres de casarse con hombres más adultos, pues en esas edades se busca sobre todo la posibilidad de una protección masculina que no sea la paterna. En las zonas rurales, donde las oportunidades para encontrar empleo son más limitadas y existen estereotipos culturales machistas más arraigados, el matrimonio sigue siendo la carrera de la mujer, y los embarazos entre adolescentes son más frecuentes.

Entre los adolescentes se observa la reproducción de conductas tradicionales machistas en el proceso de la planificación familiar, que sigue siendo entre jóvenes un problema de la mujer. El condón se usa más entre jóvenes y adolescentes para prever las infecciones de transmisión sexual que para controlar la fecundidad. Su efecto positivo es que se logra una prevalencia baja del VIH/SIDA entre jóvenes de quince a veinticuatro años (por ejemplo, de 0,05 % en 2003).³¹ Se han

reducido la cantidad de casos notificados de esa enfermedad de 447 en 2002 a 195 en 2004. La tasa por un millón de habitantes en 2002 fue de 39,7 y en 2004 de 17,3.³² Entre 1986 y 2003 la transmisión materno-infantil de VIH fue mínima: diecisiete casos, que representan 0,32 %. Sigue siendo la vía principal de transmisión la relación sexual entre hombres. Y es de esperar que la campaña que se ha hecho a favor del uso del condón y su distribución, hayan coadyuvado al incremento del uso de condones de 21,5 % a 53,7 %.³³

Entre los adolescentes sigue siendo un dilema la comunicación familiar. En la sociedad se observa un conflicto entre el ambiente más democrático, permisivo y de participación de la escuela y los iguales, y las restricciones familiares en relación con la sexualidad que acompañan a una carencia de diálogo en los temas.



Desencuentro (2005)
Grafito sobre lienzo, 73 x 60 cm

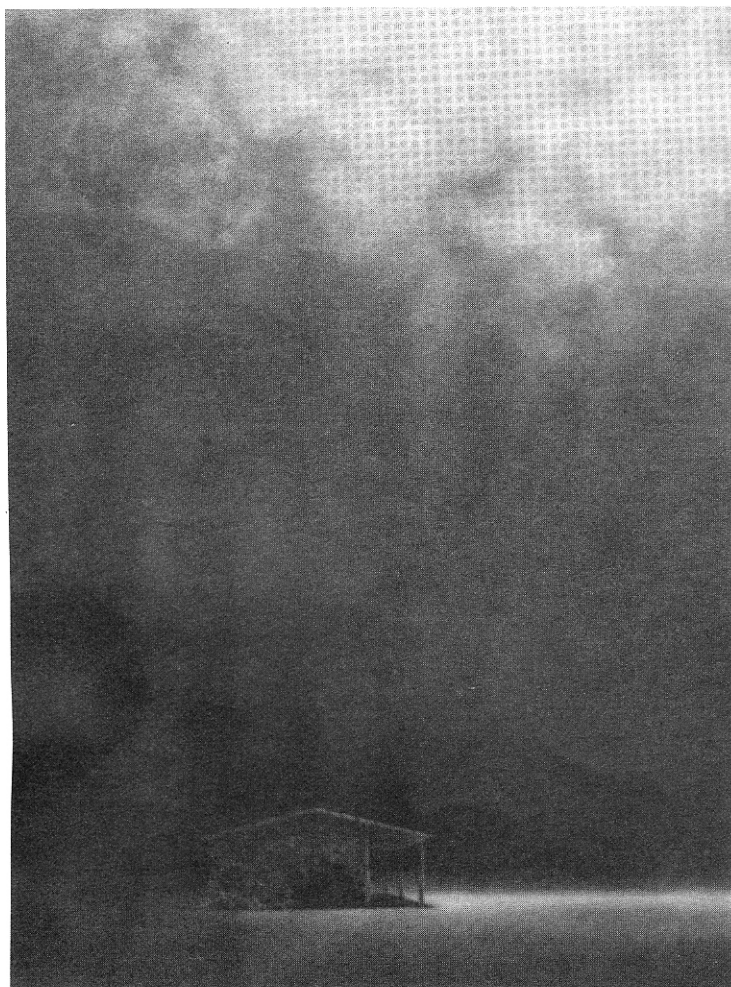
El dilema fundamental de género en la planificación familiar, incluso uno de los responsables de las prácticas abortivas, está en la paternidad responsable no compartida. Si la responsabilidad de la planificación de la fecundidad se racionalizara como problema de la pareja y no femenino, si la reproducción no se identificara con la maternidad, quizás las tasas de aborto tuvieran valores más reducidos, dado el grado de confiabilidad mayor del preservativo en relación con métodos de anticoncepción femenina que con frecuencia dañan el útero³⁴ y son responsables de una práctica de planificación no sistemática.

El seguimiento que las adolescentes reciben durante su embarazo, por evaluarse como un grupo de riesgo, hace posible que no siempre este grupo aporte los mayores índices de bajo peso al nacer y que se logre una calidad a su salud bioló-

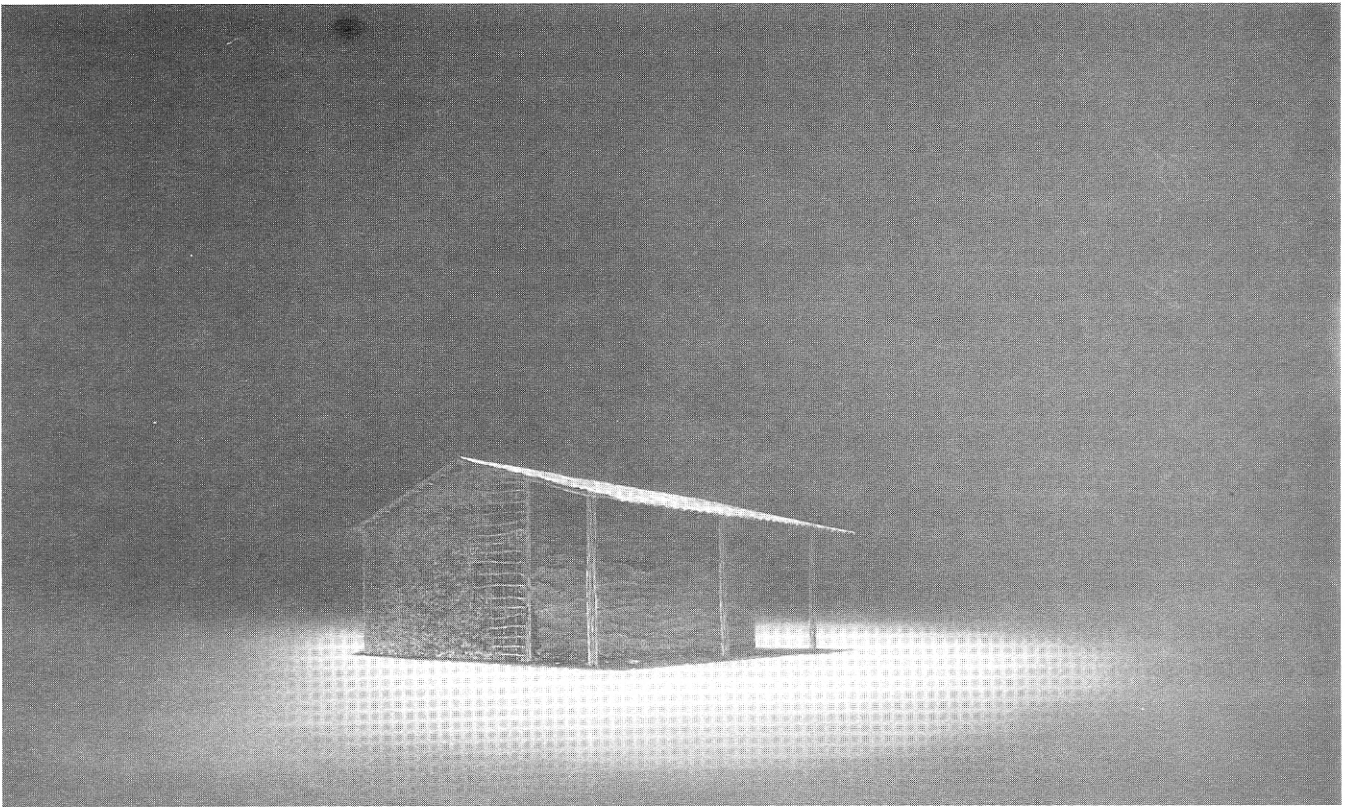
gica, no siempre alcanzada en lo social y psicológico debido a la secuela de abandono escolar y su impacto posterior en un empleo con baja remuneración, en el caso de las que buscan empleo y no desean ser amas de casa. En los dos últimos años se implementa en Cuba un programa de nivelación de la enseñanza para los que la han abandonado; con éste las mujeres adolescentes encuentran una vía para rectificar esa situación de dependencia al marido o al Estado, que se crea cuando necesitan para vivir de la Seguridad Social.

Finalmente, el acceso a agua potable y su saneamiento son también problemas que atañen a la infancia y la adolescencia, no sólo por lo que significa para la formación de hábitos de higiene personal, sino para su salud. Aunque en 2003 el país logra una cobertura de agua potable de 95,2 % del total de su población³⁵ —97 % en zonas urbanas y 84,2 % en rurales—, todavía las diferencias territoriales son importantes y crean problemas de salud en las zonas rurales y barrios periféricos para los niños, las niñas y las madres; son causas de parto prematuro por razón de sepsis vaginal; incrementan el índice de bajo peso al nacer; y mantienen la incidencia de las enfermedades por diarreas y parásitos entre niños y niñas. En 2003 la cobertura de agua para Granma era de 84 %, Guantánamo 92,7 % y Santiago el valor más bajo del país con 83 %.

El saneamiento debe continuar priorizándose como estrategia de mejoramiento de las condiciones de vida de asentamientos, que no sólo optimizan los indicadores de salud, sino que potencian el desarrollo integral de las localidades. Es necesario mejorar el estado técnico de los sistemas de alcantarillado que están sobrecargados, pues se construyeron para una menor población y eliminar las fosas sépticas, que encarecen los servicios de agua. En la mejoría del saneamiento del agua ha desempeñado un papel importante la cooperación internacional de conjunto con las acciones de gobierno, que han ido mejorando la situación en zonas rurales, pero aún la cobertura en el país sólo cubre a 94,2 % de la población. En Granma el porcentaje de población con acceso a medios sanitarios era



CSISSSSS



en 2003 de 89, en Gúantánamo de 86,3 % y 61 % para Santiago de Cuba, que posee el valor nacional más bajo.³⁷

Aunque no inciden en la mortalidad, se observa un comportamiento elevado de las enfermedades diarreicas agudas en edades tempranas de cero a cuatro años. En 2004 las tasas más elevadas fueron de 718,5 en menores de un año y de 261,3 de uno a cuatro años. También las enfermedades respiratorias agudas prevalecieron entre los niños y las niñas de cero a cuatro años y de cinco a nueve años en 2004. La tasa fue de 2 760,6 por mil habitantes en menores de un año, de 1 923,7 por mil habitantes en uno a cuatro y de 808,1 de cinco a nueve años.⁸

La educación es junto a la salud uno de los servicios priorizados por el gobierno; éstas también aparecen en los procesos de formación de una cultura de higiene y alimentación.

El perfeccionamiento en la educación en el presente lustro se concentra en la reducción del número de niños y niñas por profesor. La calidad de la enseñanza en el nivel primario se beneficia a causa de que se introduce la enseñanza de la computación en edades preescolares, se desarrolla un programa de reparación de escuelas y se impulsa

un programa audiovisual para complementar la docencia del maestro con el apoyo de los medios de comunicación. Se mejora la enseñanza en las escuelas especiales, que también se ven beneficiadas con los programas mencionados y las acciones de agencias como UNICEF. Se consolida el Programa Nacional «Educa a tu hijo».

En materia de educación se avanza no sólo en el sistema escolar, sino también en el lenguaje de los medios de comunicación, que hoy promueven espacios televisivos cuyos mensajes se adecuan mejor a esas edades y comunican un concepto diferente de la familia y del rol paterno. Estos espacios se cuestionan la educación autoritaria que aún se observa en la familia y plantean la necesidad de potenciar la comunicación afectiva, el diálogo y la participación de la infancia con igualdad de derechos en los asuntos de la sociedad y la familia, aunque todavía los programas idealizan la familia nuclear como modelo funcional y no muestran la riqueza de estructuras familiares que prevalecen en Cuba y son funcionales.

El Programa Nacional «Educa a tu hijo» es una innovación en educación integral a edades tempranas de cero a cinco años, que alcanza reconocimiento por sus éxitos como alternativa educativa

no formal. En 2002 el programa atendía a 70,9 % de la población infantil menor de seis años.³⁹ Mediante el programa se logra preparar mejor para su entrada a la escuela a niños y niñas que no acuden a los círculos infantiles, y se detecta por esa vía de manera precoz los casos que presentan alguna discapacidad, lo que facilita el trabajo de educación que se debe aplicar para potenciar el desarrollo psicomotor e intelectual del discapacitado. Se trata de un programa relevante en el apoyo a la preparación de la mujer embarazada.

La posición de Cuba en relación con el cumplimiento del segundo objetivo del milenio y su meta número 3 es también ventajosa si se considera lograda la universalidad de la enseñanza primaria en Cuba. Se ha alcanzado una matrícula del ciento por ciento entre las edades de seis a once años. La retención escolar es del ciento por ciento y la repitencia es de 0,5 %. En el indicador de los alumnos que llegan a quinto grado, se alcanza un valor de 98 % en 2003, con una paridad de género de 99,7 % para los niños y 98,2 % para las niñas.⁴⁰

La tasa de alfabetización de jóvenes entre quince y veinticuatro años en 2002 fue de 99,8 %, mientras que la tasa neta de matriculación en la educación secundaria para ese año fue de 83 %.⁴¹ La sostenibilidad de la política social de prioridad de la educación influye en el hecho de que, en el curso 2001-2002, niveles educacionales entre secundaria y medio superior aparecieran en 70,8 % de los trabajadores.⁴²

En relación con el acceso según el sexo a las enseñanzas primaria y secundaria, no se observan desigualdades; en las últimas décadas se muestra más bien una tendencia a la feminización de los niveles de enseñanza superior y medio superior. En el curso 2002-2003 las mujeres fueron 48,6 % de la matrícula: en el nivel medio, 49,3 %; en el preuniversitario, 61,1 %; y en la educación superior, 58,1 %.⁴³

Una carencia en la educación del niño y la niña cubanos de hoy radica en la disponibilidad de juguetes, tanto en las instalaciones escolares como en los hogares. El juego es la vía fundamental de comunicación del niño y la niña con su medio familiar, y una fuente importante de socialización de conocimientos, roles, valores y estilos de vida. Para los niños discapacitados tiene además la función de contribuir a su desarrollo psicomotor.

Finalmente, es importante concluir que los niños, las niñas y los adolescentes en Cuba no viven situaciones dramáticas de conflictos bélicos. El trabajo que realizan, tiene una función educativa y no están expuestos a la droga, la prostitución y la violencia de la manera que se observa en otras sociedades. Ésa no es una posibilidad excluyente para la totalidad de los casos, pues se conoce que en el país aún existe maltrato infantil en las familias, que debe ser objeto de estudio, pero las leyes son severas con quienes incurren en esos delitos. Un problema fue también, durante la década del noventa, los niños mendigos que asediaban a los turistas en varias zonas con esa función; la mayoría procedía de hogares en riesgo, según estudios realizados por las comisiones territoriales de prevención social y un análisis elaborado por un equipo de investigación del Programa de Desarrollo Humano local de la Habana Vieja y la Universidad de La Habana.⁴⁴ La investigación aclara que la cifra de niños y niñas en esa situación no era significativa en relación con el total de la población infantil en el centro histórico de la Habana Vieja, pero era percibido como grave entre su población. Se determinó que con la movilización de la sociedad civil se aplicaría un programa integral que implicara un mayor control de la localidad sobre esos niños mediante un mejor empleo de su tiempo libre y acciones educativas que generaran estilos de vida más sanos.

Aunque Cuba ha firmado todas las convenciones y tratados sobre la infancia, y la práctica política se caracterice por el cumplimiento de sus artículos, entre los juristas cubanos existe la percepción de la necesidad de perfeccionar la ley para que refleje mejor las nuevas exigencias del mundo plasmadas en esas convenciones. Se requiere de una mayor y mejor divulgación de los nuevos enfoques sobre la participación de los niños y las niñas en la familia y del tratamiento de éstos como sujetos de derecho. Se necesita también avanzar en otros temas que tocan la infancia, como su cuidado en la familia, en particular en familias vulnerables; las causas de accidentes infantiles que provocan mortalidad; y el impacto de la situación de la vivienda sobre la infancia y la adolescencia. El proyecto de cooperación entre UNICEF y varias instituciones cubanas dirigidas por el Ministerio de Justicia se

encamina a mejorar esa situación mediante la creación de los Centros de Referencia para la divulgación de los derechos de la niñez y la adolescencia.

El desarrollo humano en Cuba tiene uno de sus pilares de sostenibilidad en la voluntad política del gobierno, que ha demostrado la posibilidad de lograr bienestar con pocos recursos. Las tensiones del modelo social creado por Cuba no han desaparecido; se ponen a prueba en situaciones de

eventos naturales y políticos, pero la reproducción cultural del enfoque y la práctica de un modelo de desarrollo basado en la justicia social para todos constituye una garantía para la superación de las contradicciones que se generan en la práctica política y social. Un reto para ese modelo radicaría en brindarle un mayor potencial a la familia cubana con el propósito de mejorar el cuidado de la infancia en las relaciones paterno-filiales.

NOTAS

¹Ver la obra de Phillippe Aries *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, primera de su tipo en sostener esa idea.

²Linda A. Pollock: *Los niños olvidados. Relaciones entre padres e hijos de 1500 a 1900*, Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

³La complejidad de la realidad actual de la infancia se puede conocer a través de los diferentes informes que sobre la infancia publica UNICEF desde hace algunos años. En ellos se describen fenómenos como el maltrato infantil, la situación que viven niños víctimas de la guerra, de la pobreza, de la sobreexplotación del trabajo infantil. Pero también se monitorean indicadores que muestran una realidad desigual de la infancia por países, mejorando entre los que muestran un índice de desarrollo humano (IDH) más elevado y un sentido de la distribución más equitativa de los recursos.

⁴*Informe sobre desarrollo humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*, Ediciones Mundi/Prensa, PNUD, p. 238.

⁵*Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, Ediciones Mundi/Prensa, PNUD, p. 140.

⁶*Anuario demográfico de Cuba*, ONE, 2003, p. 22 (versión digitalizada).

⁷*Estado mundial de la infancia 2005. La infancia amenazada*, UNICEF, p. 126; *Anuario estadístico de salud 2004*, MINSAP, Dirección Nacional de Estadísticas-Cuba, p. 12.

⁸*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 14.

⁹*Ibíd.*, p. 12.

¹⁰*Informe sobre desarrollo humano 2003*, ed. cit. en nota 4, p. 245.

¹¹*Análisis y cartografía de la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria en Cuba*, IPF/ PMA, 2001, p. 3.

¹²*Primer informe de Cuba. Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 2004, p. 15.

¹³*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 98.

¹⁴*Ibíd.*, gráfico 10, p. 100.

¹⁵*Estado mundial de la infancia 2005*, ed. cit. en nota 7, pp. 110-113.

¹⁶*Ibíd.*, p. 105.

¹⁷*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 38.

¹⁸*Ibíd.*, p. 24.

¹⁹*Primer informe de Cuba*, ed. cit. en nota 12, p. 24.

²⁰*Estado mundial de la infancia 2005*, ed. cit. en nota 7, pp. 114-117.

²¹Ver Comportamiento de la morbilidad, Cuadro 48: Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria, 2004, en *Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 69.

²²*Ibíd.*, p. 43.

²³*Ibíd.*, p. 44.

²⁴Ver *Informe sobre desarrollo humano 2004*, ed. cit. en nota 5, pp. 168-171.

²⁵*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 63.

²⁶*Ibíd.*

²⁷Raúl Hernández: *Aspectos relevantes de la transición demográfica*, CEDEM, p. 8, cuadro 3.

²⁸*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 16.

²⁹*Anuario demográfico de Cuba*, ed. cit. en nota 6, cap 2, p. 10.

³⁰*Anuario demográfico de Cuba*, 1998, p. 68.

³¹*Primer informe de Cuba*, ed. cit. en nota 12, p. 28.

³²*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 69.

³³*Primer informe de Cuba*, ed. cit. en nota 12, p. 28.

³⁴Tanto la práctica sistemática del aborto como el uso de métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos, generan infecciones genitales, trastornos ováricos en las trompas de Falopio e infertilidad.

³⁵*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 161.

³⁶*Primer informe de Cuba*, ed. cit. en nota 12, p. 38.

³⁷*Anuario estadístico de salud 2004*, ed. cit. en nota 7, p. 161.

³⁸*Ibíd.*, p. 77.

³⁹*Educa a tu hijo. La experiencia cubana en la atención integral al desarrollo infantil en edades tempranas*, MINED, UNICEF, CELEP, p. 18, gráfico 1.

⁴⁰*Primer informe de Cuba*, ed. cit. en nota 12, p. 17.

⁴¹*Informe sobre desarrollo humano 2004*, ed. cit. en nota 5, p. 176.

⁴²«Actividad económica», en *Sistema de estadísticas e indicadores con enfoque de género*, ONE/UNIFEM/PNUD/FMC, 2004 (versión digitalizada).

⁴³«Educación», en *ibíd.*

⁴⁴Registro de la Comisión Provincial de Atención y Prevención Social de Ciudad de La Habana, julio, 1998; y «Asedio infantil a turistas extranjeros en el Centro Histórico de la Ciudad de La Habana», 2005.