

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑOS Y NIÑAS EN EL PRIMER DECENIO DEL SIGLO XXI EN CUBA

REINA FLEITAS RUIZ

ABSTRACT. El presente trabajo pretende reflexionar, desde una perspectiva sociocultural, en la salud de los niños cubanos, descubrir su perfil epidemiológico en torno al comportamiento de indicadores como la mortalidad, morbilidad y las enfermedades y problemas de salud más recurrentes a esas edades. Para lograrlo se introdujo la mirada de género y por edades, y donde fue posible un análisis comparativo territorial. El presupuesto de partida es explicar si el efecto que se logra en la conformación del perfil epidemiológico de los niños cubanos nos permite afirmar que ellos viven una Infancia.

## Introducción

Si partimos del postulado que la salud es bienestar, y esta abarca no sólo las dimensiones biológicas sino también las psicológicas y sociales que hacen realidad un comportamiento equilibrado del Estado de la salud del individuo a cualquier edad, podemos aseverar que una reflexión sobre el perfil epidemiológico de los niños exige tener en cuenta no sólo la morbilidad según la distribución de las enfermedades de ese grupo y el comportamiento de su mortalidad, sino todos los factores culturales que están limitando el logro de ese objetivo, que es hacer posible que cada niño pueda vivir una infancia. O sea, no desconocemos que un perfil epidemiológico es contentivo de una caracterización del comportamiento de la morbimortalidad, pero el presente trabajo pretende trascender ese análisis a una visión más sociológica del Estado de salud de la infancia en Cuba.

Según la Convención sobre los Derechos de la Infancia (CDI), dicho grupo abarca las edades comprendidas de 0 a 18 años. Sin el ánimo de entrar en controversia con tal definición que tiene su legitimidad, el trabajo se referirá fundamentalmente a un período de vida más corto y que se conoce como niñez, aunque en ocasiones haremos referencia a las situaciones de salud entre los adolescentes.

Se ha aceptado que entre niñez e infancia existen ciertas distinciones. El primer concepto se refiere a su comprensión como grupo etáreo, mientras que el segundo hace énfasis en la calidad con que se vive la niñez. Ello significa reconocer como logran los niños y niñas convertirse en *Sujetos de Derecho*, como se hace realidad en la sociedad donde participan el principio del *Interés Superior del Niño* y se combinan esos enfoques con el de equidad social: de raza, género, etnia y localidad.

En diciembre del 2011, la población infantil en Cuba calculada, que abarcaba las edades de 0 a 9 años, representaba el 11% de la población nacional. Si nos referimos a toda la población entre las edades de 0 a 19 años entonces el valor llega al 23%. A pesar del envejecimiento de la población y del decrecimiento de la natalidad, la

---

*Key words and phrases.* Infancia, Perfil epidemiológico de niños y niñas, género.

población infantil-según criterios CDI- sigue mostrando valores superiores al grupo de los 60 años (18.1%), por el momento. En la estructura etárea de la población, ocupa el segundo lugar entre los cuatro grandes grupos: niños y adolescentes (0 a 19) jóvenes (20-29), adultos (30 a 59) y ancianos (60 y más), superados solo por los adultos que engloban al 44.2%. Niñas y niños representan valores muy equivalentes con relación al total de sus grupos sexuales: 23% y 24.1%, respectivamente<sup>1</sup>.

Sin embargo, su valor fundamental no está en el peso numérico que niños y niñas representan en la población total, sino en el significado que tiene como futuros actores sociales en la política, la economía y la cultura del país. Garantizar calidad de vida para los niños de todas las edades, sexos, razas y territorios es parte del concepto de bienestar y de salud que determina la construcción de una sociedad humana. El bienestar no es un conjunto de bienes materiales necesarios para satisfacer necesidades, porque la vida no sólo exige alimentarnos de manera saludable, tener una vivienda digna y recursos materiales para poder estudiar y vivir, eso es esencial pero no es suficiente. Otros indicadores estructurales que deciden sobre el acceso se requieren para que todos los niños tengan iguales oportunidades, también la apropiación de una cultura integral, inclusiva y participativa puede hacer posible que los niños y las niñas de hoy sean políticos que propicien un enfoque de salud para todos y con la participación de todos.

### **Estado de la salud de la infancia en Cuba y los Objetivos del Milenio.**

Desde la década del 60 del siglo XX, Cuba se ha caracterizado por ser un país que prioriza la política social con sentido de equidad territorial, sexo y por edades. A pesar de las difíciles condiciones económicas que ha provocado el bloqueo de EEUU y las ineficiencias del modelo económico que se ha construido, se han acumulado, durante varias décadas de ese siglo y del presente, importantes logros en relación a 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(as) y adolescentes. Durante el presente lustro del nuevo milenio se ha mantenido ese enfoque, a contrapelo 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 y eso ha determinado una política de salud y educacional que promueve capacidades en la infancia de todos los sexos, raza, territorios y entre niños(as) que requieren atención especial. Cuba 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 desarrollo se conoce que Cuba muestra un comportamiento de indicadores sociales que la acerca a los países de más desarrollo social; a pesar de que su PIB es inferior y que no cuenta con recursos naturales importantes. En el 2012, Cuba se ubicaba entre los países de más alto Índice de Desarrollo Humano, en la posición 59 con un valor de 0.780 y en la 6ta posición entre los países latinoamericanos<sup>2</sup>. En el balance que se hizo en el Segundo Informe de Cuba sobre el cumplimiento de los Objetivos del Milenio se

<sup>1</sup>[ONE. 2011.], p. 22

<sup>2</sup>[PNUD. 2013.], p. 144

afirma que se han alcanzado tres de ellos, tres tienen probabilidad de ser logrados y dos una alta posibilidad<sup>3</sup>.

De esos objetivos y metas, tres tienen que ver directamente con la infancia: lograr la educación primaria universal, reducir la mortalidad infantil y mejorar la mortalidad materna; este último se infiere del papel tan importante que juega la salud materna en la infantil. En el resto de los objetivos, muchas de sus metas se ven asociadas, de alguna manera, a las preocupaciones sobre la salud infantil; es el caso del acceso al agua potable de manera sostenible y al saneamiento, que tanto repercuten en el comportamiento de un conjunto de enfermedades entre niños y niñas; también lo es el de la erradicación de la extrema pobreza y el hambre donde el monitoreo del estado nutricional de los niños resulta necesario para prevenir el desarrollo integral de sus capacidades y evitar la reproducción de la pobreza: niños pobres que luego se convierten en adultos pobres.

### **¿Cuál es el balance del estado de la salud infantil en Cuba en el presente decenio, si tenemos en cuenta el comportamiento de esos indicadores?**

Como muestran las estadísticas seriadas en Cuba, la reducción de la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores que ha influido en un cambio, desde hace varias décadas, en el perfil epidemiológico de la población cubana, y de manera particular, de la infantil. Uno de sus resultados más notables ha sido el incremento de la esperanza de vida al nacer en todos los grupos humanos.

Durante el presente decenio la tasa de mortalidad infantil del menor de 1 año sufrió una reducción de 2.3; en el 2000 su valor era de 7.2 por mil nacidos vivos y en el 2011 de 4.9. La reducción de la tasa se observa tanto en niños como en niñas, aunque es mayor entre los primeros: 2.9, cuyo valor era más elevado al iniciarse el decenio: 8.4 por mil nacidos vivos. Eso significa que la brecha del diferencial desfavorable a los niños, hoy es menor: 1.2; aunque las tasas siguen identificando una mayor mortalidad entre varones a esas edades, 5.5; que entre niñas, 4.3<sup>4</sup>.

La reducción de la tasa se produjo en todas las provincias del país. Todos los territorios muestran en el 2011 una tasa que oscila entre un valor máximo de 7.9 en la Isla de la Juventud y un mínimo de 3.5 en las Tunas, lo que evidencia el grado de paridad entre los territorios que ostentan valores en la tasa semejante a los países altamente desarrollados<sup>5</sup>. El diferencial de la tasa visibiliza sin embargo, que existen territorios con bajos niveles de desarrollo económico que pueden tener distintos éxitos en la cobertura de atención a la salud infantil.

En la comparabilidad con América Latina y el Caribe, Cuba tiene en el año citado el valor más bajo de mortalidad infantil del menor de 1 año; mientras que Haití exhibía el valor más alto con 70. Le sigue a Cuba, Chile con una tasa de 8, y la región logra un promedio de 18 por mil nacidos vivos<sup>6</sup>. Si se comparan cada uno de los valores territoriales de Cuba con el promedio de la región, se puede ver como la localidad que tiene el valor más alto, está por debajo del promedio de Chile.

<sup>3</sup> [INIE. 2005], p.85

<sup>4</sup> [MINSAP. 2012.], p.57

<sup>5</sup> Idem, p.58

<sup>6</sup> Idem, p. 227

Una tendencia semejante puede identificarse en el comportamiento de otro indicador importante de la salud infantil: la mortalidad del menor de 5 años. La tasa se reduce durante el período de 9.1 a 6 por mil nacidos vivos. Igualmente se observa una reducción de la tasa de niños y niñas, más pronunciada entre varones, que en el 2000 exhibían una cifra de 10.5 y en el 2011 de 6.6<sup>7</sup>.

Desde el 2007, el Informe sobre el Estado Mundial de la infancia recoge que Cuba alcanzaba un valor de esa tasa de 7 por mil nacidos vivos, que la ubicaba en la posición 156 al nivel mundial en orden descendente, junto a Hungría, Polonia y Tailandia, y por encima de sólo 35 países cuyos valores eran más favorables, ninguno de ellos de América Latina y el Caribe. También en esta tasa los rangos territoriales de Cuba muestran paridad y están por debajo del país que se acerca más a ella: Chile con 9<sup>8</sup>.

Por otro lado, la reducción de la tasa de mortalidad ha hecho posible que el indicador de niños supervivientes menores de 5 años se mantenga durante el decenio en un rango por encima del 99%<sup>9</sup>.

La paridad territorial y de género son factores que influyen decisivamente en el logro de la reducción de la tasa de mortalidad infantil y expresan como se materializa una cobertura de salud para todos los niños.

Durante el decenio, el estudio comparado de las defunciones en la infancia por grupos de edades se reduce en las edades comprendidas entre el menor de 1 año y los de 1 a 4 años, no sucede igual entre 5 y 14 años. Los estudios de salud refieren que el peso de los factores biológicos y socioculturales en la mortalidad de hombres y mujeres varía en dependencia de la edad, siendo los biológicos de mayor incidencia en edades tempranas y los socioculturales en edades adultas. ¿Cuál es el cuadro de las causas de la mortalidad en Cuba en relación con la infancia, y qué peso tienen los factores biológicos y socioculturales?

### **Las enfermedades y problemas de salud en la infancia**

El cambio en el perfil epidemiológico de los niños y niñas de Cuba tiene que ver sobre todo con la política de salud, en particular con el nacimiento y desarrollo de uno de los Programas de salud más importante: el de vacunación. La efectividad de ese programa se evaluó recientemente en la publicación: *Vacunas. Cuba 1959-2008*. Dos impactos se derivan de su instrumentación sostenida durante cincuenta años: convertir a Cuba de un país importador de vacunas a exportador y transformar el perfil epidemiológico de su población. Para la infancia significó dejar de padecer enfermedades transmisibles que determinaban su mortalidad temprana o afectaban de manera sensible su calidad de vida. Hoy, no sólo es menor la mortalidad por esas causas sino que son otras las determinantes las que deciden la muerte infantil. Se afirma en esa obra que 9 enfermedades transmisibles han sido eliminadas y otras tienen una baja prevalencia<sup>10</sup> no solo en la muerte sino también en la morbilidad. La amplia cobertura territorial, por sexo y raza es una garantía de la erradicación de esas enfermedades.

<sup>7</sup> Idem, p. 57

<sup>8</sup> [UNICEF. 2008. ], p. 118

<sup>9</sup> [MINSAP. 2012.], p. 57

<sup>10</sup> [Rojas, F (org.). 2011], p. 282

Tabla 1. Cobertura de vacunación para menores de 1 año.

Tipos de Vacunas	Vacunados	%
Poliomelitis	99.9	
Difteria, Tétanos y Tos ferina	100	
Rubeola, Paratiditis y Sarampión	100	
Enfermedad Meningocócica	100	
Hepatitis B	98.7	
Meningoencefalitis por H. Influenza tipo b	100	
Tuberculosis	98.7	

(MINSAP, 2011: 134)

Las enfermedades trasmisibles no son tampoco prevalentes en relación a la morbilidad infantil. Solo la varicela muestra altas tasas de incidencia en el 2011 en los grupos infantiles de 1 a 14 años, con valores de 1155.1 por 100 mil habitantes<sup>11</sup>.

### ¿Cuáles son entonces las enfermedades que determinan el perfil de salud de niños y niñas en la Cuba de hoy?

El estudio de la distribución de las enfermedades por diferentes grupos de edades que van desde el nacimiento hasta los 19 años, arroja distintos comportamientos entre las causas que determinan la mortalidad.

La principal causa de muerte en el menor de 1 año en Cuba son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que en el 2011 provocaron el 28% de todos los decesos, respectivamente, con una tasa de 1.1 por mil nacidos vivos<sup>12</sup>.

En las edades comprendidas entre 1 y 4 años, las malformaciones congénitas siguen ocupando un lugar importante, pero en el 2011 fue mayor la cantidad de muertes por accidentes y tumores malignos: 0.6 y 0.5 por 10 mil habitantes de esas edades, respectivamente, frente a 0.3 por malformaciones<sup>13</sup>.

La estructura de la ocurrencia de estas enfermedades se mantiene en las edades de 5 a 14 años del año mencionado; lo distintivo en este grupo es que la diferencia en la tasa se hace más acentuada entre cada una, y las malformaciones congénitas tienen una incidencia mucho menor comparativamente a las dos primeras causas de muerte. Se acrecientan los accidentes llegando a valores de tasa de 4.6 por 100 mil habitantes de ese grupo y los tumores con un valor de 3.4<sup>14</sup>.

O sea, que con el avance de la edad aparecen con más fuerza enfermedades que no tienen solo una explicación somática sino que es factible que algunas estén asociadas a factores como el cuidado infantil. La investigación sobre accidentalidad infantil como morbilidad, realizada por Niuva Avila en familias de un Municipio de la Habana: San Miguel del Padrón, así lo corrobora. Las deficiencias en el cuidado estuvieron acompañadas de circunstancias de vida asociadas a la pobreza multidimensional, la prevalencia de hogares monoparentales dirigidos por mujeres,

<sup>11</sup> [MINSAP. 2012.], p. 102<sup>12</sup> Idem, p. 63<sup>13</sup> Idem, p. 65<sup>14</sup> Idem, p. 66

con sobrecarga de roles, fecundidad joven y de dos o más hijos. En los menores de 5 años las caídas aparecen como los más frecuentes<sup>15</sup>.

Es muy probable que el incremento de los accidentes con la edad esté asociado a criterios sexistas de la educación y a la menor vigilancia en el cuidado del varón. En investigaciones realizadas por la autora, y también en la citada, entre las madres aparece con cierta frecuencia el estereotipo que el varón es de la calle y la niña de la casa. En los espacios públicos se observa que los niños están en una situación de mayor riesgo de vivir un accidente que las niñas. Este, no obstante, es un tema de indagación que no ha contado con la suficiente atención en las ciencias sociales y de la salud, reclama que se valore su asociación con otras preocupaciones que emergen en la sociedad cubana como el de la pobreza y su vínculo con las desigualdades de género. Las estadísticas de mortalidad por accidente en menores de 19 años es baja, en el 2011 ocurrieron un total de 190 accidentes en todo el país. Pero la diferencia entre los sexos es importante, el 69.5% de ellas fueron entre los del sexo masculino<sup>16</sup>.

Una de las singularidades del cambio en el perfil epidemiológico de la mortalidad infantil es que las enfermedades parasitarias ya no tienen la repercusión que mantuvieron hasta la primera mitad del siglo XX. Aunque en la morbilidad es otro el comportamiento, crecientes dificultades en el acceso al agua potable y el incremento de la pobreza en algunos hogares pueden estar incidiendo en una alta morbilidad por enfermedades diarreicas y respiratorias entre niños. En el 2011 el 46% de la atención médica por diarreas fue a menores de 14 años y por enfermedades respiratorias el 44%. La tasa de atención médica por diarrea más elevada fue la del menor de 1 año con un 666.6 por mil habitantes de esa edad, y de 3 711,2 por respiratorias<sup>17</sup>.

La familia cubana prioriza a sus niños por encima del resto de sus miembros, aun cuando eso no significa que siempre lo trate como sujeto de derechos y le de participación en diversos asuntos de la familia que atañen a la vida de la infancia.

El maltrato infantil aparece en las realidades de diversas familias de muy diferentes maneras: tanto de forma sistemática, como episódica, determinada por situaciones estresantes como por una cultura de trato aún violenta arraigada en la creencia de que la letra entra con sangre; y a través de diferente formas: golpes, castigos, una palabra violenta, o el aparente simple desconocimiento del derecho al niño a participar. Una reciente investigación cualitativa realizada entre seis familias del barrio de San Isidro muestra la relación que existe entre pobreza material y maltrato infantil, así como la presencia de todas las formas de la violencia<sup>18</sup>.

En el anuario de salud del 2011 llama la atención que entre adolescentes de 10 a 19 años la violencia aparece como la tercera causa de muerte. Si se ven agrupadas las agresiones y las lesiones autoinfligidas como lo que son, conductas violentas, podría determinarse como la segunda causa de muerte, pues la cantidad de defunciones fue de 82, y la que aparece como segunda, los tumores provocó 43 fallecidos. Y aunque esa parece una cifra baja, preocupa cómo se acrecienta con relación a otras edades más pequeñas<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> [Avila, N. 2012]

<sup>16</sup> [MINSAP. 2012.], pp. 84-85

<sup>17</sup> Idem, p. 107

<sup>18</sup> [Revuelta, B. 2013.]

<sup>19</sup> [MINSAP. 2012.], p. 67

### **El cuadro epidemiológico de niños y niñas se distingue también por el comportamiento de su salud reproductiva**

Uno de los problemas de salud sexual y reproductiva es el ejercicio de la maternidad a edades tempranas, se considera una de las causas del bajo peso al nacer entre los niños y de otras complicaciones nutricionales que repercuten por algún tiempo en la salud del menor de 1 año. Tiene también repercusión en la salud biológica, psíquica y social de la mujer que vive a una edad precoz el embarazo, el parto y la maternidad. Su impacto depende del período de la adolescencia en el cual se produce este hecho: si sucede en la adolescencia temprana (menor de 15 años) o en el período tardío (entre 16 y 19). En recientes investigaciones sobre pobreza y género en Cuba aparece como un factor que incide sobre la feminización de la pobreza<sup>20</sup>.

Los valores de su comportamiento muestran una mayor incidencia entre mujeres adolescentes que entre hombres. En el año 2009, el anuario demográfico refleja que el número de madres adolescentes representaba el 15.4% del total de nacidos vivos, mientras que los padres adolescentes eran el 2.6%<sup>21</sup>.

La preocupación fundamental en un sistema de salud que ofrece cobertura de atención y seguimiento especializado al embarazo entre adolescentes se desplaza al plano psicológico y social. Maternidad y Paternidad adolescente comprometen el bienestar de la familia que emerge con el nuevo niño, genera situaciones de conflictos de género y generacionales, compromete el desarrollo de las capacidades de los padres que aún están en proceso de formación cultural y en no pocas ocasiones coloca al niño nacido en situaciones de riesgo socioeconómico e intelectual. Aunque los porcentajes expuestos pudieran no ser importantes, la vida de un niño y un adolescente tiene tanto valor como la de cientos. Desde el punto de vista de la defensa a un proyecto de igualdad de oportunidades para las mujeres, este es un grave problema de bienestar porque atenta contra el empoderamiento de las mujeres, más bien refuerza la cultura patriarcal.

Las acciones derivadas de diversos programas, que tienen como fin educar en una paternidad responsable, han influido en que la tasa de fecundidad entre madres adolescentes se haya ido reduciendo durante varias décadas luego del alza que tuvo en los años 80. En 1995 su valor era de 60.2 por mil mujeres en esas edades y en el 2000, de 49.6. Sin embargo, a partir del 2000 preocupa el ligero incremento que se observa llegando a 57.3 en el 2011, aunque por escaso margen con el grupo de 30 a 34 años, en el 2011 pasó del 4to al 3er lugar<sup>22</sup>.

En el anuario de salud del 2009 los datos de fecundidad entre mujeres de 15 a 19 arrojan que las mayores tasas se hallan en la región oriental, incluyendo a Cienfuegos de la zona central y a la Isla de la Juventud. Holguín y las Tunas contaban con los valores más altos: 70.1 y 71.1 por mil mujeres de esas edades, respectivamente<sup>23</sup>.

La mortalidad materna es un indicador indirecto que repercute en la salud del niño, por el importante papel que desempeña la madre en su vida, lo que significa su pérdida y cómo se refleja su salud durante el embarazo en el bienestar del niño.

<sup>20</sup> [Zabala, M. 2010., Fleitas, R. 2012]

<sup>21</sup> [ONE. 2011.]

<sup>22</sup> [MINSAP. 2012.], p. 21

<sup>23</sup> [MINSAP 2009.], p. 18

La tasa también muestra una tendencia a la reducción si se compara su comportamiento por varias décadas, pero no es estable, ni se produce con la intensidad del descenso en la mortalidad infantil. Comparativamente con los valores mundiales, Cuba exhibe en el 2011 una tasa de 40.6 por 100 mil nacidos vivos, ubicándose entre los 40 países de más bajo valor entre 131<sup>24</sup>.

Lamentablemente las estadísticas seriadas no permiten identificar si existe alguna relación de la edad al embarazo con la mortalidad materna, pero la investigación social si admite inferir su asociación con el comportamiento de la salud y sus determinantes de género.

El patrón sexista que aún existe en la familia cubana se reproduce en los criterios de enseñanza que tienen los padres cubanos con relación a los juegos infantiles, más flexibles cuando se trata de decidir los juguetes y juegos de las niñas, pero más tradicionales cuando se refieren a los de los varones. La sexualidad de los varones se sigue representando de una manera diferente a las de las niñas.

La maternidad adolescente está asociada a patrones educativos tradicionales que aún prevalecen en la familia cubana, en la cual el proyecto de vida de algunas niñas se ve sobre todo asociado a una vida doméstica. También tiene que ver con pautas de vigilancia sexual más restrictivas, que entran en conflicto con los cambios sociales en la sexualidad los cuales persiguen una mayor interacción de roles de género. Las condiciones de precariedad que viven adolescentes en algunas familias es un factor que motiva a buscar una pareja estable que la ayude a salir de la pobreza y de la autoridad paternal. Con frecuencia esas mujeres creen que tener un hijo hará más sólida su relación de pareja.

Una realidad tan diversa en conductas y representaciones de género como la cubana, que experimenta la coexistencia de patrones culturales diversos, también debe considerar la incidencia de conflictos entre patrones de mayor libertad en relación a la sexualidad y una educación sexista más tradicional en la familia. Tales contradicciones explican las conductas tempranas en la sexualidad que prevalecen entre adolescentes, con frecuencia irresponsables y que conducen a experiencias precoces de maternidad y paternidad.

El panorama de la salud reproductiva en Cuba está también caracterizado por una reducción sostenida de las tasas bruta de natalidad y global de fecundidad que pronostican una tendencia al decrecimiento de la población infantil. En el 2011, Cuba mostraba una tasa de natalidad de 11.8 por mil habitantes, lo que la ubicaba en el lugar 31 de los países con menor valor entre más de 130 naciones<sup>25</sup>.

Tan bajos valores son el resultado de la intersección de varios factores sociales. Cambios en la cultura de género, uno de los cuales es la incorporación masiva de la mujer al trabajo y la sostenibilidad de sus valores alcanzados a lo largo de las dos últimas décadas, período durante el cual muchas familias han visto en situación más precaria su economía doméstica y ello ha exigido la elaboración de estrategias de reducción de la fecundidad como alternativa para mantener la calidad del cuidado infantil que exigen los nuevos tiempos, según los parámetros actuales de salud.

Es necesario considerar que los cambios en la situación de la mujer no sólo se reducen a un incremento en el empleo, tienen que ver con la ampliación y complejidad de su participación social, con el cuestionamiento de su rol de cuidadora entregada a otros. La fecundidad hoy es baja en todos los grupos de mujeres con

---

<sup>24</sup> [MINSAP. 2012.], p. 223

<sup>25</sup> Ibidem

independencia si es trabajadora remunerada o del hogar. Las mujeres se han replanteado su identidad, buscan una identidad que sin renunciar al cuidado, se lo plantee en términos no tan conflictivo para el desarrollo de sus capacidades. Ese es un objetivo de las transformaciones cuestionadoras de la realidad desigual que han vivido y aún viven las cubanas. Su libertad tiene, por ende, un costo social que se revierte en la reducción de la población infantil, pero que pretende preservar una calidad de vida para ella y para sus hijos.

Entre las mujeres aparecen incluso quienes postergan la maternidad a edades avanzadas o renuncian a ella porque desean dedicarse a otros roles públicos, en virtud del derecho que les asiste de elegir un proyecto de vida. La política de salud ha sido la de dar amplia cobertura de acceso a anticonceptivos y servicios de aborto para que las mujeres puedan controlar su fertilidad, en una sociedad que aún descarga sobre ella la responsabilidad de esa actividad. Es de esperar que la reducción se sostenga porque se trata de una transformación cultural que ha humanizado la vida reproductiva y sexual de las mujeres.

La autora de este trabajo no comparte los enfoques que pretenden resolver la reducción de la fecundidad con acciones para su estímulo sin tener en cuenta una visión integral de sus causas y costos para la calidad de vida de la mujer y la infancia.

### **El Estado nutricional de los niños y niñas**

Un problema de salud infantil en el cuadro de la morbilidad, que ha debido enfrentar las instituciones del sistema de salud y la familia cubana, es el de la vulnerabilidad alimentaria, por causa de dificultades en la disponibilidad de alimentos, en su accesibilidad y estilos de consumo no sanos.

Esa situación se hizo crítica en los años 90, debido a la crisis económica que se generó como resultado de la pérdida de los mercados y el recrudecimiento del bloqueo económico. Ese problema se sintió sobre todo entre las embarazadas y niños de la región oriental del país. Acciones muy diversas de protección nutricional a esos grupos por parte del Estado cubano y de la Cooperación internacional, en particular del Programa Mundial de Alimentos, permitieron amortiguar sus efectos y reducirlos para preservar la calidad de la salud nutricional de niños y niñas, y de las mujeres. Aunque la situación de riesgo es aún latente en todo el país, el estado nutricional de los niños y niñas exhibe una mejoría, una de cuyas evidencias está en la evolución positiva del índice de bajo peso al nacer, el cual refleja el estado nutricional del niño al nacer.

El estudio de la evolución del índice muestra valores picos entre 1992, 1993 y 1994, luego de una baja del indicador en el segundo lustro del 80. En el año 93 la cifra de niños con bajo peso fue del 9%, pero desde entonces se observa una tendencia a su reducción. El seguimiento que tiene la mujer embarazada en el sistema de salud, y en particular, la que se encuentra en situación de riesgo por la edad y otras causas, permite que el parámetro del índice de bajo peso al nacer alcance un valor aceptable al nivel mundial. En el 2011, la cifra se redujo a 5.1%. En ese mismo año la distribución del índice por provincia oscilaba entre un valor mínimo de 4.5% para Villa Clara y 6.6% para Santiago de Cuba. En su comparabilidad con

el mundo Cuba está entre los 20 países que más bajo índice muestra entre más de 140 naciones<sup>26</sup>.

La lactancia materna es un tema relevante en la salud del niño menor de un año. Ha sido objeto de monitoreo dada su importancia para la nutrición infantil y la prevención de enfermedades parasitarias. En el país se ha ido desarrollando una política de salud de apoyo a esta práctica que se ha concretado en acciones de promoción, divulgación y educación a la familia y la mujer embarazada. No obstante, no se obtienen todos los resultados deseados. La MICS del 2006 arroja que el 70% de los niños cubanos iniciaron su lactancia en la primera hora de vida.

Ningún estudio sobre salud infantil en Cuba ha demostrado que existan patrones discriminatorios de género en la distribución de los alimentos de los niños y las niñas, en la lactancia materna, ni ha identificado alguna actitud familiar tendiente a privilegiar la atención a la salud general de niños frente a la de las niñas. De hecho la autora de este trabajo ha sido parte de un proyecto de investigación donde se aplicó una encuesta a 300 mujeres en tres municipios de la capital para conocer el comportamiento de la lactancia materna exclusiva y su relación con factores de género, y no se obtuvo ningún dato donde aflorara alguna discriminación entre niños y niñas. El resultado final aún se halla en fase de procesamiento, pero nos permite afirmar que las desigualdades de género no están presentes en la cultura del trato alimentario hacia los niños, sino que más bien inciden en la situación de la mujer y los motivos de abandono temprano de la lactancia exclusiva.

El indicador de Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses está por debajo de lo deseable, con un valor de 26.4%. La MICS del 2006 evalúa la lactancia materna a través de seis indicadores que reflejan las prácticas en alimentación de los niños y niñas menores de dos años en la familia cubana; sus resultados muestran un pequeño diferencial desfavorable para las niñas en lactancia exclusiva hasta los seis meses y entre los que reciben lactancia y comida complementaria, pero no explican las determinantes. Sí se observan diferencias favorables en la Lactancia Materna en la región oriental, allí los indicadores de lactancia a la primera hora de vida y de forma exclusiva en menores de 6 meses, tienen valores más elevados<sup>27</sup>.

La investigación mencionada sobre Lactancia Materna en tres municipios de la capital arrojó un 21.2% de mujeres que dieron de manera exclusiva hasta los seis meses.

Las investigaciones antropométricas sobre el niño cubano arrojan que desde la década del 90 la obesidad y la anemia por carencia de hierro se han convertido en problemas de salud nutricional, mientras que la desnutrición se haya en valores bajos. Esos estudios dan evidencias de la influencia de diferentes factores, tales como: los ingresos familiares, los malos hábitos en el consumo alimentarios socializados en ese espacio, las inequidades en el acceso de los alimentos y problemas en la disponibilidad, por mencionar algunos<sup>28</sup>.

El tercer Informe de Cuba sobre el cumplimiento de los Objetivos del Milenio afirma que Cuba puede cumplir la meta dos de reducir la proporción de población que padece hambre dado que la disponibilidad de alimentos ha ido mejorando. En

---

<sup>26</sup> Ibidem

<sup>27</sup> [MINSAP y UNICEF. 2006], p. 22

<sup>28</sup> [Nodarse, N. 2008.]

el año 2008 el porcentaje de niños menores de 5 años con un peso insuficiente moderado y severo a su edad fue del 4%<sup>29</sup>.

No obstante, las tensiones que produce la situación alimentaria en la familia cubana se asocian también a factores de género y de política: la centralidad del papel de la mujer, en familias de mujeres trabajadoras que experimentan la sobrecarga de roles en la vida cotidiana, junto a los problemas de disponibilidad y accesibilidad de alimentos y al deterioro de los servicios de apoyo al trabajo doméstico, influyen en la complejidad y conflictos del proceso de compra-consumo de alimentos, lo que debe estar repercutiendo en el desorden alimentario que viven niños y adultos.

## Conclusiones

El primer decenio del siglo XXI es testigo de la reproducción de un perfil epidemiológico de los niños y niñas cubanos que comenzó a conformarse en la segunda mitad del siglo XX.

Su rasgo fundamental es una mejoría en la calidad de vida de los niños con más equidad de género y territorial, pero en la cual aún prevalecen muchos sesgos de ambas construcciones sociales. No podría afirmarse que la totalidad de los niños y niñas logran vivir una infancia, pero su situación de salud es mucho mejor que la de muchos niños en otras partes del mundo, y esa etapa la viven con una calidad de vida promedio superior a la que en esos términos alcanzaban los niños cubanos en la primera mitad del siglo XX.

La reducción de la mortalidad infantil en todos los grupos de edades, la desaparición de enfermedades prevenibles gracias a acciones de salud donde intervienen la familia y el Estado, muestran una actitud de esas instituciones de mayor preocupación hacia la infancia.

Se ha transitado de un perfil de enfermedades transmisibles a uno de enfermedades no trasmisibles: las malformaciones, los tumores, accidentes y la violencia de diferente tipo aparecen como las nuevas causas, efecto de otras más vinculadas a fenómenos de tipo cultural que requieren de una mayor intervención de especialistas de salud con formación social y una visión integral de la infancia. Algunas de ellas exigen nuevas miradas en la prevención de salud con mayor énfasis en lo social.

El enfoque de género y generacional debe ser un instrumento para el abordaje del estudio y monitoreo de la salud infantil. Diversos problemas que afectan el cuidado infantil están determinados por la sobrecarga de roles de las mujeres que trabajan y viven solas o cuyas parejas no comparten la carga doméstica con ellas, tienen que ver con las distintas prácticas culturales de índole sexista que aún se reproducen en la sociedad y en la familia cubana.

Se requiere también trabajar en el fortalecimiento de varios enfoques a las políticas de salud: género, familia e infancia. El enfoque intersectorial en salud es vital para el logro de una mejoría integral del estado de la salud de los niños y las niñas.

---

<sup>29</sup> [Cuba 2010], p. 13

#### REFERENCES

- [Avila,N. 2012] Avila, N. 2012. *La accidentalidad infantil y el rol de la familia en el cuidado del infante. Un análisis con perspectiva de género*. En Fleitas, R y M Romero, (comp) *Familia, Género y Violencia doméstica. Diversas experiencias de investigación social*. (La Habana: Instituto de la Cultura Juan Marinello).
- [Cuba 2010] Cuba 2010. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe*. (La Habana).
- [Fleitas, R. 2006] Fleitas, R. 2006. *Situación social de la Infancia en Cuba*. En Revista Sexología y Sociedad, Cuba. Año 12, No 30 Abril.
- [Fleitas, R. 2012] Fleitas, R. 2012. *Familias Pobres y Desigualdades de Género en Salud. Informe Final de Investigación*. (Buenos Aires: Clacso-Crop).
- [INIE. 2005] INIE. 2005. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuba. Segundo Informe*. (Cuba: Instituto Nacional de Investigaciones de la Economía).
- [MINSAP y UNICEF. 2006] MINSAP y UNICEF. 2006. *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados*. (Cuba: Dirección Nacional de Estadística).
- [MINSAP 2009.] MINSAP 2009. *Anuario Estadístico de Salud 2009*. (Ciudad Habana: MINSAP).
- [MINSAP. 2012.] MINSAP. 2012. *Anuario Estadístico de Salud 2011*. (La Habana: MINSAP, OMS-OPS, UNFPA y UNICEF).
- [Nodarse, N. 2008.] Nodarse, N. 2008. *Una visión filosófica de la relación familia-educación y cultura alimentaria*. Tesis de doctorado, (Ciudad de la Habana: Facultad Filosofía e Historia)
- [ONE. 2011.] ONE. 2011. *Anuario demográfico de Cuba 2011*. (Cuba, Oficina Nacional de Estadística).
- [PNUD. 2013.] PNUD. 2013. *Informe sobre Desarrollo Humano. El ascenso del Sur: Progreso Humano en un mundo diverso*. (New York: PNUD).
- [Revuelta, B. 2013.] Revuelta, B. 2013. *Pobreza material de la familia y violencia infantil. Un estudio de caso en familias del municipio de la Habana Vieja*. Tesis de Maestría. (La Habana: UCAM).
- [Rojas, F (org.). 2011] Rojas, F (org.). 2011. *Vacunas. Cuba 1959-2008*. (La Habana: Ciencias Médicas).
- [UNICEF. 2008. ] UNICEF. 2008. *Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal*. (Nueva York: UNICEF) .
- [Zabala, M. 2010.] Zabala, M. 2010. *Familia y pobreza en Cuba. Estudios de casos*. (La Habana: Acuario).