



© UNICEF Cuba/ LopezFesser

## MICS 5. Una lectura a la luz de los desafíos que afronta Cuba



## Contenido

Introducción .....	1
¿Cómo es el entorno familiar en los hogares de los niños y niñas de la muestra? .....	2
¿Qué características tienen los adultos con los cuales conviven? .....	2
¿Cómo se cumplen los programas existentes para la atención de las madres y sus bebés, desde el embarazo?.....	5
¿Cómo se atiende el desarrollo educativo de los niños y niñas en la primera infancia? .....	9
¿Qué nos evidencia MICS5?.....	11
Posibles rutas para la atención a los problemas identificados en los resultados de MICS5:...	12
Fuentes utilizadas:.....	14

*Este documento fue confeccionado por la Dra. C. Lesbia Cánovas Fabelo, Miembro de Honor de la Asociación de Pedagogos de Cuba, tomando como referencia su presentación en el lanzamiento nacional del informe de resultados de la quinta ronda de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS5, Cuba 2014) el 24 de noviembre de 2015 y las memorias de los cuatro paneles de expertos para el análisis a profundidad y análisis secundarios de los resultados, realizados en La Habana el 4 y 5 de junio de 2015.*

# MICS 5<sup>1</sup>. Una lectura a la luz de los desafíos que afronta Cuba

## Introducción

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) entró en vigor en 1990, su firma y la posterior ratificación por casi todos los países del mundo, se ha considerado un paso de avance en la atención y protección de los niños y niñas ante los graves problemas que los afectan, al considerarlos como plenos sujetos de derecho y constituir un instrumento jurídico legal de obligatorio cumplimiento por los Estados firmantes. Cuba llegó a la firma de la CDN con la casi totalidad de sus metas cumplidas y, ya existía un cuerpo legal que amparaba a los menores: el Código de la Familia, aprobado en 1975, el de la Niñez y la Juventud, en 1978, entre otros instrumentos legales, los cuales han venido armonizándose con la Convención.

De igual manera, Cuba arribó a la Cumbre de las Naciones Unidas sobre la Agenda de Desarrollo Posterior al 2015 con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cumplidos. Sin embargo, ese éxito extraordinario, en las condiciones impuestas por el bloqueo que nos acompaña por más de 50 años, no es óbice para tomar en consideración las disparidades identificadas en los resultados que ofrece la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), aplicada en 2014.

Con el propósito de apoyar a los países en la medición y seguimiento a las metas emanadas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, UNICEF puso en práctica esta herramienta (MICS) de recolección y generación de datos en la década del 90.

Cuba se incorporó a la aplicación de este programa desde su segunda ronda en el año 2000, aprovechando las opciones que brinda MICS para la adaptación al contexto del país y, a su vez, la generación de datos que ofrecen información relevante, de calidad e internacionalmente comparables, acerca de los progresos en el bienestar de los niños y niñas, mujeres y jóvenes, empleando una serie de variables asociadas a ello, en varios módulos y áreas temáticas, las cuales se han ido incrementando progresivamente.

En la implementación de las cuatro rondas de MICS en Cuba, ha tenido un rol preponderante la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública, con el acompañamiento y apoyo técnico de UNICEF y su oficina en Cuba. Se ha contado además, con la participación de otros organismos, organizaciones y especialistas. De igual manera, ha tenido lugar el análisis y la diseminación de los resultados de la encuesta.

Con la mirada puesta en el reto que significa una mejor utilización de los resultados para la toma de decisiones, a continuación se ofrece un análisis de los resultados cuantitativos de la encuesta y de las valoraciones cualitativas realizadas por los expertos convocados para debatir la información obtenida con la aplicación de MICS5.

---

<sup>1</sup> Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, promovida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 5ta ronda, 2014.

## ¿Cómo es el entorno familiar en los hogares de los niños y niñas de la muestra? ¿Qué características tienen los adultos con los cuales conviven?

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que “para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, el niño debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”, lo que presupone la atención y protección por parte de sus padres.

La familia es la institución social más antigua y estable de la historia de la humanidad, generalmente se nace en familia y al ser adulto se funda la propia.

El 89 % de los hogares está integrado por, entre 1 y 4 miembros. El jefe del hogar es el hombre en el 51,5 % de la muestra y la mujer en el 48,5 %. Entre los jefes del hogar, el 50,4 %, posee nivel primario, secundario u obrero calificado, y el 14,8 % el nivel educacional superior.

El 78,3 % de las mujeres y el 77,2 % de los hombres encuestados reside en área urbana; el 11,6 de ellas y el 14,1 de ellos está incluido entre 15 y 19 años de edad, mientras que el 52,1 % de las mujeres y el 48,4 % de los hombres tiene entre 35 y 49 años.

El 78 % de las mujeres y el 70,3 %, de los hombres, tiene nivel medio superior o superior.

Actualmente, solo el 57,6 % de las mujeres y el 54,4 % de los hombres están casados o en unión, en tanto que el 19,5 % y el 31,1 %, respectivamente, nunca lo ha estado.

El matrimonio antes de los 18 años, es una realidad para muchas mujeres jóvenes, este puede constituir una violación de los derechos humanos que compromete el desarrollo de las niñas y muchas veces resulta en un embarazo precoz, el abandono de estudios y el aislamiento social. Tómese en cuenta que en la adolescencia no existe la suficiente madurez como para adoptar una decisión informada sobre la selección de una pareja para fundar una familia. Claro que esto se relaciona con la disminución de la edad en la que las niñas se vuelven sexualmente activas.

El 5,7 % de las mujeres y el 1,7 % de los hombres se casaron o iniciaron una unión antes de los 15 años. Pero es significativo que antes de los 18 años lo hicieron el 31,2 % de ellas y el 13,1 % de ellos. Aunque hay cierta disminución del matrimonio precoz, con relación a las décadas de los años 70 y 80, actualmente una de cada 6 mujeres de 15 a 19 años está casada o en unión (15,8 %). En tanto, aproximadamente solo uno de cada 14, de los hombres jóvenes de 15 a 19 años, está casado o en unión (6,7 %). En mayor proporción entre los que tienen menos nivel de educación.

Una de cada cuatro de las mujeres de 15 a 49 años (24,1 %) y una de cada cinco en las edades de 20 a 24 años (19,1 %) está casada o en unión con un hombre 10 años o más años, mayor que ella. Esta situación es mucho más común en la región occidental, tanto para las mujeres de 15 a 19 años (50 %), como para las de 20 a 24 años (23 %).

El 11 % de mujeres jóvenes informó haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años. En relación con la estabilidad de la pareja, el 4,6 % de mujeres de 15 a 49 años reportó haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. De ellas, el 52 % reportó haber

usado el condón cuando tuvieron relaciones sexuales la última vez. Entre las mujeres más jóvenes, el 7 % tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y entre las de 20 a 24 años, un 9 % reporta haber tenido sexo con múltiples parejas.

Por otro lado, el 49 % de mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses informó que se trataba de una pareja con la que no estaban casadas ni convivían; de ellas solo el 70 % usó un condón la última vez. Cerca del 16 % de las mujeres de 15 a 24 años tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses con un hombre, 10 o más años, mayor que ellas.

En las mujeres más jóvenes (69 %) y las nunca casadas o unidas (62 %) su conducta más frecuente, según refieren, es tener relaciones sexuales con parejas ocasionales. Según regiones, La Habana es la de mayor valor (51 %).

La planificación familiar relacionada con la reproducción humana significa en principio, lograr una actuación consciente, basada en el sentido de responsabilidad de la pareja. Un hijo se debe tener cuando se desee y en el momento más favorable y oportuno para el bebé, la madre y la familia, de manera que se tengan las condiciones apropiadas para el desarrollo integral del niño.

Es conocido que los peligros asociados al embarazo y al parto se reducen considerablemente si se evita tener hijos antes de los veinte años y después de los treinta y cinco. A pesar de que la maternidad precoz ha disminuido gradualmente, sobre todo en las zonas rurales (en la década de los años 70 e inicios de los 80 una de cada 100 mujeres se embarazó antes de los 15 años y 10 de cada 100, lo hizo antes de los 18), los resultados muestran que el 9 % de las mujeres entre los 15 y los 19 años, ha empezado el proceso reproductivo, aunque solo un 0,2 %, ha tenido un nacido vivo antes de los 15 años. La maternidad temprana es más frecuente en las mujeres de menos nivel educacional y en el área rural.

Estos datos ponen de manifiesto que todavía no es suficiente la importancia que los jóvenes dan a la selección y uso adecuado de los métodos anticonceptivos como un elemento importante en la prevención de un embarazo no deseado.

El 69,5 % de las mujeres residentes en los hogares encuestados, dio a luz alguna vez y sólo en el 7,1 %, tuvo lugar en los dos últimos años. El 74 % de las casadas o en unión, utiliza algún método de planificación familiar, el más popular es la esterilización, utilizada por una de cada cuatro mujeres casadas o en unión, seguido del DIU, usado por el 24 %. Sin embargo, las adolescentes usan menos la anticoncepción que las mujeres de edades más avanzadas, 6 de cada 10 mujeres entre los 15 y 19 años casadas o en unión usa actualmente un método anticonceptivo en comparación con el 72 % de las mujeres de 20 a 24 años. La prevalencia de uso de anticonceptivo varía entre un 68 % en la región oriental y el 80 % en occidente; entre las mujeres que tienen nivel educacional superior es más frecuente no emplear ningún método anticonceptivo.

Existen posturas recalcitrantes, mitos y confusiones ante la anticoncepción. Aunque MICS5 no incluyó el aborto, su reducción podría contribuir a mejorar la natalidad, porque además, el aborto se convierte en causa de infertilidad por obstrucción de las trompas o pérdida del útero.

El 8 % de las mujeres tiene necesidades insatisfechas de anticoncepción, mayormente entre las de nivel primario de educación, la región oriental y entre las adolescentes.

El desarrollo pleno de niños y niñas, en mucho depende de las condiciones en que viven, muy especialmente del clima afectivo imperante en el seno del hogar, por ello resultan de interés las actitudes hacia la violencia obtenidas al explorar si los encuestados justificaban que los esposos o parejas golpearan a sus esposas o parejas en diversas situaciones, se incluyen entre las justificaciones: por serle infiel, descuidar a los niños, discutir con él, no sentirse atendido, llegar tarde sin avisar o no querer tener sexo con él.

El 4 % de las mujeres y el 7 % de los hombres opinan que es justificado que el esposo o pareja golpee a la mujer en alguna de las situaciones anteriormente expuestas. Resulta interesante que una de cada 100 mujeres, considera justificado que golpeen a la esposa o pareja si se niega a tener sexo con el esposo o pareja, y 2 de cada 100, si el esposo no se siente atendido. Sin embargo, los hombres colocan más que las mujeres, el descuidar a los hijos como razón para golpear (2 % frente al 1 %). La infidelidad es la más marcada como razón que justifica al esposo para golpear a su esposa o pareja, pero sobre todo en los hombres.

La justificación en cualquiera de las situaciones planteadas es más común entre las mujeres que viven en los hogares del oriente del país, en el área rural y los que tienen menos nivel educacional. El grupo de edad de 30-34 años en las mujeres y de 35 a 39 en los hombres, muestra el mayor porcentaje de justificación para cualquiera de las situaciones. El 27 % de las mujeres entrevistadas y el 36 % de los hombres, refirió conocer mujeres en esta situación.

El consumo de alcohol constituye un riesgo para la salud del individuo y su familia con consecuencias sociales relacionadas con sus propiedades embriagantes, tóxicas y adictivas. Además de las enfermedades crónicas que pueden desarrollar las personas que beben grandes cantidades de alcohol durante años, su consumo va más allá de la salud física y mental del bebedor. Una persona embriagada puede causar daños a otras personas, exponerlas al riesgo de tener un accidente de tránsito o ser víctimas de actos violentos, con afectación negativa en los escenarios del hogar, el trabajo y de la sociedad en general.

El 49,7 % de las mujeres de 15 a 49 años y el 28 % de los hombres nunca tomó una bebida alcohólica, el 19 % de las mujeres y el 46,5 % de los hombres tomaron, al menos una, durante uno o más días del último mes. El 3,4 % de ellas y el 11,4 % de ellos, bebió alcohol por primera vez antes de los 15 años. Entre las más jóvenes, la proporción de mujeres que tomó al menos una bebida alcohólica antes de los 15 años es bastante superior a los valores identificados en los grupos de más avanzada edad.

En los hogares conformados por estos hombres y mujeres, el 52 % de los niños vive con ambos padres, el 40 % solo con la madre, a pesar de que el 38 % tiene a su padre biológico vivo; el 2 % reside únicamente con el padre. El área rural muestra el mayor porcentaje de niños viviendo con ambos padres (60 %) y es significativamente más bajo en La Habana (42,6 %).

Aunque el 6 % de los niños y niñas no vive con ningún padre biológico, muy pocos de ellos han perdido a uno o a ambos padres (menos del 1 %), y solo el 3 % tiene a uno o a ambos padres en el extranjero, con más frecuencia el padre.

## ¿Cómo se cumplen los programas existentes para la atención de las madres y sus bebés, desde el embarazo?

El Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), constituye una garantía de seguridad y protección para la madre y su bebé, del cual se enorgullece la población cubana. Este programa garantiza que la atención prenatal se brinde en su totalidad por profesionales especializados, porque ese especialista forma parte del grupo básico de trabajo en los consultorios donde se ofrece fundamentalmente la atención primaria de salud.

Los riesgos del parto se pueden reducir, en gran medida, acudiendo al consultorio del médico de la familia o al policlínico correspondiente, para efectuar las consultas periódicas del embarazo. La comprensión y seguimiento al crecimiento y desarrollo del feto y su relación con la salud de la madre hacen que la atención prenatal sea un escenario óptimo para promover salud y prevenir enfermedades. También son una oportunidad para proporcionar información sobre planificación familiar, fundamentalmente acerca del intervalo entre nacimientos, factor importante para elevar la supervivencia de los recién nacidos y su estado de salud.

Todo lo que sucede antes y durante el parto es importante para la mamá y tiene mucho que ver no solo con el nacimiento, sino con el desarrollo futuro del niño.

Los controles que se realizan durante el embarazo incluyen: ultrasonido abdominal prenatal, pesquisa para enfermedades infecciosas, análisis de orina y sangre, la medición de la presión sanguínea y del estado nutricional de la embarazada.

Es muy significativo que el 98 % de las embarazadas haya recibido estas atenciones prenatales en cuatro o más consultas por parte de médicos y prácticamente la totalidad fueron atendidas por personal calificado de salud, donde se incluye la enfermera. El 89 % está protegida contra el tétano, con el menor porcentaje en occidente, y el 92,4 % tuvo su primera visita de cuidado prenatal en el primer trimestre del embarazo (la mediana de meses de embarazo en esta primera consulta es de 2). Una nota de interés lo constituye que el 3,8 % de las embarazadas en los dos últimos años en La Habana no recibió cuidados prenatales.

Casi una de cada tres de las embarazadas (30,9 %) tuvo dificultades con su peso, el 16,3 % por bajo peso, el 9,8 % por sobre peso y el 4,7 % por obesidad. El 71,5 % tuvo una ganancia de peso normal durante el embarazo.

Al 31 % de las embarazadas se le indicó algún suplemento de hierro y el 93 % lo ingirió.

Prácticamente el 99 % de los partos fue atendido por el médico, el 1 % restante por una enfermera obstétrica y se produjeron en centros de salud. El 40,4 % de los nacimientos fue por cesárea, el 22,9 % decidido antes del comienzo del trabajo de parto y 17,5 % después de comenzado. El mayor porcentaje corresponde a las mujeres de 35 a 49 años (52 %), a las mujeres de nivel superior (49 %), es mayor en el área urbana (42 %) y más común en la región occidental.

El 97 % de las mujeres permanecieron por 12 horas o más en el centro de salud donde tuvo lugar el parto, el porcentaje de permanencia en el centro por 3 días o más, fue superior en el occidente.

El 98,4 % de las madres y sus bebés recibieron chequeos de salud después del nacimiento en una institución o en el hogar, incluida la prueba del talón al 97 % de los recién nacidos, alrededor del quinto día posterior al nacimiento, para identificar la presencia o no, de 5 enfermedades congénitas, con muy pocas diferencias en las variables analizadas.

En los propios hospitales y centros de salud donde tiene lugar el nacimiento se llena el documento primario y allí reciben la tarjeta del menor. Los familiares de niños y niñas que nacen fuera de las instituciones de salud lo solicitan en las Oficinas de Carnet de Identidad y Registro de Población, presentando la certificación del registro de nacimiento. El 100 % de los nacimientos de los menores de 5 años se registró, aunque para los que nacen fuera de la provincia solo se hace efectivo en el municipio de residencia de la madre. El 95 % de las tarjetas del menor fueron vistas por los encuestadores.

El peso del recién nacido es un buen indicador, no solo de la salud de la madre y su estado nutricional, sino también de las posibilidades de supervivencia del bebé, su crecimiento, salud en el largo plazo y desarrollo psicosocial. El bajo peso al nacer (definido como menos de 2 500 gramos) implica una serie de riesgos graves para la salud de los niños y las niñas, se debe principalmente a la mala salud y nutrición deficiente de la madre. Hay tres factores que tienen mayor impacto: el mal estado nutricional de la madre antes de la concepción, la baja estatura (debido principalmente a la desnutrición y a las infecciones durante la infancia), y la mala nutrición durante el embarazo.

El 98,6 % de los infantes fue pesado al nacer y el 5,3 % resultó menor de los 2,500 gramos, algo mayor en las madres de entre 35 y 49 años de edad, en las que tienen menor nivel educacional, y menos presente en la región central. El 14,8 % fue más grande que el promedio o muy grande, también bastante mayor en las madres de entre 35 y 49 años de edad.

La atención postnatal para los niños está estructurada a partir de la consulta de puericultura y el seguimiento diferenciado en el terreno, según su edad. La primera visita para recién nacidos la recibió el 100 %: en el policlínico (41,1 %), el hospital (30 %), o en el hogar (28,9 %). De igual manera, la primera consulta a la madre tras el parto se ofreció en instituciones de salud al 67 %, son más bajas en el hogar (33 %). Prevalece el médico como primer proveedor de atención postnatal (93,5 %).

La alimentación adecuada de recién nacidos, niños y niñas pequeños puede aumentar sus posibilidades de supervivencia, promover el crecimiento y el desarrollo óptimos, especialmente en la ventana crítica comprendida desde el nacimiento hasta los 2 años de edad.

La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños y niñas de las infecciones, les proporciona una fuente ideal de nutrientes, es económica, segura y tiene gran utilidad en el establecimiento de la relación física y emocional entre el bebé y la madre. La OMS y UNICEF recomiendan que la lactancia se inicie dentro de la primera hora después del parto, que se alimente al bebé exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y que se continúe hasta los 2 años y más.

Solo el 48 % de los bebés fue amamantado por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento, con un acceso ligeramente mayor en occidente y el área rural, el 85 % dentro del primer día y el 10,8 % recibió un alimento pre lácteo.

La lactancia materna exclusiva solo la recibe un 33 % de los menores de seis meses, con mayor acceso en La Habana y las áreas rurales. Disminuye en 15,4 puntos porcentuales con relación a MICS4. El 39 % recibió lactancia predominante, que incluye además, agua y otros líquidos no lácteos, sobre todo en el oriente, La Habana y área rural. A la edad de 12 a 15 meses, un 39 % de los niños y niñas todavía recibe lactancia materna, sobre todo en occidente, el área rural y de madres con nivel secundario o de obrero calificado. Un 24 % continúa siendo amamantado a la edad de 20 a 23 meses. Al analizar la lactancia continuada se observan importantes diferencias entre niños y niñas, son estas últimas las que tienen mayor acceso a la lactancia continuada, tanto al año como a los dos años.

En las edades más tempranas la mayoría de los infantes reciben líquidos o alimentos distintos de la leche materna, son otras leches o fórmulas los de mayor uso, especialmente a partir de los dos meses. A la edad de 4 a 5 meses, el porcentaje de niños y niñas amamantados de forma exclusiva está por debajo de 8 % y solo alrededor de un 19 % recibe leche materna a los dos años. La mediana para cualquier lactancia entre niños de 0 a 35 meses es de 10,5 meses, más baja en La Habana, región urbana y madres con nivel superior; 2,0 meses para la exclusiva y 2,2 para la predominante.

Por otra parte, a los seis meses se debe combinar la lactancia materna con alimentos sólidos, semisólidos o suaves, lo cual se considera una alimentación adecuada. Según estos patrones de alimentación, solo un 39 %, de los niños y niñas entre 6 a 23 meses, se está alimentando adecuadamente y la lactancia adecuada de 0 a 23 meses, desciende al 37 %. Es en el área rural donde se observan un mayor acceso de los niños y niñas a la lactancia exclusiva y mayores proporciones de estar bien amamantados.

El 89 % de los lactantes de 6 a 8 meses, que actualmente son amamantados recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves al menos una vez el día anterior a la encuesta, mientras que entre los que no están lactando actualmente fue del 97 %. Se presenta una brecha entre las niñas y niños al recibir estos alimentos el 82 % de las niñas y el 98 % de los niños.

La diversidad alimentaria mínima es definida como: recibir alimentos de al menos cuatro de los siete grupos alimenticios; se usa para verificar el contenido adecuado de nutrientes en la comida consumida (no incluye el hierro). La frecuencia mínima de comida se refiere a la cantidad de veces que los niños y niñas reciben una alimentación adecuada durante el día.

La evaluación general, usando el indicador de la dieta mínima aceptable reveló que el 77 % estaba recibiendo alimentos sólidos o suaves el número mínimo de veces, sobre todo en el área urbana y en los hijos de madres con nivel superior, y solo el 56 % de los niños y niñas entre 6 y 23 meses se beneficiaba de una dieta suficiente, tanto en diversidad como en frecuencia.

El análisis conjunto de los niños y niñas entre 6 y 23 meses que lactan (deben recibir dos o tres comidas/meriendas) y los que no están lactando actualmente (deben recibir cuatro comidas, incluyendo leche), muestra que solo el 56 % tiene una dieta mínima aceptable, las cifras son similares entre los sexos y se incrementa progresivamente con la edad. Los mayores porcentajes de dieta mínima aceptable, se dan en las zonas urbanas y los hijos de madres con educación superior.

Es preocupante que aún prevalece en Cuba la práctica continua de la alimentación con biberón, debido a la contaminación que puede causar el uso de agua insalubre y la falta de higiene en su preparación. El 76 % de 6 a 23 meses es alimentado con biberón con tetera, más frecuente en la

región occidental (92 %), en contraste con La Habana (64 %), igualmente los hijos de madres con nivel secundario o de obrero calificado son más propensos a ser alimentados con biberón (83 %). Esto reduce también la influencia que ejerce la relación afectiva entre la madre y su bebé, en el desarrollo emocional de los niños y niñas.

La inmunización desempeña un papel clave en la reducción de enfermedades que son causa de mortalidad infantil. Cuba cuenta con el Programa Nacional de Inmunización, en el que se ajustan las pautas establecidas por la OMS a las condiciones existentes. Su cumplimiento de forma mantenida ha colocado al país entre los primeros países del mundo que logra una cobertura de vacunación cercana al 100 %, a todo lo largo y ancho del país, donde quiera que haya un niño o una niña, lo cual ha sido confirmado por las encuestas MICS.

Las estimaciones de cobertura de inmunización completa de la MICS se basan en niños y niñas de 24 a 35 meses, y las fuentes de obtención de los datos de cobertura de vacunación son diferentes a los del programa de inmunización. La vacunación hasta los 12 meses en niños y niñas de 12 a 23 meses es de 99,6 % y, en los de 24 a 35 meses, es de 96,3 %. Estos resultados alertan de la existencia de deficiencias administrativas que se expresan, en ocasiones, en el llenado de los carnés de vacunación y las tarjetas de los consultorios. Por otra parte, la diferencia que existe en los datos de MICS5, con relación a los del Sistema Estadístico del Programa Nacional de Vacunación, tiene que ver con el momento en que se toma el dato, ya que los niños que se vacunan con la Pentavalente no siempre se completan la vacunación en el propio año, en dependencia de la fecha de nacimiento.

La atención a enfermedades evitables que pueden provocar la muerte de niños y niñas como son la diarrea y la neumonía constituye una prioridad del sistema de salud cubano. En las dos semanas previas a la encuesta, se reportó que el 4,7 % de los menores de 5 años tuvieron diarreas, el 3,2 % tuvo síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), (inferior en ambos casos a MICS4) y el 10 % un episodio de fiebre. Esta información fue suministrada por la madre o quien cuidaba a niños y niñas, sin que se buscara otra evidencia, por lo cual estos resultados no son medida de la verdadera prevalencia de estas enfermedades en una ventana de tiempo de dos semanas.

En el 75,4 % de los casos que tuvo diarreas se acudió a alguna de las instituciones del sistema de salud. La búsqueda de consejo o tratamiento es más frecuente en occidente, para el 10 % más en los niños que en las niñas y en las zonas urbanas. El tratamiento de la diarrea, ya sea con sales de rehidratación oral (SRO) o con una bebida casera recomendada puede evitar muchas muertes, de igual manera, la provisión de zinc reduce la duración y gravedad de la enfermedad, así como el riesgo de episodios futuros en los dos o tres meses siguientes, sin embargo solo el 15,5 % recibió el tratamiento con ambos productos, con una disminución de 35,6 puntos porcentuales con relación a los resultados de MICS4. Aproximadamente el 53 % recibió terapia de rehidratación oral y, al mismo tiempo alimentación continuada, tal como se recomienda, y el 26 % quedó sin tratamiento o medicamentos.

Las cifras de mortalidad infantil son muy bajas, pero se reporta la influenza y neumonía como la tercera causa de muerte en menores de un año y entre uno y cuatro. El conocimiento por parte de las madres de los signos de peligro es un determinante importante en la búsqueda de atención médica, el 87 % de las mujeres conoce al menos uno de los dos signos de la neumonía (respiración rápida y dificultad para respirar). El 93 % de los niños y niñas de 0 a 59 meses con síntomas de IRA, fueron llevados a un centro o un proveedor de salud y el 63 % recibió tratamiento con antibióticos, el

89 % de ellos, indicado en centros de salud. En el 96 % de los casos se acudió al centro de salud por la presencia de fiebre.

A estos programas de salud, se unen los de agua y saneamiento. El agua para el consumo humano es una necesidad básica para el buen estado de salud de la población, beber agua segura, (procedente de fuentes mejoradas), la eliminación adecuada de excretas humanas y una buena higiene personal son condiciones importantes para garantizar la salud de todos, pero sobre todo de mujeres, niños y niñas.

El 94 % de la población usa fuentes mejoradas (conexión domiciliaria, agua de pipa, puntos de fácil acceso, aguas superficiales) que reciben tratamiento y es segura para beber, aunque en las zonas rurales solo alcanza el 89 %, descendiendo hacia la región central y oriental del país (66 y 63 %, respectivamente). Solo el 64,6 % recibe el agua por tubería dentro de la vivienda. La segunda fuente más importante de agua potable es la proveniente de los pozos.

El agua de la mayor parte de las fuentes está muy clorada, pero puede contaminarse al llegar a los hogares, sin embargo solo en el 27,2 % de ellos se emplea algún método para su tratamiento y donde se utilizan fuentes no mejoradas, solo el 57 % emplea los métodos adecuados para tratarla, aunque superior en 25 puntos porcentuales con relación a MICS4. La forma más común declarada fue agregarle blanqueador o cloro.

La disponibilidad de agua en el propio hogar facilita su mayor uso, mejor higiene y mejores condiciones de salud. El 9 % de los hogares no dispone de agua para beber en su domicilio. Un 1 % de la población emplea más de 30 minutos en llegar a la fuente de agua y llevar el agua a la vivienda, sobre todo en el área rural, donde alcanza el 4 %, con énfasis en la región oriental. Los niños no son utilizados para trasladarla.

El 95 % de la población vive en hogares que usan instalaciones sanitarias mejoradas para la eliminación de los excrementos, el 90,7 % no compartidas y el 1 % no tiene instalación alguna. El 0,4 % declara la defecación al aire libre.

El lavado de manos con agua y jabón es la intervención de salud más eficaz en función de los costos y la efectividad para reducir la incidencia de la diarrea aguda, así como la neumonía en niños y niñas menores de 5 años. El 94 % de los hogares muestreados dispone de un lugar específico para el lavado de las manos y en el 85 % de ellos, se observó que había agua, jabón u otro producto para la higiene; en el 3 % solo había agua y en el 5 % había jabón, pero no agua, el restante 2 %, no tenía ni agua ni jabón para el lavado de las manos. La proporción de hogares sin agua ni jabón es mayor en el área rural y las regiones del centro y el oriente del país.

## **¿Cómo se atiende el desarrollo educativo de los niños y niñas en la primera infancia?**

El cuidado del niño y la niña, no se reduce a protegerlos de enfermedades, sino también de lesiones no intencionales que son frecuentes en estas edades. En Cuba, al haberse disminuido la mortalidad por otras causas, esta ocupa el primer lugar.

El 4 % de los niños y niñas de 0 a 59 meses fueron dejados con un cuidado inadecuado durante la semana previa a la encuesta, ya sea porque los dejaron solos o al cuidado de otro menor de 10 años. El descuido fue más prevalente entre los niños y niñas cuyas madres tienen nivel superior.

En la infancia, la calidad del cuidado en el hogar es el principal determinante del desarrollo infantil. Un mundo apropiado para niños exige criarlos en un entorno seguro que les permita disfrutar de buena salud, estar mentalmente alerta, sentirse emocionalmente seguros y ser socialmente adecuados y capaces de aprender.

Los programas de desarrollo integral de la primera infancia en Cuba presuponen considerar su crecimiento físico, su estado de salud y nutricional, la formación de sus cualidades personales, hábitos de comportamiento social, desarrollo motor, intelectual, moral, estético, de la comunicación, el lenguaje y socio-afectivo, pero no de forma aislada, sino en interrelación, de acuerdo a las particularidades de las edades y el contexto socio cultural.

El 76 % de los niños y niñas de 36 a 59 meses asiste a un programa educativo organizado para la infancia temprana (círculos infantiles, aulas de preescolar o la modalidad no institucional, mediante el programa Educa a tu hijo).

El apoyo de los adultos al desarrollo integral de la infancia temprana se puso de manifiesto en que para el 89 % de los niños y niñas de 36 a 59 meses, un miembro adulto de la familia participó en cuatro o más actividades que promueven el desarrollo y la preparación previa para la escuela durante los tres días anteriores a la encuesta, (para un 76 % la madre y 18 % el padre). El nivel educativo de los padres influye positivamente para su participación, en las regiones central y oriental la participación es menor.

El 48 % de los niños y niñas de 0 a 59 meses vive en hogares donde hay al menos tres libros infantiles; con 10 libros o más, disminuye al 21 %, la situación más desventajosa se produce en el oriente y el área rural. El 78 % tenía 2 o más tipos de juguetes en su hogar, el 91 % de los infantes dispone de juguetes adquiridos en tiendas, el 76 % de los confeccionados en el hogar y el 60 % de utensilios y objetos del hogar y el entorno. Todo ello, menos presente en los hogares donde la madre tiene más bajo nivel de educación.

El desarrollo infantil temprano es un proceso complejo, a través de una trayectoria en la que el niño y la niña transitan a niveles superiores en la realización de movimientos, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás.

El 89 % de los niños y niñas de 0 a 59 meses se está desarrollando a un ritmo adecuado, ligeramente más alto entre las niñas (91 %), que entre los varones (87 %) y como era de esperarse, más alto en los grupos de mayor edad (92 % entre los de 48 a 59 meses, en comparación con 86 % entre los de 36 a 47 meses). Los resultados son más altos en los que asisten a un programa educativo para la infancia temprana (91 %, en comparación con los que no asisten (81 %).

El análisis de los cuatro dominios de desarrollo infantil muestra que un 97 % de los niños y niñas está evolucionando bien en el dominio físico, 96 % en el aprendizaje, 88 % en lo social-emocional, y están más atrasados en el dominio alfabetización y conocimientos numéricos (22 %). Esta diferencia pudiera explicarse porque el currículo, en las dos modalidades aplicadas en Cuba, no incluye actividades dirigidas al dominio alfabético o numérico. De igual manera, en cada dominio, la mayor

puntuación está relacionada con los niños y niñas que asisten a un programa educativo para la infancia temprana y los mayores.

Enseñar a los niños y niñas a tener autocontrol y un comportamiento aceptado, forma parte del modo de disciplinarlos en todas las culturas, aunque en algunas de ellas, y en otros tiempos, la violencia fue considerada como una vía idónea para lograrlo.

Educar a los hijos de manera positiva implica orientarlos para que aprendan a manejar sus emociones o conflictos de modo que desarrollen el juicio y la responsabilidad y preserven su autoestima, integridad física y psicológica, así como su dignidad. Sin embargo, con frecuencia se les educa con métodos punitivos, en los que se emplea la fuerza física o la intimidación verbal para lograr las conductas deseadas.

La exposición de los niños y niñas a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales, que van desde los impactos inmediatos hasta los daños a largo plazo que se llevan a la vida adulta. La violencia dificulta el desarrollo, las capacidades de aprendizaje y el rendimiento escolar; inhibe las relaciones positivas, causa baja autoestima, angustia emocional y depresión, algunas veces, conduce a riesgos y autolesiones.

Por vez primera se indagó acerca de los métodos para lograr la disciplina infantil. Las entrevistas reflejaron que el 36 % de los menores de 1 a 14 años de edad fueron sometidos al menos a una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes anterior. Los de 5 a 9 años fueron los más sometidos a métodos violentos de disciplina (40 %).

Poco más de una tercera parte de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, lo que refleja que los cuidadores desean controlar la conducta de los niños y niñas de cualquier forma. Mientras que el 21 % de los niños y niñas fue sometido a agresión psicológica, aproximadamente el 28 % tuvo un castigo físico, el 2 % fue sometido a un castigo severo y el grupo de 10 a 14 años muestra mayor porcentaje, 4 %. Solo el 37 % de los niños y niñas experimenta prácticas de disciplinas no violentas.

Llama la atención que en algo más del 25 % de los casos no se manifestó ninguna manera de educar ni con, ni sin violencia.

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias bastante comunes en los hogares, solo el 4 % de los encuestados creen que el castigo físico es necesario para educar a los hijos.

## ¿Qué nos evidencia MICS5?

Los resultados de MICS5 confirman los grandes logros alcanzados por una gran mayoría de la población, gracias a la amplia cobertura de las políticas sociales aplicadas por la Revolución en los servicios básicos de salud, educación y agua y saneamiento, entre otros.

Muchos de los resultados obtenidos con MICS5, corroboran las informaciones generadas por los sistemas establecidos en los organismos e instituciones gubernamentales, así como por otros estudios e investigaciones sobre aspectos puntuales. Sus resultados son válidos para la fundamentación de variadas estrategias que permitan abordar los problemas identificados.

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, educación y agua y saneamiento, significativos para el desarrollo adecuado de la población cubana existen realmente para una parte de ella, a pesar de las oportunidades ofrecidas por los diferentes programas instituidos por la Revolución. Más evidente en la zona oriental y las áreas rurales.

Las políticas sociales son diseñadas por parte de los Organismos de la Administración Central del Estado, de manera vertical, centralizada, homogénea y universal, centradas en ofrecer oportunidades a la población, mediante las instituciones existentes en las localidades. En estas políticas se focalizan como destinatarios los distintos grupos poblacionales, pero su participación es solo consultiva y el papel de las instituciones locales no se dirige al empoderamiento necesario de los sujetos para participar activamente en la identificación y solución de sus problemas y los de su comunidad.

Las instituciones y los profesionales de los sectores que prestan los servicios a la población no han tenido la autoridad, ni la preparación necesaria para, desde un accionar intersectorial y bajo la conducción de los gobiernos locales, adecuar y concretar las políticas a las condiciones objetivas y subjetivas de sus contextos.

La amplia red de instituciones creadas por la Revolución no ha dado la prioridad necesaria a la identificación de las diversidades y desigualdades existentes en los diferentes contextos, ni ha tenido la capacidad para ofrecer servicios y oportunidades diferenciadas, en correspondencia con las necesidades particulares de cada uno de ellos y comprometer a las familias y los individuos en la utilización de esas oportunidades para la solución responsable de sus problemas.

La poca efectividad que tienen, para una parte de la población, los mensajes educativos transmitidos por las instituciones que prestan los servicios y los diversos medios de comunicación, ya que no forman parte de una estrategia intersectorial y, en ocasiones, se basan en la reiteración y formalización de contenidos, distanciados de la intersubjetividad humana y sus prácticas cotidianas, sin tomar en cuenta el carácter activo del sujeto a quien va dirigido.

La baja percepción de riesgo existente en la población en relación con temas a los que no se da suficiente visibilidad, como son la violencia que se ejerce sobre niños, niñas y mujeres, el abuso en menores o las lesiones no intencionales en los hogares, entre otras.

## **Posibles rutas para la atención a los problemas identificados en los resultados de MICS5:**

Completar el análisis metodológico de la encuesta, continuar el trabajo de los expertos y el equipo de MICS para esclarecer las no coincidencias existentes entre los indicadores vigentes en el país y los que utiliza MICS; realizar el ordenamiento conceptual y metodológico y proponer la introducción de nuevos módulos, por ejemplo, discapacidad.

Utilizar las bases de datos confeccionadas por el equipo que dirige MICS para profundizar en los resultados, mediante el cruce de variables, realizar comparaciones con los resultados de otros estudios e investigaciones y profundizar en los problemas identificados, mediante estudios de caso u

otras vías que amplíen en la argumentación cualitativa y proponer acciones más efectivas para su solución.

Aprovechar la metodología y los resultados de MICS para realizar estudios e investigaciones sobre otros temas, con énfasis en aquellos que están insuficientemente visibilizados.

Garantizar que el enfoque de derecho guíe el trabajo y todo análisis que sobre la mujer y la infancia, realicen los organismos, instituciones y organizaciones.

Fortalecer la intersectorialidad en el trabajo con la infancia y la mujer, porque aunque es consustancial a nuestro sistema social, necesita ser asumida desde una concepción donde la coordinación intencionada de los servicios que prestan los diferentes sectores se produzca a partir de los problemas existentes en los sujetos y colectividades de cada contexto concreto. De este modo, las instituciones que brindan los servicios en las comunidades, no solo cumplirán los objetivos y metas fijados desde los niveles superiores, sino darán respuesta a las necesidades reales, lo cual facilitará y estimulará la participación consciente de los ciudadanos, las entidades locales y las organizaciones comunitarias.

Tomar en consideración estos resultados en la formación y capacitación de los profesionales de los sectores implicados, enfatizando en cómo elevar la efectividad de las acciones educativas dirigidas, de manera diferenciada, hacia los sujetos y comunidades donde se presentan los problemas. Garantizar la actualización permanente de estos profesionales, a partir de los avances de las ciencias.

Revisar algunas de las normas vigentes en cuanto a la atención médico sanitaria, que como resultado de los avances de las ciencias actualmente son obsoletas, como por ejemplo, que el segundo parto de una mujer que tuvo el primer hijo por cesárea deba serlo por esta vía también, la utilización de anticonceptivos hormonales o dispositivos intrauterinos en las adolescentes, teniendo en cuenta el incremento de los abortos y la creciente disminución de la natalidad, entre otras problemáticas.

Trabajar intersectorialmente para diseñar una estrategia institucional de comunicación, con campañas de propaganda coherentes, que incluyan mensajes diferenciados y con intencionalidad, a partir del intercambio sistemático entre los profesionales de los medios y los investigadores y decisores que poseen la información acerca de los problemas existentes y el abordaje para lograr una solución más efectiva.

Realizar una divulgación más activa de estos resultados por los medios de comunicación en todos los niveles.

Tomar en consideración la influencia que ejercen en las conductas humanas, los patrones de crianza y las costumbres, que en muchos casos generan mitos y prejuicios en parte de la población al realizar el trabajo de comunicación educativa (cara a cara o mediante cualquiera de los medios).

Incorporar en las instituciones educativas, contenidos de enseñanza más conectados con la vida, con los problemas existenciales que la convivencia presenta diariamente a individuos, grupos y comunidades humanas, con aquellas dimensiones del desarrollo humano, vinculadas directamente con la sociedad y con las relaciones de convivencia, participación e inclusión ciudadana, necesarias para una buena socialización. Tenerlo en cuenta en el perfeccionamiento del Sistema Educativo Cubano proyectado.

Trasmitir a las autoridades competentes la necesidad de darle prioridad a la producción o importación de algunos medios imprescindibles para la estimulación temprana de los niños y niñas, como son los juguetes y los libros apropiados para estas edades.

Utilizar los resultados de MICS5 para identificar hacia dónde dirigir el acompañamiento de UNICEF, mediante la inclusión de proyectos en el Programa de País, vigente hasta el 2018. Focalizar las provincias orientales y las áreas rurales.

### Fuentes utilizadas:

- Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF.
- Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública, Oficina de UNICEF en Cuba. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Cuba, 2014. Informe final, La Habana, Cuba.
- Castro Ruz, Raúl. Discurso en la Cumbre de Naciones Unidas sobre Agenda de Desarrollo Posterior al 2015. En: Periódico Juventud Rebelde, 26 de septiembre de 2015, pág. 3.
- Espina, Mayra. Desigualdad social y retos para una nueva institucionalidad democrática en la Cuba actual. En Espacio Laical 2/2014 - Número especial.
- UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Propuesta de organización y realización de los Paneles de Expertos para MICS5, Oficina de UNICEF en Cuba, Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, Materiales impresos, La Habana, 2015.
- UNICEF. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Resultados principales MICS4 y MICS5, Oficina de UNICEF en Cuba, Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, Material impreso, La Habana, 2015.
- UNICEF. Videos de los análisis realizados por los cuatro paneles de expertos para el análisis a profundidad y análisis secundarios de los resultados de la quinta ronda de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS5), Cuba, 2014. La Habana, 4 y 5 de junio de 2015.