

CIDE

Vol. 3, Núm. 1 CENTRO DE INVESTIGACIONES DEMOGRAFICAS · Septiembre, 1998

EDICION ESPECIAL



LA FAMILIA EN PUERTO RICO, CUBA Y REPUBLICA DOMINICANA

Programa Graduado de Demografía
Departamento de Ciencias Sociales
Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

CONTENIDO

Septiembre 1998

Volumen 3, Número 1

Prólogo

Página

Estructuras Familiares, Sociedad,
Pluralidad y Desventaja Social.
DRA. ALMA IRIZARRY CASTRO 1

Transformación Demográficas,
Cambios en la Familia y Niveles de
Salud en Cuba.
LIC. ENRESTO CHAVEZ NEGRIN 14

Cambios Estructurales en la Familia
Dominicana.
LIC. CARMEN LUCIANO
D'ORVILLE 32

Cambios en la Estructura Familiar de
Puerto Rico, Sus Determinantes y Sus
Diferenciales.
DRA. ZORAIDA MORALES
DEL VALLE 44

Estrategias de Intervención en la
Planificación de Programas de
Promoción de la Salud.
PROF. CARMEN LEBRON
DE AVILES 62

CENTRO DE INVESTIGACIONES DEMOGRAFICAS

PROLOGO

Esta edición especial de la Revista CIDE (Centro de Investigaciones Demográficas) dedicada al tema de las familias del Caribe reúne, en forma escrita, todos los trabajos que se presentaron en un panel-foro titulado "Nuevas Estructuras de la Familia Caribeña: Consideraciones para la Promoción de la Salud". Este panel se presentó durante la celebración en Puerto Rico de la XVI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud celebrada durante el mes de junio de 1998.

La conducción de esta presentación fue posible gracias al auspicio económico del Proyecto Atlantea adscrito a la Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico. Durante la presentación del panel-foro se contó con la participación de un representante de la República Dominicana y Cuba y de tres panelistas de Puerto Rico.

Los trabajos presentados en esta edición son:

- Estructuras Familiares, Sociedad, Pluralidad y Desventaja Social cuya autora es la Dra. Alma Irizarry Castro.
- Transformaciones Demográficas, Cambios en la Familia y Niveles de Salud a cargo del Lic. Ernesto Chávez Negrón.
- Cambios en la Estructura en la Familia Dominicana escrito por la Lic. Carmen Luciano D'Orville.
- Cambios en la Estructura Familiar de Puerto Rico: Sus Determinantes y Sus Diferenciales cuya autora es la Dra. Zoraida Morales Del Valle.
- Estrategias de Intervención en la Planificación de Programas de Promoción de la Salud a cargo de la Prof. Carmen Lebrón de Avilés.

Judith Rodríguez Figueroa
Catedrática
Programa de Demografía y Coordinadora
Proyecto Nuevas Estructuras de las Familias
Caribeñas: Consideraciones para la Promoción de la Salud

RESUMEN

Se sugiere una perspectiva de la familia fundamentada en el saber científico y en la valoración de la misma como unidad para el cuidado de la salud. La familia contemporánea por sus lazos de independencia con la sociedad ha vivido y resistido las consecuencias de una serie de transformaciones económicas, políticas, tecnológicas, culturales e ideológicas. Estas actúan como fuerzas de influencia en la familia y ella responde adoptando nuevas formas para atemperarse a los nuevos tiempos. Por tales razones, la sociedad actual se caracteriza por una pluralidad de estructuras familiares. Como parte de esa diversidad, al presente, existen familias nucleares biológicas, nucleares en serie, madre o padre sólo, extendida y las que comparten la misma orientación sexual. El término familia deberá ser redefinido para abarcar todos estos estilos de convivencia. Es imperativo ofrecer apoyo a las familias en mayor desventaja social, tales como: las nucleares en serie, las que comparten la misma orientación sexual y la madre sola.

ESTRUCTURAS FAMILIARES, SOCIEDAD, PLURALIDAD Y DESVENTAJA SOCIAL

Dra. Alma Irizarry Castro
Universidad de Puerto Rico

INTRODUCCION

Las agencias sociales y de salud, igual que las personas en su vida cotidiana, frecuentemente consideran que el tipo de familia en el cual convive fue el resultado de una decisión personal de carácter individual. También se piensa que lo ideal sería que las personas constituyeran un sólo tipo de familia en la cual estén presentes el padre, la madre y los hijos. Por tanto, se juzga a la familia de tipo nuclear biológica como en forma superior y se suponen disfuncionales a las otras modalidades existentes.

Por otro lado, no se ofrece la atención debida a las familias que están en desventaja social para afrontar situaciones que ponen en riesgo la salud de sus miembros y para poder desempeñar en forma adecuada sus funciones sociales.

El conocimiento científico adquirido a través del estudio de la familia, y la configuración familiar actual no sustentan los modos de pensar anteriormente expuestos con respecto a la familia ni tampoco el abandono social del cual son víctimas ciertos tipos de familias. Por consiguiente, se sugiere conceptualizar una nueva sensibilidad hacia la familia fundamentada en el saber científico y en la valoración de la familia como unidad para el cuidado de la salud.

En esta nueva forma de solidaridad con la familia podrán ser de utilidad las premisas siguientes: Primero, entender que las estructuras son una respuesta adaptativa de la humanidad a transformaciones que acontecen en la sociedad. Segundo, aceptar la diversidad de estructuras familiares y considerar la conveniencia de redefinir el término familia. Tercero, ser sensibles a las estructuras familiares que están en desventaja social y que requieren más apoyo social para mantener

un estado de salud adecuado entre sus miembros.

Perspectiva Ecológica de la Familia

Las disciplinas científicas que estudian la familia la han caracterizado como una institución social dinámica, histórica, universal, cuya estructura y función están determinandas por el grado de desarrollo de la sociedad. Los estudios advierten que la familia mantiene un vínculo indisoluble con la sociedad y no puede ser sustraída del entorno sociocultural donde existe. La familia es tan dinámica como la sociedad de la cual forma parte y responde al momento histórico en la evolución de la sociedad. Por estas razones la familia experimenta variaciones estructurales y funcionales a través del tiempo.

La familia contemporánea occidental, por sus lazos de interdependencia con la sociedad, ha vivido y resistido las consecuencias de una serie de transformaciones económicas, políticas, científicas, tecnológicas, culturales e ideológicas. Algunos ejemplos de estas transformaciones sociales son las siguientes:

- Transición de una sociedad agrícola a una industrial, luego de una industrial a una informática emergente.
- Aumento en: desempleo, costo de la vida, cantidad de deudas de dinero, pobreza y violencia.
- Globalización de los mercados.
- Neoliberalismo capitalista versus estado benefactor de la sociedad
- Nuevas tecnologías en los medios de comunicación

- Expectativas y demandas de relaciones de igualdad y democráticas entre los géneros y en el seno de las familias.
- Participación activa de la mujer en la fuerza laboral
- Aceptación del divorcio como una manera u opción para vencer la angustia de sentirse atrapados en una relación disfuncional.
- Separación de la conducta sexual de la función reproductiva debido a las nuevas tecnologías de reproducción, tales como: la inseminación artificial y la fertilización in vitro.

Las transformaciones sociales han generado como secuela tendencias demográficas, tales como:

- Reducción del tamaño familiar (menos número de hijos por la disminución en las tasas de fecundidad).
- Uso generalizado de los métodos contraceptivos
- Incremento de la edad de la mujer al casarse (la mujer se está casando a mayor edad, cuando termina sus estudios y tiene un trabajo).
- Aumento de las uniones consensuales (los jóvenes y los divorciados están iniciando uniones de convivencia).
- Elevación de las tasas de divorcio
- Ampliación del re-matrimonio
- Nacimiento de niños fuera del matrimonio legal

- Envejecimiento de la población
- Crecimiento de las persona viviendo solas

Todo estos factores se interrelacionan e impactan a la familia. Ellos actúan como fuerzas de influencia en la familia. Por consecuencia, la familia responde experimentando modificaciones y adoptando nuevas formas para poder cumplir con las funciones que le son asignadas y atemperarse a los nuevos tiempos. De modo que, desde una perspectiva ecológica de la familia, se puede inferir que las actuales estructuras familiares son una respuesta adaptativa de la humanidad a las transformaciones sociales ocurridas y que imperan en el presente.

Prularidad de Estructuras Familiares

Las investigaciones han comprobado que la familia no es una institución monolítica. Por el contrario, ella manifiesta una prularidad de formas o tipos de familias. La sociedad actual se caracteriza por una gran diversidad de estructuras familiares. En el presente se observan cinco estilos o formas de convivencia familiar como las sub siguientes:

Nucleares (Familias biológicas)

Este tipo de familia es la más numerosa y está compuesta por el padre, la madre y los hijos. Los hijos pueden ser propios (biológicos) o adoptados por la pareja. Esta clase de familia comprende dos tipos de uniones maritales. Una formalizada o legalizada, por las instituciones judiciales o religiosas y otra establecida por el consentimiento de las parejas (uniones consensuales).

Las parejas que deciden vivir juntos también se denominan "parejas de hecho".

Nucleares en Serie (Re-matrimonio)

Esta familia es también de naturaleza nuclear pero se distingue porque un miembro de la pareja o ambos estuvieron casados con anterioridad y traen los hijos de la familia anterior a la nueva unión. Además, en esta unión se pueden procrear nuevos hijos. De manera que en esta categoría de familia los hijos pueden ser en ocasiones biológicos y en otras no serlo. Los niños, niñas, adolescentes o adultos jóvenes de estas familias pueden continuar manteniendo relaciones con sus padres y madres biológicas aunque no vivan en su hogar.

Madre o Padre Sólo

Este estilo de familia se caracteriza por la ausencia de uno de los progenitores. La mayoría de este tipo de familia está compuesta por una madre que se encuentra sólo, sin compañero, viviendo con sus hijos. Algunas veces esta familia reside con otros parientes en el hogar. El estado civil de la madre que está sólo puede ser soltera (nunca casada), divorciada o viuda.

Dos Generaciones o Más (Retorno a la familia extendida) (Sub-familia)

En esta familia conviven abuelos, padres o madres solteras, divorciadas o separadas, viudas), hijos biológicos y otros parientes en un mismo hogar o en un mismo vecindario.

Familias que Comparten la Misma Orientación Sexual

Esta forma familiar comprende un padre homosexual con su compañero y sus hijos o una madre lesbiana con su compañera y sus respectivos hijos. Aunque se conoce la existencia de este tipo de familia es difícil precisar cuántas personas conviven en esta modalidad. Porque hay muy poca información acerca de las mismas.

Nuevo Concepto de Familia

La diversidad de estructura familiares prevalecientes indica que es pertinente revisar la definición del término familia que se utiliza en el campo de la salud. Es oportuno conceptualizar la familia con una gran amplitud para abarcar todos los estilos de convivencia que las personas sienten y estiman como su familia.

En el campo de la salud se define el término familia como dos o más personas que están relacionadas entre sí por lazos de sangre, matrimonio o adopción. El Censo Poblacional también utiliza esta definición para distinguir los hogares-familia de otros tipos de hogares. Esta definición ha sido de gran utilidad metodológica. No obstante, sería apropiado ampliar la misma para que corresponda a la actual prularidad familiar.

Por ende se sugiere que el término familia se extienda para que comprenda, además otras opciones tales como:

- Grupos cuyos lazos de relaciones satisfacen las necesidades de las personas por lograr estabilidad, continuidad y afecto incondicional.
- Dos o más personas que se relacionan por expectativas en común apoyo emocional y material, asumen responsabilidad mutua, intimidad y el cuidarse de forma continua.
- Arreglos en lo cuales las personas tienen un compromiso con las otras y están disponibles para satisfacer las necesidades básicas: psicológicas, sociales, físicas y económicas.
- Grupos de convivencia compuesto por personas en una relación de intimidad basada

- en lazos biológicos, legales, de selección y por interdependencia económica (Zimmerman, 1992).

Estructuras Familiares en Desventaja Social

Toda familia puede sufrir adversidades en el transcurso de su ciclo vital. Ninguna está libre de la pena por algún tipo de infortunio. Sin embargo, la investigación ha revelado que unas familias están en peor situación que otras. Los estudios destacan a las familias nucleares en serie, las que comparten la misma orientación sexual y a la madre sin compañía de otro adulto como los tres estilos familiares en circunstancias sociales más desfavorables.

La Familia en Serie

Las familias en serie confrontan dificultades particulares en su dinámica familiar. Sus relaciones paterno y materno filiales se caracterizan por una mayor complejidad. Los padres y madres de estas familias podrían enfrentar problemas al implantar las acciones para impartir disciplina a los hijos e hijas. Estos padres y madres necesitan definir claramente las responsabilidades correspondientes a su función de padre y madre con respecto a los otros padres y madres biológicas. En ocasiones estas familias pasan por una gran ambigüedad en sus relaciones familiares no sólo por tener que compartir los deberes como padres y madres sino también porque los conflictos con las parejas anteriores continúan y éstos inciden en la nueva unión (McDonald W, De Maris A., (1995). Las familias en serie requieren apoyo social y nuevas guías culturales efectivas para lidiar con la complejidad de sus relaciones familiares. Ellas necesitan ayuda para negociar el desempeño de una maternidad y paternidad compartida y para establecer fronteras que

protejan su nueva relación marital de posibles conflictos.

Las Familias que Comparten la Misma Orientación Sexual

Las familias de dos o más personas que comparten la misma orientación sexual encaran el discrimen social. Ellas son declaradas invisibles y sufren por una conspiración de silencio social que los rodea. Está prohibido hablar de ellas o reconocer su existencia. Ellas son víctimas del heterosexismo y la homofobia (Allen K; Demo D, 1995). Al reflexionar acerca del trato de inferioridad que reciben estas familias se formulan preguntas, tales como: ¿Es la pareja heterosexual el único modelo de paternidad y maternidad? ¿Se les debe negar a las personas adultas homosexuales y lesbianas, que quieran amar y criar a un niño o niña la experiencia de ser padres y madres? (Sidel R, 1996). ¿Es la orientación sexual lo que determina la calidad de la paternidad y maternidad?

La Madre Sola con Hijos

Las investigaciones recalcan que la familia de la madre sola; sin la compañía de otro adulto; con sus hijos es la que padece la mayor desventaja social. Ella lleva la peor parte en lo social, económico y psicológico. A la madre sólo se le utiliza como chivo expiatorio para todos los problemas sociales. Ellas son denigradas y estigmatizadas como personas dependientes del gobierno. Se les acusa de tener hijos para obtener beneficios del gobierno (Sidel, R; 1996).

La madre sólo soporta circunstancias negativas, tales como: privación e inseguridad económica, ausencia de apoyo social, tensión, angustia psicológica, ansiedad, depresión, dificultades en la crianza y relaciones con los hijos e hijas. (McLanahan, S.; Booth, K., 1989).

Las malas condiciones de vida de la madre sólo están asociadas a factores como los siguientes:

- Pobreza, poca capacidad para generar ingresos, desigualdad económica, pocas horas de trabajo, falta de pensión del padre para el sostén de los hijos e hijas, asistencia pública insuficiente.
- Pérdida de la red de relaciones sociales, aislamiento social, dificultades en las relaciones con el parentesco.
- Residir en vecindarios de alta criminalidad y de pocas oportunidades educativas.
- Ser mujer, haber estado casada, ahora sin compañero y el divorcio la dejó sin recursos, no contar con servicios sociales de apoyo en la sociedad.
- No tener ayuda para la supervisión y disciplina de los hijos e hijas. (McLanahan, S., Booth, K., 1989).

Los estudios llaman la atención con respecto al impacto o efectos nocivos de todas estas condiciones desfavorables en los hijos e hijas de las familias de la madre sola. Se ha informado que los niños y niñas de este tipo de familia están más vulnerables a que le ocurran más accidentes, sufran daños físicos o envenenamientos (Bloom, B; Dawson, D., 1988). Se hace notar que estos niños y niñas incurren en una serie de problemas de comportamiento. Estos niños, niñas o adolescentes están a mayor riesgo de expresar conductas agresivas y confrontar dificultades académicas (Pearson, J.; Jalongo, N.; Hunter, A.; Kellam, S., 1994).

También algunos de estos adolescentes reflejan indicadores de problemas emocionales, tales

como: baja estima propia, más síntomas de ansiedad y soledad, más estados de ánimo depresivos y más pensamientos suicidas en comparación con otros que viven en tipos diferentes de familia (Gvarnefski, N.; Diekstra, W., 1997). Se advierte, además, que los adolescentes de estas familias muestran una propensión baja a mantenerse estudiando. Por tal razón, se señala que este tipo de estructura puede afectar la retención escolar (Jonsson, J.; Gahler, M., 1997).

Por otro lado, los adolescentes de las familias de la madre sólo están más propensos a iniciarse temprano en relaciones sexuales (Wright, E., Cyril, L., Olsen, J., Cundick, B., 1991) y en el uso de drogas y alcohol (Adlaf, E., Ivis, F., 1996). Estos jóvenes se marchan o dejan temprano sus hogares (Aquilino, W., 1991) y son susceptibles de ser victimizados por la delincuencia y la violencia, incluyendo el homicidio (Gartner, R., 1991).

La familia de la madre sólo tiene que tolerar todas sus desgracias en un completo abandono porque la sociedad no atiende las necesidades de este tipo de familia. Tampoco, la sociedad cambia las desigualdades por género. Por estas situaciones la mujer sólo está aguantando este rezago cultural. Si la mujer tuviere apoyo social, un empleo adecuado, igualdad económica, si los hombres estuvieran más vinculados a su responsabilidad paterna, ofrecieran ayuda en la crianza y se mantuvieran siempre presentes en la vida de sus hijos, no serían tantas las adversidades y los riesgos para la salud de los miembros de estas familias. Se estima que es preciso e imperativo que las agencias sociales y de salud terminen de ignorar a las muchas mujeres heroicas que, careciendo de tantas cosas y ante tantas adversidades, proveen cuidado y todo lo mejor de ellas para sus hijos e hijas en su familia. (Eidel, R., 1996).

REFERENCIAS

Acock, A.; Jill, K., (1989). Is It Family Structure or Socioeconomic Status? Family Structure During Adolescence and Adult Adjustment. Social Force, 68, 553-571.

Adlaf, E.; Ivis, F., (1996). Structure and Relations: The Influence of Familial Factors on Adolescent Substance Use and Delinquency. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 5, 1-19.

Allen, K.; Demo, D., (1995). The Families of Lesbians and Gay Men: A New Frontier in Family Research. Journal of Marriage and the Family, 57, 111-127.

Aquilino, W., (1991). Family Structure and Home Learning: A Further Specification of the Relationship. Journal of Marriage and the Family, 53, 999-1010.

Coates, J., (1996) Five Major Forces of Changes, Maryland USA: World Future Society.

Galombok, S.; Tasker, F., (1996). Do Parents Influence the Sexual Orientation of their Children? Findings from a Longitudinal Study of Lesbian Families, Development Psychology, 32, 3-11.

Garnefski, N.; Diekstra, W., (1997). Adolescents from one parent, Stepparent and Intact Families: Emotional Problems and Suicide Attempts, Journal of Adolescence, 201-208.

Gartner, R., (1991). Family Structure, Welfare Spending and Child Homicide in Developed Democracies, Journal of Marriage and the Family; 56, 231-240.

Jonsson, J.; Gahler, M., (1997). Family Dissolution, Family Reconstitution, and Children's Educational Careers: Recent Evidence for Sweden, Demography, 34, 277-293.

Lichter, D.; Landale, N., (1995). Parental Work, Family Structure and Poverty Among Latino Children, Journal of Marriage and the Family, 57, 346-354.

MacDonald, W.; De Maris, A., (1995). Remarriage, Stepchildren, and Marital Conflict: Challenges to the Incomplete Institutionalization Hypothesis, Journal of Marriage and the Family, 57, 387-398.

McFarlane, A.; Bellissimo, A.; Norman, G., (1995). Family Structure, Family Functioning and Adolescent Well-Being: The Transcendent Influence by Parental Style, J. Child Psychol. Psychiat, 36, 387-864.

McLanahan, S.; Booth, K., (1989). Mother-Only Families: Problems, Prospects, and Poloritics, Journal of Marriage and the Family, 51, 557-580.

Pearson, J.; Ialongo, N.; Hunter, A.; Kellam, S., (1994) Family Structure and Aggressive Behavior in a Population of Urban Elementary School Children, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 540-548.

Sidel, A., (1996). Keeping Women and Children Last, New York USA: Peguin Books USA, Inc.

Vázquez Calzada, JL., (1989). Variantes en la estructura del hogar puertorriqueño, Puerto Rico Health Sciences Journal, 8, 225-230.

Wright, E.; Cyrilm L.; Olsen, J.; Cundik, B., (1991). The Effects of Family Structure on the Sexual Behavior of Adolescents, Adolescence, 26, 977-986.

Zimmerman, S., (1992). Family Policies and Family Wellbeing, California USA: Sage Publications.

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza la evolución reciente, el estado actual y las perspectivas de la población, la familia y la salud en Cuba, teniendo en cuenta sus interrelaciones y su dependencia con respecto a factores estructurales de mayor amplitud, los cuales en el caso cubano muestran dos características fundamentales que le otorgan un sello particular a nuestra experiencia en el contexto latinoamericano y caribeño: el carácter socialista de su régimen sociopolítico y la profunda crisis económica que enfrenta el país en la presente década, agudizada por medidas de presión externas.

Como resultado principal se llega a la conclusión de que son posibles transformaciones positivas en los comportamientos demográfico y familiar, así como importantes avances en el área de la salud, aún en condiciones de subdesarrollo económico, si se logra unificar los esfuerzos de las instituciones gubernamentales y comunitarias, las familias y los individuos.

TRANSFORMACION DEMOGRAFICAS, CAMBIOS EN LA FAMILIA Y NIVELES DE SALUD EN CUBA

Lic. Ernesto Chávez Negrín
Departamento de Estudios Sobre Familia
Habana, Cuba

INTRODUCCION

La cita que nos reúne tiene lugar cuando apenas faltan ochenta semanas para el advenimiento del año 2000, antesala de un nuevo siglo y de un nuevo milenio; se trata, sin dudas, de un momento particularmente propicio para la reflexión en torno a la dinámica del presente y a los desafíos del futuro.

Entre los temas que requieren de ese balance y esa proyección, se destacan por su trascendencia los relativos al desarrollo demográfico, la familia y las necesidades de salud, componentes fundamentales de la realidad social, que se están transformando rápidamente a nivel mundial, en el Caribe y, por supuesto, en Cuba. A su vez, dichos comportamientos se hallan estrechamente intervencidos y dependen, en última instancia, de factores estructurales de carácter más general.

Precisamente por ello, a nuestro juicio, la experiencia cubana puede resultar de significativo interés en el ámbito latinoamericano y caribeño, ya que junto a los elementos geográficos, históricos, étnicos y culturales similares a los prevalentes en las restantes naciones del área, nuestro país muestra también características singulares, debido a las profundas transformaciones socioeconómicas que en él han tenido lugar después del triunfo revolucionario de 1959. Entre las medidas y políticas que más incidieron desde entonces sobre su dinámica social están las Leyes de Reforma Agraria y de Reforma Urbana, el crecimiento del empleo, el desarrollo de la seguridad y la asistencia sociales, la masiva incorporación de la mujer al trabajo remunerado, la

la redistribución del ingreso, la electrificación de las áreas rurales, la universalización y gratuidad de la enseñanza a todos los niveles, y la expansión y el mejoramiento de los servicios de salud.

En la presente década, la abrupta desaparición del campo socialista europeo y la desintegración de la Unión Soviética -países con los que se realizaba el 85% de nuestro intercambio comercial-, unido a la intensificación posterior del bloqueo económico, comercial y financiero por parte de los Estados Unidos mediante las Leyes Torricelli y Helms-Burton, han dado lugar a la más profunda crisis económica cubana de este siglo -que alcanzó su máxima intensidad entre 1992 y 1993, pero cuyos efectos perduran hasta hoy-, la cual también ha contribuido a modelar tendencias particulares para nuestro país en el contexto hemisférico.

Teniendo en cuenta estas premisas, seguidamente pasaremos a analizar el comportamiento de las principales variables demográficas y los cambios en la familia y los niveles de salud en Cuba en los últimos años, así como los retos prospectivos que deberá encarar este sector.

Dinámica del comportamiento demográfico

Cuba se encuentra entre los pocos países latinoamericanos y caribeños que ya concluyeron el proceso de transformación de sus patrones reproductivos conocido por transición demográfica. La primera etapa de la misma, caracterizada por altos niveles de fecundidad y mortalidad, finalizó hacia los años treinta; la segunda, de mortalidad descendente y fecundidad aún elevada, concluyó a mediados de los sesenta; la tercera, en la que descendieron tanto la fecundidad como la mortalidad, llegó hasta fines de los setenta; y a partir de entonces hasta el presente se extiende la cuarta y última etapa, en la que predominan bajos índices de mortalidad y de fecundidad (Marín, 1995). En los últimos años, sin embargo, particularmente a partir de 1992 y a consecuencia de la crisis, pudiera hablarse del posible surgimiento de una nueva etapa,

“postransicional”, caracterizada por un nivel de fecundidad en extremo reducido -con tasas brutas de natalidad inferiores a 15 nacimientos por cada mil habitantes y tasas brutas de reproducción de apenas 0,7 hijas por mujer-, mientras la mortalidad permanece aproximadamente estable, con una esperanza de vida al nacer cercana a los 75 años (Durán y Chávez, 1997).

Una de las características fundamentales de la transición demográfica cubana en las dos últimas décadas es su carácter prácticamente homogéneo, tanto desde el punto de vista social como territorial, del que sólo se aparta el comportamiento de las adolescentes y jóvenes menores de 20 años, que muestran una nupcialidad, fecundidad y divorcialidad por encima de lo esperado, y una excesiva utilización del aborto como medio de control de la natalidad (CEDEM y otros, 1995).

En los últimos años se ha producido un incremento de la consensualidad como forma de unión matrimonial, lo que se evidencia en la reducción de las tasas de nupcialidad por edades y en la baja proporción de nacimientos correspondientes a madres legalmente casadas (37,5% del total en 1996). Al mismo tiempo, se ha ido elevando de manera sostenida la cifra de divorcios por cada cien matrimonios, que de 37,1 en 1990 pasó a 63,4 en 1996.

Como resultante de su evolución demográfica, la población cubana actual asciende a 11 094,0 miles de habitantes. En ella se aprecia un ligero predominio masculino (1004 hombres por cada mil mujeres) y una distribución por edades donde los niños y adolescentes menores de 15 años representan el 22,1% de la población total, los adultos de 15 a 59 años el 64,9%, y las personas de la tercera edad (60 años y más), el 13,0% (ONE, 1997).

La tasa media anual de crecimiento poblacional está por debajo del 1% desde 1991 -el pasado año sólo llegó a 0,5%-, mientras que el nivel de urbanización es alto, pues el 75% de los cubanos reside en localidades urbanas. La ciudad de La Habana, en particular, concentra casi la

quinta parte de la población del país, proporción que se ha logrado mantener prácticamente estable a los mismos niveles que tenía a inicios de los años cincuenta, como consecuencia de una política de desarrollo regional que persigue un mayor equilibrio de los distintos territorios.

Los principales flujos migratorios internos en la presente década han tenido su origen en las provincias con mayores excedentes de recursos laborales -Guantánamo, Granma y Santiago de Cuba y su destino fundamental han sido las provincias con mejores posibilidades de empleo: Ciudad de La Habana, Matanzas, La Habana y Ciego de Ávila (ONE, 1997).

El saldo migratorio externo del país en los noventa ha continuado siendo negativo, y se ha intensificado en los últimos años. Entre 1994 y 1997 emigraron 121,0 miles de personas (ONE, 1997; ONE, 1998), fundamentalmente hacia Estados Unidos, y se mantiene vigente el acuerdo migratorio con ese país, mediante el cual se posibilita la emigración de 20 000 individuos cada año.

En sentido general, puede afirmarse que el comportamiento demográfico actual de Cuba -salvo en lo que respecta a la fecundidad temprana y a las migraciones internacionales- sigue patrones correspondientes a los países desarrollados, pero en nuestro caso se debe más a los avances sociales que a los económicos. Nuestro principal problema demográfico, con perspectivas de agudización acelerada en el primer tercio del próximo siglo, es el envejecimiento de la población, cuya edad mediana es ahora de 34,5 años y se prevé llegue a ser de 45,4 en el 2035. De verificarse en la práctica las proyecciones vigentes, en el año 2015 tendrá 60 años o más uno de cada cinco cubanos; en el 2025, uno de cada cuatro; y en el 2035, uno de cada tres (CELADE, 1997), proporción no alcanzada hasta el momento por ningún país, y que de materializarse significaría un enorme reto en múltiples sentidos para la sociedad cubana futura.

Cambios en la familia

El importante papel que se le asigna a la familia en Cuba se patentiza en la Constitución de la República, promulgada en 1976, cuyo capítulo IV se dedica por entero a la institución familiar. Entre otros preceptos allí contenidos, se expresa que: “el Estado reconoce en la familia la célula fundamental de la sociedad y le atribuye responsabilidades y funciones esenciales en la educación y formación de las nuevas generaciones” (Art. 35); “el matrimonio...descansa en la igualdad absoluta de derechos y deberes de los cónyuges” (Art. 36); y “todos los hijos tienen iguales derechos, sean habidos dentro o fuera del matrimonio” (Art. 37).

Otros documentos jurídicos importantes que norman aspectos relativos a la vida familiar, plasman los cambios de concepciones producidos en este campo y contribuyen al mismo tiempo a modelar sus modificaciones en la práctica, son el Código de Familia, promulgado en 1975, y el Código de la Niñez y la Juventud, puesto en vigor en 1978.

Simultáneamente con las transformaciones demográficas analizadas en el acápite anterior, y a consecuencia en lo esencial de las mismas causas socioeconómicas, han tenido lugar en nuestro país profundos cambios en la familia.

En primer lugar, puede decirse que la familia se ha democratizado, ya que de un patrón tradicional, autoritario y centralizado en su jefe masculino, ha devenido una institución mucho más abierta y participativa en lo que respecta a la emisión de criterios y a la toma de decisiones sobre aquellos asuntos que afectan al grupo. En particular, la mujer ha logrado importantes avances, que se derivan sobre todo de la elevación de su nivel educacional y de la independencia económica obtenida a través de su incorporación al trabajo remunerado. Las mujeres constituyen actualmente el 37,5% de la fuerza laboral del país, y representan la proporción mayoritaria en

sectores fundamentales como la educación y la salud, así como entre los profesionales y técnicos, y los estudiantes de nivel medio y superior (FMC, 1998).

Lo anterior no significa, sin embargo, que se haya alcanzado una plena igualdad de género, pues si bien en los planos jurídico y laboral los progresos femeninos han sido notables, en el seno de la familia aún recae sobre la mujer el mayor peso de las tareas domésticas, la atención a los niños y ancianos, y el cuidado de los enfermos.

En tales circunstancias, caracterizadas por un alto nivel de instrucción, empleo femenino calificado y sobrecarga de trabajo para la mujer -teniendo en cuenta además las agudas carencias materiales que atraviesa el país y las dificultades de vivienda que afrontan muchas familias- resultan explicables los altos índices de divorcio, la frecuencia de los rematrimonios, la expansión de las uniones consensuales, el incremento de las familias monoparentales y el de aquéllas encabezadas por mujeres. Si, por otra parte, a esto se agrega el respeto al derecho de cada pareja para decidir el número y espaciamiento de sus hijos -garantizado mediante el acceso a eficaces métodos anticonceptivos y la posibilidad de interrumpir los embarazos no deseados o riesgosos, al tiempo que prevalecen muy altos niveles de sobrevivencia infantil, se justifican la baja fecundidad y la disminución del tamaño medio de los hogares, procesos que también caracterizan a nuestras familias de hoy (CIPS, 1996).

Un significativo agente de transformación de la familia cubana ha venido dado por el desarrollo del proceso de urbanización, lo que unido al incremento de los niveles educacionales y sanitarios, y a la influencia ejercida por los medios masivos de comunicación hasta en las zonas rurales más remotas, ha contribuido a crear posibilidades de modernización y modificación de la familia relativamente similares desde el punto de vista territorial en todo el país. Esto no quiere decir que las familias como tales se hayan uniformado, pues se reconocen diferencias entre ellas

de acuerdo con su estructura (nucleares, extendidas, compuestas, etc.); el número de generaciones que las componen; la inserción socioclasista de sus miembros adultos, etc.

Aún cuando no se cuenta con evidencias estadísticas definitivas, resulta muy probable que las familias extendidas se estén incrementando en nuestro país con mayor celeridad que las nucleares, pues debido a los problemas económicos y habitacionales presentes, a las parejas jóvenes se les hace muy difícil establecerse de modo independiente, y por lo regular permanecen conviviendo con sus familias de origen.

Otro factor que ha motivado cambios en la familia cubana en las últimas décadas es la alta demanda de participación social experimentada por sus miembros, la que se materializa a través de su incorporación a disímiles tareas sociales, productivas o militares, con el consiguiente alejamiento temporal de sus integrantes y la aparición de contradicciones no siempre resueltas satisfactoriamente entre los intereses más generales de la sociedad con respecto a los de tipo familiar e individual (CIPS, 1996).

Por otra parte, un cambio muy positivo consistió en la posibilidad de movilidad social ascendente que trajo consigo la Revolución, dada sobre todo a través de una mayor calificación y cambios en los perfiles ocupacionales de las nuevas generaciones con relación a los de sus padres y abuelos. Hijos de obreros y campesinos son hoy científicos, médicos o intelectuales, lo que da lugar sin dudas a importantes modificaciones en las familias que ellos forman con respecto a sus familias de origen. Este tipo de movilidad social positiva se ha visto frenada e incluso hasta invertida en la presente década, debido a la situación de crisis económica que enfrenta el país.

Durante la presente década se ha ampliado el rango de diferenciación de las familias cubanas de acuerdo con el origen y la cuantía de sus ingresos, debido a las medidas de apertura económica adoptadas por el Estado -que incluyen la creación de empresas mixtas con

participación de capital extranjero, el desarrollo del sector turístico y la ampliación del trabajo por cuenta propia, entre otras-, en respuesta a las nuevas realidades mundiales y a su manifestación concreta en nuestro país.

Sin embargo, debe hacerse notar que incluso las actuales diferencias económicas entre nuestras familias no representan invalidantes para que los estratos de menores ingresos tengan acceso a servicios básicos como la educación y la salud, por ejemplo.

Por último, es oportuno señalar que ya desde ahora, pero sobre todo con sentido prospectivo, a la familia cubana se le presenta el desafío del envejecimiento de sus miembros, lo que pondrá a prueba sus valores espirituales, su capacidad afectiva y sus potencialidades de solidaridad intergeneracional. Al mismo tiempo, será necesario brindarle un mayor apoyo institucional- como grupo social básico en lo referido a la atención del adulto mayor-, y preparar y educar a sus miembros para lograr una convivencia lo más armoniosa posible entre los representantes de las distintas generaciones.

Situación actual y necesidades de salud de las familias

En estrecha correspondencia con los cambios ya analizados en el comportamiento de las variables demográficas y la familia, también han tenido lugar en nuestro país notables modificaciones en la esfera sanitaria. Ellas comprenden, entre otros aspectos, la eliminación del carácter mercantilista de la medicina y su transformación en un servicio eminentemente social al que tienen acceso de forma gratuita todas las personas; la expansión de los servicios de salud hasta las áreas más apartadas del territorio nacional; el incremento substancial del presupuesto y de los recursos materiales y humanos destinados a este sector; la realización de campañas de vacunación masivas y sistemáticas contra diversas enfermedades; y la formación profesional de decenas de miles de médicos, enfermeras y otros técnicos y especialistas.

Gracias al esfuerzo sostenido durante las últimas décadas, hemos podido dejar bien atrás los niveles de 59,4 años de esperanza de vida al nacer y de 70 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos -mucho más críticos aún para los estratos sociales con escasos recursos y para los residentes en zonas rurales- que prevalecían como promedio en el país a mediados de los años cincuenta (ONE, s/f).

A pesar de la difícil coyuntura por la que atraviesa, nuestro país ha alcanzado y mantiene actualmente niveles de salud elevados y homogéneos, que le permiten ocupar una posición de vanguardia en el contexto de las naciones del Tercer Mundo, con indicadores similares o incluso superiores en muchos aspectos a los prevalecientes en los países más ricos e industrializados, como se aprecia seguidamente:

- Esperanza de vida al nacer (1990-91)*

Ambos sexos: 74,7 años

Hombres: 72,9 años

Mujeres: 76,6 años

- Tasa de mortalidad infantil (1997): 7,2 por 1000 nacidos vivos**
- Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (1997): 9,3 por 1000 nacidos vivos**
- Tasa de mortalidad materna (1997): 2,2 por 10 000 nacidos vivos**
- Porcentaje de niños sobrevivientes a los 5 años (1996): 98,9%***
- Porcentaje de partos institucionales (1996): 99,8%***
- Principales causas de muerte (1995)*

Enfermedades del corazón: 28,3% del total de defunciones

Tumores malignos: 18,8% “ “ “ “

Enfermedades cerebrovasculares: 10,0% “ “ “ “

Fuentes: * ONE, 1997 ** MINSAP, 1998 *** MINSAP, s/f

Estos logros responden a la prioridad dada por el Estado cubano al sector de la salud, cuyos gastos en 1997, por ejemplo, ascendieron a 1382,5 millones de pesos -125.30 pesos per cápita-, que representa el 9,7% del producto interno bruto del país en ese año. Hoy contamos con un médico por cada 176 habitantes -la proporción más favorable a nivel mundial- un estomatólogo por cada 1146 personas y una enfermera por cada 145. Se dispone también de 7,3 camas hospitalarias por cada mil habitantes (MINSAP, s/f).

El sistema de atención primaria de la salud en Cuba se basa fundamentalmente en el programa del Médico de la Familia, iniciado en 1984, y que ahora ya involucra a 28 350 doctores y beneficia al 97,6% de la población total del país (MINSAP, 1998). Entre los principales objetivos de ese programa se encuentran: “la educación para la salud, la promoción de la misma y la prevención y el diagnóstico precoz, la referencia oportuna y el seguimiento de los pacientes con problemas crónicos” (UNICEF y otros, s/f; p.18).

Los programas de salud priorizados actualmente en el país son el Materno Infantil, el de Control de las Enfermedades no Transmisibles, el de Enfermedades Transmisibles y el del Adulto Mayor (MINSAP, 1998), todos ellos de gran significación para el adecuado desarrollo familiar.

A través del primero de ellos, en especial, se han alcanzado en 1997 los índices más reducidos de mortalidad infantil y materna, y de niños con bajo peso al nacer (6,9% del total de nacimientos), en toda la historia de Cuba. El 98,8% de los niños cubanos menores de dos años se encuentran protegidos contra doce enfermedades transmisibles, y se ha logrado erradicar la

poliomielitis, el tétanos del recién nacido y el niño, y la difteria. Este año quedarán eliminados del cuadro de salud del país, la parodititis y la rubéola (MINSAP, 1998).

La medicina cubana también ha realizado aportes científicos relevantes en años recientes, mediante la obtención de las vacunas antimeningocócica, contra la hepatitis B y la leptospirosis (MINSAP, 1998). Actualmente se encuentra en fase de prueba una vacuna cubana contra el SIDA. Al mismo tiempo, se han creado diversos medicamentos y biopreparados, mediante la aplicación de la ingeniería genética y la biotecnología. Resultan notables, además, los progresos de nuestro país en las técnicas quirúrgicas relativas a los transplantes de órganos, la neurocirugía, la cirugía ocular y la ortopedia, entre otras especialidades.

Junto a los avances mencionados, no puede dejar de señalarse que en este sector de nuestra realidad social también confrontamos serios problemas, derivados en lo fundamental de las dificultades económicas presentes. Ello se manifiesta en muy diversos sentidos, que van desde la aparición de enfermedades asociadas a deficiencias alimentarias, hasta la mayor incidencia del stress por el enfrentamiento cotidiano a una crisis tan prolongada; desde el incremento de afecciones como el SIDA, el alcoholismo y el tabaquismo, hasta la escasez de medicamentos, reactivos, materiales y equipamiento en general, lo que entre otras consecuencias dio lugar a su vez -sobre todo hasta 1995 y para la población de la tercera edad- a crecimientos significativos de las tasas de morbilidad correspondientes a enfermedades como la tuberculosis, la varicela, el herpes zóster, la leptospirosis y las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas (MINSAP, 1996).

Retos futuros para el sector de la salud

Los desafíos que deberán enfrentar los proveedores de salud en Cuba en los próximos años serán múltiples y variados, pero al mismo tiempo cualitativamente diferentes a los de la mayoría

de las restantes naciones del Tercer Mundo. Toda vez que ya nuestros niveles sanitarios son elevados, se han erradicado muchas enfermedades transmisibles, contamos con una amplia infraestructura material y humana en este sector, y se garantiza el acceso gratuito de toda la población a los distintos componentes del sistema de salud, los esfuerzos futuros deberán encaminarse sobre todo en sentidos tales como:

- Mantener, consolidar y, en lo posible, mejorar, los índices de salud ya alcanzados. Continuar perfeccionando el sistema de atención primaria, y en particular, el programa del Médico de la Familia.
- Buscar alternativas al déficit de medicamentos, a través de una mayor utilización de la medicina verde, la acupuntura, la homeopatía, etc.
- Luchar por el continuo mejoramiento del entorno y de las condiciones higiénico-sanitarias, como premisas indispensables para la buena salud humana.
- Reducir la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas y erradicar o controlar sus vectores.
- Mantener un lugar destacado en el terreno de las investigaciones biomédicas y farmacológicas, con el objetivo de crear nuevos medicamentos, vacunas y tecnologías de avanzada.
- Conservar las tradiciones forjadas en las últimas décadas, en el sentido de contribuir al mejoramiento de los niveles de salud de otros pueblos, especialmente del Tercer Mundo, mediante la asesoría técnica, el envío de misiones médicas y la formación de personal especializado.

En particular, en lo que se refiere a las necesidades de salud perspectivas vinculadas más directamente con la familia, se destacan las relativas a la salud reproductiva: se requiere un mayor desarrollo de la educación sexual -en el sentido más abarcador de ese concepto-, que redunde, sobre todo para los adolescentes y jóvenes, en una utilización más adecuada de los métodos anticonceptivos existentes, de modo que puedan reducirse los embarazos no deseados, la maternidad precoz, los índices de aborto y la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, y en un sentido más amplio, se logre una mayor satisfacción de las personas en todo lo referido a la esfera reproductiva.

Otras necesidades de salud muy importantes para la familia cubana son las relacionadas con el adulto mayor, y comprenden elementos tales como la promoción de hábitos de vida sanos, un mayor énfasis en la medicina preventiva, la lucha contra las enfermedades no transmisibles, el alargamiento de la vida y la extensión en el tiempo del validismo y de las potencialidades físicas y psíquicas del anciano; en resumen, no sólo darle más años a la vida, sino también darle más vida a los años.

Reflexiones finales

Si tenemos en cuenta, de acuerdo con los criterios actualmente vigentes, que la salud no es tan sólo la ausencia de enfermedad, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1996; p.1), el objetivo de alcanzar una vida saludable prácticamente se confunde con el supremo ideal de la felicidad humana.

Parecería entonces que en este mundo tan lleno de contradicciones, conflictos e intereses contrapuestos, el propósito de lograr niveles de salud cada vez más altos para todas las personas debería gozar del raro privilegio del consenso unánime. Sin embargo, aunque formalmente éste pueda existir, los obstáculos prácticos que se le oponen son inmensos. Ellos incluyen aspectos

tan disímiles como los cuantiosos recursos materiales y humanos que se utilizan con fines militares; el incremento de las desigualdades económicas entre los países y de la discriminación e inequidad dentro de cada país por motivo de inserción social, raza, género o etnia; la degradación del medio ambiente; el empobrecimiento de la diversidad biológica; y la utilización irracional de los recursos naturales -en particular los no renovables-, entre muchos otros.

Los factores negativos que objetivamente afectan o amenazan de una forma u otra la salud de todas las familias y personas del planeta, no deben conducirnos al abatimiento o a la inacción; sino por el contrario, tienen que servirnos de acicate para unir esfuerzos, compartir experiencias y ampliar lazos de amistad y cooperación entre todos los que en el Caribe y en el mundo deseamos un presente más saludable y un futuro más digno.

Sin considerarla en modo alguno perfecta, matizada por múltiples procesos contradictorios y por diversas limitaciones objetivas y subjetivas, la experiencia de Cuba demuestra, sin embargo, que se pueden obtener comportamientos demográficos avanzados, transformaciones en la familia y notables progresos en los niveles de salud, incluso en condiciones de subdesarrollo económico. Para ello se requiere voluntad política, equidad social, trabajo unido de los organismos gubernamentales, las organizaciones comunitarias, los centros de investigación, las familias y los individuos.

Pudiera decirse que el tema de esta Conferencia: "Nuevos horizontes para la salud: de la visión a la práctica", y su objetivo final de: "crear oportunidades de trabajo conjunto, efectivo y diferente para mejorar la salud de todos"(XVI Conferencia Mundial,1997;p.7), ya habían sido adoptados por Cuba desde hace casi cuarenta años.

Nuestros avances sociales se han puesto a prueba en la presente década debido a las serias dificultades que hemos debido enfrentar, agravadas por un conjunto de "medidas económicas

restrictivas impuestas desde fuera del País, injustas y éticamente inaceptables” (Juan Pablo II,1998;p.33), que si bien se han mostrado ineficaces para lograr sus objetivos políticos, han conseguido disminuir el bienestar y la salud del pueblo cubano.

Pero no somos pesimistas. Un nuevo siglo y un nuevo milenio tocan a nuestras puertas; se imponen la renovación, el cambio y los nuevos enfoques para resolver los viejos problemas. Se imponen, sobre todo, la concertación de los esfuerzos y la globalización de la solidaridad, nobles empeños en aras de los cuales siempre hemos estado y estaremos dispuestos los cubanos a entregar lo mejor de nosotros mismos, y junto con ello, a ofrecer nuestra mano franca de amigo a todo el que, como amigo, nos tienda la suya.

Referencias

Centro de Estudios Demográficos, FNUAP, Oficina Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, UNICEF (1995). **Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y salud reproductiva.** La Habana.

Centro Latinoamericano de Demografía (1997). **Boletín Demográfico.** Año XXX, No 59. Santiago de Chile.

Código de Familia (1975). Instituto Cubano del Libro, La Habana.

Código de la Niñez y la Juventud (1985). Editora Política, La Habana.

XVI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Segundo anuncio e invitación a presentación de trabajos (1997). Puerto Rico.

Colectivo de autores (1996). **La familia cubana. Cambios, actualidad y retos.** Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, La Habana.

Constitución de la República de Cuba (1992). Editora Política, La Habana.

Discursos de Su Santidad Juan Pablo II en su viaje apostólico a Cuba, 21 al 25 de enero de 1998 (1998). Departamento de Medios de Comunicación Social. Arquidiócesis de La Habana.

Durán Gondar, Alberta y Ernesto Chávez Negrín (1997). **La tercera edad en Cuba. Un acercamiento sociodemográfico y sociopsicológico.** (Informe de investigación). Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, La Habana.

Federación de Mujeres Cubanas (1998). **Estadísticas sobre las mujeres cubanas.** (Recopilación, selección y análisis de Perla Popowski). La Habana.

Marín Domínguez, Clara (1995). **Envejecimiento de la población y sus repercusiones sobre el sector de la salud en Cuba.** CELADE, Santiago de Chile. En: Oficina Nacional de Estadísticas (1997): **El envejecimiento poblacional en Cuba. Apuntes para su estudio.** La Habana.

Ministerio de Salud Pública (1996). **Indicadores de salud en la población de la tercera edad. 1995.** (La Habana).

_____ (1998). **Informe del balance del MINSAP-97.** (Presentado por el Doctor Carlos Dotres, Ministro de Salud Pública). La Habana.

_____, Organización Panamericana de la Salud -
Organización Mundial de la Salud. **Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos 1996.**
(La Habana).

Oficina Nacional de Estadísticas (1997). **Anuario Demográfico de Cuba 1996.** La
Habana.

_____. (1998). **Balance demográfico de Cuba 1997.**
(Plegable). La Habana.

_____, **La población cubana en el contexto mundial.**
(Folleto). La Habana.

Organización Mundial de la Salud (1996). **Documentos básicos.** Ginebra.

UNICEF, OPS/OMS, UNFPA, Ministerio de Salud Pública. **El plan del Médico de la
Familia en Cuba.**

RESUMEN

Los cambios demográficos y socioeconómicos ocurridos desde los años sesenta hasta ahora han sido variables influyentes en la transformación estructural de las familias de la República Dominicana. Estas variaciones se observan en el número de miembros del componente familiar pasando de 3.3 hijos por familia del tipo extendida a una familia nuclear.

Los patrones conyugales predominantes son las uniones consensuales con 33.3 por ciento siendo las uniones legales de un 22.5 por ciento; asimismo se han registrado incrementos en el número de divorcios en las parejas de menor grado de instrucción.

Han ocurrido cambios significativos en la percepción que tiene la mujer de sí misma insertándose ésta en la producción no doméstica. El nivel de instrucción formal de la mujer ha mejorado notablemente cuando lo comparamos con la del hombre; asimismo se ha registrado un incremento en los hogares dirigidos por mujeres, representando esto un 29.5 por ciento en el año 1996.

Prevalecen los patrones de conducta sin la debida información, desencadenando esto en un aumento en los embarazos de adolescentes (26%) y un aumento en los casos de SIDA, especialmente en la población femenina.

Los cambios en el sistema económico de uno agroindustrial a uno donde prevalece la producción de bienes y servicios han sido factores responsables de las migraciones urbanas en un 44% y la rural en un 25%.

Existe por tanto la imperiosa necesidad de aprobar un código de protección al núcleo familiar tomando en cuenta sus necesidades de acuerdo a sus miembros y ubicación geográfica.

CAMBIOS ESTRUCTURALES EN LA FAMILIA DOMINICANA

Lic. Carmen Luciano D'orville
Consejo Nacional de Población y Familia
Santiago, República Dominicana

INTRODUCCION

La familia, institución vital en la sociedad para la reproducción biológica, la socialización de las generaciones futuras y la reproducción de la fuerza de trabajo, así como para forjar la seguridad afectiva y los valores de sus miembros, se ha visto transformada por la velocidad de los cambios socioculturales. Las orientaciones generales que aporten las instituciones del país por tanto deben estar vinculadas para reforzar la capacidad de articular y mantener los proyectos familiares necesarios para que éstas puedan actuar efectivamente como agentes del desarrollo. Las variables que en la actualidad influyen en la evolución y estabilidad de la familia son las siguientes: reducción de su tamaño, creciente inestabilidad que se refleja en la tasa de divorcio y separación, aumento de la sexualidad premarital y la declinación del doble estándar sexual por el aumento de los hogares con ambos cónyuges que trabajan fuera del hogar. Ha aumentado el número de hogares dirigidos por mujeres con sus consiguientes cambios en la autoridad de los padres y también convivientes que no formalizan su unión en los cuales se observan diversas modalidades para el cuidado de los hijos.

Estando ligados todos los elementos antes mencionados con el aspecto de la salud de los individuos, nos hace pensar que para mejorar la calidad de vida de la población, las políticas de salud deben tomar en consideración el núcleo familiar como receptor para hacer más viable las acciones a desarrollar.

Datos Generales

La República Dominicana ocupa las dos terceras partes de la isla de Santo Domingo, segunda en tamaño de las Antillas Mayores, situada entre el Mar Caribe y el Océano Atlántico en la parte oriental. De la superficie total de la isla que es de 77,914 Km², a la República Dominicana le corresponden 48,442 Km², los restantes son ocupados por la República de Haití.

La población de la República Dominicana en 1996 se estima en 7,082,300 habitantes con una densidad poblacional de 164 habitantes por Km². La composición por sexo se ha mantenido invariable con alrededor de un 50% de la población femenina, notándose en los últimos años un incremento. Asimismo se observa variaciones a través de las zonas que conforman el país. Sin embargo, el número de hombres es mayor en la zona rural que en la urbana. La estructura por edad ha venido cambiando rápidamente desde los años 60 debido a la evolución en el comportamiento reproductivo. Se evidencia un descenso regular en la proporción de menores de 15 años, al mismo tiempo que se destaca la tendencia a la concentración de la población en las edades centrales cuyo número efectivo casi se duplica en este período de 1996; la distribución por edades es de 36% entre las edades de 0-14 años, 60% de 15 a 64 años y apenas de un 4% para las de 65 años y más.

Se trata por lo tanto de una población predominantemente joven con un crecimiento que tiende a disminuir y con una tendencia a concentrarse en zonas urbanas con un aumento en la densidad poblacional. Los principales procesos que inciden para determinar esta situación demográfica son: las tendencias en la mortalidad, natalidad y fecundidad así como en los movimientos migratorios. La tasa global de fecundidad (TGF) ha descendido de 7.4 hijos por mujer en edad fértil desde mediados de los años sesenta a 3.3 para el período 1988-1991 de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud (Endesa, 96). La tasa bruta de natalidad fue de 27.1 nacimientos vivos por cada mil en 1996 (Endesa, 1996). Este ha sido un factor importante

reducir el crecimiento de la población y existen marcadas diferencias sociales y demográficas para estos cambios en la fecundidad. Así podemos notar que para el período 1988-1991 mediante la realización de encuestas se estableció que la TGF fue de 2.8 a nivel urbano y de 4.4 para el área rural.

La tasa de mortalidad general estimada del país ha descendido progresivamente de 6.8 en el período de 1985-1990, a 5.2 en 1990-1996 (ENDESA 96).

La expectativa de vida al nacer se ha elevado, de 65 años en el quinquenio 1985-1990 a 67.6 para 1990-1995 y se estima que será mayor para el período 1995-2000. Sin embargo, esto no ha ocurrido con la mortalidad materna e infantil, las cuales debido a las desigualdades sociales se han mantenido muy elevadas. Se estima la mortalidad materna en 110 por cada 100 mil nacidos vivos y la mortalidad infantil en 41 por mil, a pesar de los adelantos técnicos en materia de salud.

Migraciones

La información sobre la magnitud, tendencia y características de las migraciones internacionales han sido tradicionalmente muy imprecisas debido a que una buena parte de estos movimientos se efectúan de forma ilegal o encubierta.

Para este último año se calculó que uno de cada seis hogares existentes en el país tenía al menos un miembro actual o anterior que había emigrado (Encuesta Demográfica y de Salud, 1996). Estas emigraciones se consideran en su mayoría como una estrategia de sobrevivencia de la población dominicana, lo cual se relaciona con el empeoramiento de la situación económica y social, especialmente en los años de 1980 a 1985.

En lo que respecta a la población inmigrante hacia la República Dominicana, ésta ha experimentando una tendencia creciente en los últimos lustros, sobre todo a la inmigración

haitiana. Aunque los datos existentes son deficientes, las estimaciones señalan la cifra de 300 mil haitianos a nivel nacional según recuento ordenado por el Gobierno Dominicano en 1991.

Las migraciones internas según ENDESA 1991 confirman varios aspectos de interés:

a. Una alta movilidad territorial ya que el 34% de la población ha cambiado de lugar de residencia por lo menos una vez en la vida; el 9% lo ha hecho en el último quinquenio 1986-1991.

b. Predominio de las migraciones urbanas-urbanas, comprendiendo el 44%; mientras que los movimientos rural-urbanos se sitúan en un segundo lugar con un 25% de emigrantes.

Las causas principales de las corrientes migratorias radican en las desigualdades socioespaciales en materia de propiedad y uso del suelo y la distribución de las actividades relacionadas con la industria manufacturera, así como la administración pública y por consiguiente del empleo, los ingresos y los servicios sociales. Estas corrientes migratorias afectan las regiones donde es notable el desarrollo de las zonas francas industriales de exportación desde los años ochenta con una alta concentración en Santo Domingo y las provincias de la Romana, San Pedro de Macorís y Santiago, así como a las zonas turísticas.

Todos los elementos anteriormente mencionados han planteado la necesidad de regular el comportamiento reproductivo. Se aboga por la reducción del crecimiento poblacional o de las migraciones campo-ciudad, sin que se formulen y se realicen investigaciones en el área de la familia y se evalúe el impacto de los cambios antes mencionados sobre el desarrollo integral de la familia.

Los procesos culturales, el modo de producción y consumo de la sociedad moderna han inducido cambios en la composición y estructura familiar de la República Dominicana:

1. **Cambios en el tamaño.** La reducción del número de hijos ha tenido su variación de 5.2 hijos en los años 70 a 3.3 hijos en 1991; pasando de una familia extendida a una de tipo

nuclear. Aunque este descenso de la fecundidad ha venido a producir cambios en la composición familiar, en la República Dominicana, el desarrollo alcanzado es menor al logrado por otros países del Caribe. Podemos señalar países que presentaban altas tasas de crecimiento poblacional en 1970 como Belice (1.4%), Bahamas (2.1%), y Cuba (1.8%) entre otros, han disminuído significativamente estas tendencias en los años 90, Belice (0.7%), Cuba (0.9%) y Bahamas (0.5%).

2. Cambios en los Patrones Conyugales. Se ha establecido que la modalidad en que se deciden unir las parejas influye en el desarrollo ulterior de las familias, sobre todo en los aspectos relacionados con la inestabilidad y el número de uniones. Las uniones consensuales son el patrón conyugal predominante, (según ENDESA 1991), los mismos comprenden el 33.3% y las legales el 22.5%. Cabe señalar que se produce cierta variación según zonas de residencia; 24.6% en zonas urbanas para los matrimonios legales y 47.5% para las uniones consensuales en el área rural. Sin embargo, esta estabilidad de los porcentajes entre las mujeres unidas y casadas no significa que exista estabilidad entre las uniones conyugales, ni que las parejas tengan una larga permanencia ya que el 45% de las uniones se disuelven antes de los 10 años. Los hechos sugieren que es muy probable que las mujeres que se separan o divorcian vuelven a formalizar alguna unión con cierta rapidez. Debe tomarse en cuenta la temprana edad en la cual ocurren estas uniones; el promedio es 18.7 años (según los datos correspondientes al año 1996). Esto incide en el alto número de divorcios y separaciones, así como la vulnerabilidad de estas familias. En las uniones libres no se cuenta con la protección legal en caso de separación o fallecimiento del jefe de familia.

3. Educación. La valorización creciente de la educación como mecanismo de realización personal y movilidad social.

4. Auto percepción de la mujer. La mujer dominicana percibe, sobre todo en las zonas urbanas, que sus roles sociales requieren cambios tanto en el interior de la familia como en el sector laboral donde debe producirse una remuneración más equitativa. La mujer es discriminada por su condición biológica.

Las diferencias sociales, económicas y culturales originan la inequidad de género, inequidad en cuanto a la exposición a riesgos así como las oportunidades de acceso y control sobre los recursos necesarios, para la protección de la salud (OPS, 1994).

La necesidad de la mujer de complementar los ingresos familiares producto de la crisis imperante han aumentado la incursión en la producción no doméstica. Esta inserción se produce fundamentalmente en las zonas francas industriales y en la agroindustria. Este aumento de la presencia de la mujer en la fuerza productiva se ha visto acompañada de una creciente participación de las mujeres en la educación formal, incluyendo la universitaria y técnica, lo que denota su calificación para el trabajo y además su ingreso en campos profesionales tradicionalmente reservados a los hombres (ENDESA, 1994).

En ese mismo sentido, la encuesta ENDESA 91 determinó que la fuerza laboral femenina presenta una cantidad de años de estudios superior a la masculina. En 1991 un 25.5% de las mujeres habían asistido a la secundaria y un 18.8% tenía estudios universitarios; en tanto que solamente un 19.3% de los varones ocupados habían alcanzado la secundaria y apenas un 9.6% tenía estudios universitarios.

A pesar de estos cambios educativos, la situación de la mujer no ha repercutido en una mayor participación en el sistema jurídico, político e institucional del país, constatándose una muy desigual distribución por sexo de las funciones públicas directivas del gobierno; la sindicatura, los sindicatos, etc. Merece especial atención como problema social y de salud la

violencia ejercida contra las mujeres, la cual en la mayoría de los casos no es denunciada por las víctimas.

El proceso de incorporación de la mujer al trabajo no ha estado acompañado de un desarrollo paralelo de socialización de los servicios que posibiliten esta inserción en igualdad de condiciones con el hombre (Inexistencia o falta de accesibilidad a los servicios de guardería, lavandería, alimentación, avances tecnológicos que faciliten las producciones domésticas).

5. Hogares Dirigidos por Mujeres. En la República Dominicana se está experimentando un aumento progresivo de la jefatura de hogar femenina. Así, mientras alrededor de un 20% de los hogares dominicanos reconocía a una mujer como autoridad principal en 1971, para 1991 esta proporción se había elevado a un 29.5% (Duarte y Holguin, 1995). Esta situación es más acentuada en la zona urbana, abarcando a una tercera parte de los hogares.

La mayoría de las jefas de hogares no tienen marido o compañero y la mujer tiene que actuar como padre y madre constituyendo la autoridad familiar única. La necesidad de que los hijos aporten al ingreso familiar es mayor en estos hogares, lo cual inicia el círculo de la pobreza.

6. Elevadas Cargas de Dependencia. La explosión demográfica del pasado incide en altas cargas de dependencia, medida ésta como el porcentaje de población menor de 15 años y mayor de 64, sobre la población de 15 - 64 años; incide, además, en esta carga de dependencia, el descenso de la mortalidad infantil, el mejoramiento de los niveles de vida con su consiguiente elevación de la esperanza de vida al nacer, la urbanización, el aplazamiento del matrimonio en las zonas urbanas, etc., no contando nuestras familias con un sistema de seguridad social.

7. Cambios en los patrones de conducta. Los patrones de conducta por parte del hombre continúan siendo de dominación y autoritarismo, la tendencia predominantes es no respetar los derechos de la mujer, especialmente en lo que respecta a su salud reproductiva, con

su contraparte de igualdad de género, por lo que se necesita que los cambios afecten, no sólo cómo trabaja la mujer, vive y cuida a su familia, sino también la forma en cómo ha de hacerlo el hombre. El comportamiento de los individuos es de riesgo, tanto para el embarazo como para el riesgo de infección de enfermedades tales como el VIH- SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Todos estos fenómenos son de gran repercusión en la población adolescente, los cuales, como es conocido inician sus prácticas sexuales a temprana edad, sin la adecuada educación, información y comunicación que modifiquen y reorienten sus actitudes para una práctica saludable y beneficiosa a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

8. Embarazo en la Adolescencia. Los adolescentes en la República Dominicana representan un 16.4% de la población total, predomina la falta de información acerca de la reproducción, la sexualidad, la planificación de la familia y la salud, lo cual incrementa los riesgos de salud y de embarazos precoces, generalmente no deseados. Los jóvenes manifiestan que no hablan con sus padres (14.9%) y apenas un 12.6% manifiesta tocar el tema con sus padres (Duarte y Holguin, 1995).

Esta falta de información en cuanto a la salud reproductiva incide en las altas tasas de adolescentes embarazadas, las cuales constituyen un 26% a nivel nacional, con todas sus secuelas y complicaciones.

9. VIH - SIDA. Según datos epidemiológicos, en la República Dominicana la mayoría de los casos de SIDA son por transmisión sexual (61.1% heterosexuales, 4.8% bisexuales, 4.1 homosexuales y 7.9% pareja heterosexual de una persona VIH positivo), según datos actualizados del programa control de enfermedades de transmisión sexual y Sida (Procets). Los datos indican que la epidemia del SIDA en la República Dominicana ha ido en aumento esencialmente en la población femenina, lo cual ha incrementado el nacimiento de niños con VIH en los últimos años.

Para que la familia pueda cumplir eficazmente con su rol social, forjar las nuevas generaciones, reponer las fuerzas desgastadas de los trabajadores, dar atención a los enfermos, cuidado a los niños y a los ancianos entre otras, siendo estas funciones insustituibles, así como las responsabilidades que de ellas se desprenden, es urgente la cohesión y la estabilidad del grupo familiar en la sociedad.

Es necesario que la familia cuente con las condiciones que le permitan el acceso a los recursos materiales y servicios básicos (empleo, alimentación, salud, educación y vivienda) así como las posibilidades de movilidad social y una estructura familiar democrática en la cual las relaciones intergenésicas e intergeneracionales se establezcan sobre la base de una distribución equitativa de los derechos y responsabilidades domésticas (CEPAL, 1994).

La crisis económica ha alterado de manera significativa los arreglos intrafamiliares determinando la adopción de diferentes "estrategias de supervivencia" o "estrategias de vida" para asegurar la reproducción biológica y material del grupo familiar, lo que incluye la adopción de determinadas pautas de participación en la actividad económica por sexo y edad; así como la conducta migratoria tendiente a posibilitar el acceso a oportunidades de empleo que proporcionen medios de subsistencias.

El 33% de los hogares dominicanos tienen sus necesidades básicas mayormente insatisfechas, un 38% con sus necesidades básicas medianamente satisfechas y un 28% con sus necesidades mayormente satisfechas (SESPAS-OPS, 1997).

Entre las estrategias que deben tomarse para mejorar el perfil epidemiológico de la población y por ende el bienestar familiar tenemos las siguientes:

- Incorporar a los programas del sistema educativo formal e informal el componente educación para la vida familiar a fin de que se establezcan las relaciones familiares libres de violencia basadas en la solidaridad y el respeto.

- Servicios disponibles sobre planificación familiar a fin de que las parejas puedan ejercer libremente y con responsabilidad el tener los hijos en el momento deseado.
- Políticas de empleo elaboradas considerando las familias, su ubicación, composición, etc.
- Políticas de Salud. Aproximadamente un tercio de la población se encuentra desprovista de servicios de salud. En 1992, el 48.5% del gasto en salud provino del pago directo de los usuarios del servicio. El 40% más pobre de la población tuvo el mayor porcentaje del gasto en salud con relación al ingreso familiar en 1994. La Secretaría de Estado de Salud Pública como unidad rectora de las acciones públicas debe ofrecer el 80% de los servicios. En la actualidad la cobertura real es de un 40% con servicios asistenciales preventivos y de promoción de la salud. Otros, como el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL) cubren a todos sus miembros y familiares.

El sector privado constituido por instituciones con fines de lucro cubre el 60%. Se destaca en los últimos años el incremento de las organizaciones no gubernamentales (ONG'S) que trabajan con poblaciones urbano marginales, rurales y grupos especiales como son pobladores de bateyes, organizaciones de mujeres, niños, etc.

En cuanto a seguridad social se debe contar con protección en caso de vejez, cesantía, enfermedad o muerte que garanticen un nivel de vida adecuado para los (as) ancianos (as), discapacitados e impedidos a trabajar por algunas lesiones, los y las jefes de familia en caso de muerte y protección a los menores.

Los servicios de salud incluidos en el seguro social todavía no cubren totalmente a los familiares de los y las trabajadores (as), se limitan a los servicios de maternidad para la esposa del trabajador y atención del niño (a) hasta el primer año.

Jurídico Legal. Recientemente se aprueba un código para la protección de niños, niñas y adolescentes; y una de ley de protección contra la violencia intrafamiliar. No obstante, no existe una ley que proteja la institución familiar globalmente, considerándola no sólo una unidad jurídica, social y económica, sino también una comunidad de amor, solidaridad, insustituible para la enseñanza y la transmisión de los valores culturales, éticos, sociales, espirituales y religiosos, esenciales para el desarrollo y bienestar de sus propios miembros y de la sociedad.

Entre los aspectos de la institución familiar, que la legislación actual contempla se encuentran: matrimonio, filiación de los hijos legítimos o naturales y derechos sucesorales de éstos; obligatoriedad de la educación primaria, descanso pre y post natal, así como la protección de trabajos pesados para la mujer embarazada.

CONCLUSION

Indiscutiblemente estas variaciones demográficas han influenciado a cambios poblacionales que han incidido en cambios estructurales de las familias dominicanas. Los cambios poblacionales existentes hoy no han sido sustentados por decisiones o planes que los protejan. Deben trazarse políticas de salud que combinen un financiamiento público tendente a la universalidad y la equidad en la oferta de servicios. Es necesario implementar una reforma que considere la diversidad socioeconómica y de género procurando dar prioridad y viabilidad a las acciones dirigidas a toda la población para mejorar la salud, especialmente a los más indigentes.

Es prescindible, identificar los factores que determinan cambios en la familia: biológicos, genéticos, determinantes que van relacionados con los valores culturales; en la responsabilidad del cuidado personal, determinantes del entorno socioeconómico y acceso al trabajo digno. Todas aquellas determinantes de las condiciones ambientales que van a incidir en la oferta y demanda de los servicios básicos de salud.

REFERENCIAS

Centro Latinoamericano de Demografía. (1992-95). Patrones Reproductivos, Estructura Familiar y Trabajo Femenino en América Latina y El Caribe. Resultado de Investigaciones. OC7DMR - 265, Serie A. No. 306. Español.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (ESDEM), y Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (Pro-Familia). (1996). Encuesta Demográfica y de Salud. República Dominicana.

CEPAL. (1994). Familia Futura: Un Programa Regional en America Latina Caribe. Santiago, Chile.

Consejo Nacional de Población y Familia, Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social. (1992). "500 Años de Poblacion y Desarrollo". Seminario Nacional.

Duarte, I., y Holguin, RT. (1995). Los Hogares Dominicanos , El Mito de la Familia Ideal y los Tipos de Jefatura de Hogar.

Mauras, M . (1997). "Documento de Trabajo de 1997". Dirección Regional de UNICEF para America Latina y el Caribe.

Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD), (1991). Encuesta Demográfica y de Salud. República Dominicana.

Organización Panamericana de Salud (OPS). (1996). La Situacion de Salud de Republica Dominicana . Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social. Republica Dominicana.

RESUMEN

Los resultados de este estudio indican grandes transformaciones en la estructura del hogar y de la familia puertorriqueña. Se observa una disminución en los hogares de familia y un aumento en los hogares no de familia. Se han registrado aumentos en las familias dirigidas por un sólo cónyuge, especialmente aquéllas dirigidas por mujeres, en las familias en serie y en las subfamilias.

Cada uno de estos tipos de familias poseen unas características sociales distintas. En relación a la característica de nivel de pobreza, por ejemplo, se encontró que las familias dirigidas por mujeres son las que tienen los niveles de pobreza más altos y recurren más a la ayuda pública para su sustento. La baja asistencia a la escuela y el rezago escolar es más frecuente entre los niños de estas familias que en aquellas donde ambos cónyuges están presentes. Este perfil sociodemográfico que caracteriza a estas familias puertorriqueñas identifica los grupos que deben ser prioritarios en relación a los servicios educativos, económicos y de salud que ofrece el gobierno.

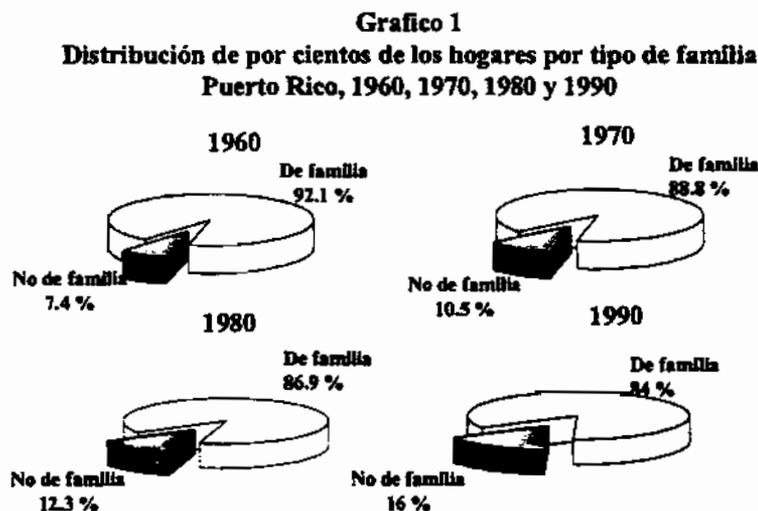
El conocer estos tipos de familia es esencial para poder planificar programas socioeconómicos y de salud adecuados. El reconocer esta diversidad y enfocar la complejidad de sus necesidades debe ser parte inherente del debate público sobre la situación de la familia puertorriqueña.

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE PUERTO RICO, SUS DETERMINANTES Y SUS DIFERENCIALES

Zoraida Morales Del Valle, Ph.D.
Universidad de Puerto Rico

En Puerto Rico, al igual que en muchos otros países del Mundo, se han registrado cambios dramáticos, tanto en la estructura del hogar como en la estructura de la familia durante las últimas décadas. Estos cambios han sido el resultado de la trayectoria exhibida por los procesos demográficos en el país. Las tendencias registradas en los matrimonios, el divorcio, y los recasamientos, al igual que los patrones de fecundidad y mortalidad, entre otras, han alterado significativamente el tamaño y la estructura del hogar y de la familia puertorriqueña.

Uno de los cambios más importantes ha sido la disminución relativa en los hogares de familia (aquéllas compuestas por dos o más personas que comparten una misma vivienda y que están emparentadas por lazos de nacimiento, matrimonio o adopción) en beneficio de los hogares no familiares (aquellos hogares compuestos por una sola persona o por dos o más personas que viven juntas, pero no están emparentadas entre sí). Los datos censales en Puerto Rico indican que la proporción de hogares de familia disminuyó de 92 por ciento en 1960 a 84 por ciento en 1990, mientras que los hogares no familiares aumentaron de 7.9 por ciento a 16.0 por ciento para ese mismo período. (Gráfico 1)



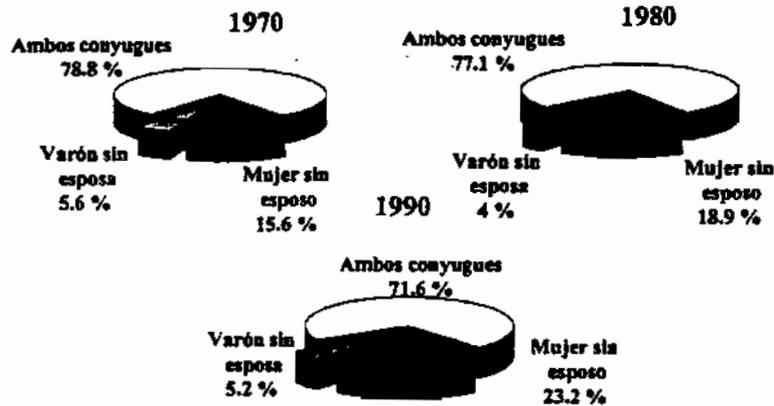
Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos, Censo de Población y Vivienda, Puerto Rico, 1960, 1970, 1980 y 1990

En los hogares no familiares ocurrió un aumento importante en los hogares constituidos por una persona sólo y para 1990, el 15 por ciento de los hogares en Puerto Rico se clasificó en esta categoría (Vázquez Calzada, 1994). El 90 por ciento de las personas que vivían solas correspondía a aquella cuyo matrimonio se había disuelto o tenía altas probabilidades de disolverse (viudos, divorciados, separados) (Vázquez Calzada, 1994).

Para propósitos de análisis, los hogares de familias tradicionalmente suelen dividirse en tres categorías, aquéllos donde ambos cónyuges están presentes y aquéllos donde sólo uno de los cónyuges está presente, sea éste el hombre o la mujer. Un desglose de los hogares de familia en estas categorías o tipos indica una disminución en los hogares de familia donde ambos cónyuges estaban presentes. Esta proporción se redujo de 78.8 en 1970 a 71.6 en 1990, mientras que la proporción de familias, dónde sólo uno de los cónyuges estaba presente, aumentó de 21.2 por ciento en 1970 a 28.4 en 1990.

De los hogares dónde sólo uno de los cónyuges estaba presente, el porcentaje más alto le corresponde a las familias dirigidas por una mujer. Para 1970, este porcentaje fue de 15.6 aumentando a 23.2 en 1990. Es decir, que para ese año uno de cada cuatro hogares de familia en Puerto Rico estaban dirigidas por una mujer sola. La proporción de los hogares de familia, donde sólo el hombre estaba presente, por otro lado, fue de 5.6 en el 1970, disminuyó a 4.0 en el 1989, y aumentó a 5.2 en el 1990.

Grafico2
Distribución de los hogares de familia por tipo de familias tradicionales Puerto Rico, 1970, 1980 y 1990



Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos, Censo de Población y Vivienda, Puerto Rico, 1970, 1980 y 1990.

Los tres tipos de hogares de familia anteriores pueden, a su vez, subdividirse en categorías más específicas. Cada uno de ellos pueden estar constituido, además de por la pareja o un sólo cónyuge (mujer o hombre) con sus hijos, por los padres de una o ambas parejas, por subfamilias¹ o por hijos de matrimonios anteriores (familia en serie), entre otros. Así, por ejemplo, los hogares de familias con ambos cónyuges presentes se puede dividir, entre otros, en:

- 1) Aquéllos donde la pareja vive sólo.
- 2) Aquéllos donde la pareja vive sólo con sus hijos
- 3) Aquéllos donde la pareja vive o no con sus hijos y con una o más subfamilias
- 4) Aquéllos donde la pareja vive o no con sus hijos y con hijos de matrimonios anteriores.
- 5) Aquéllos donde la pareja vive o no con sus hijos y con los padres o algún familiar de

1

Una subfamilia, según el Censo, es una familia con esposo y esposa presente (esposo y esposa enumerados como miembros del mismo hogar) con o sin hijos menores de 18 años que nunca se han casado, o un padre o una madre con uno o más hijos (as) menores de 18 años que nunca se han casado, quienes viven en un hogar y están emparentados con, pero no incluyendo al jefe del hogar o su cónyuge.

uno o ambos cónyuges.

Los datos de los dos últimos censos realizados en Puerto Rico permiten identificar algunas de estas categorías específicas de hogares de familia. En la Tabla 1 se presenta la distribución de porcentos de los hogares de familia por algunas de estas categorías específicas. La categoría de "otros tipos de familia" incluye otras combinaciones como la pareja o jefe sólo con hijastros, subfamilias, padres u otros familiares.

El análisis de los datos del Censo indica que tanto en el 1980 como en el 1990 predominan las parejas que viven sólo con sus hijos seguidas por las familias compuestas por parejas que viven solas (sin hijos, subfamilias, y otros parientes). Se observa una disminución de más de 20 por ciento en la proporción de las parejas que viven con sus hijos durante la década. Es decir, mientras en 1980 casi un 50% de los hogares de familia estaba compuesto de parejas con sus hijos, en 1990 este porcentaje descendió a poco más de 1/3 parte del total de familias.

Tabla 1
Distribución de los hogares de familia por tipos
de familia específicos Puerto Rico, 1980 y 1990

TIPO DE FAMILIA	1980	1990
Parejas solas	26.0	28.0
Parejas solas con hijos	48.5	37.7
Mujer jefa con hijos	9.3	10.9
Hombre jefe con hijos	1.0	1.7
Familias en serie	*	3.4
Familias con subfamilias	3.2	6.3
Parejas	1.8	3.2
Mujer jefe	0.2	2.5
Hombre jefe	0.4	0.6
Otros tipos de familia	11.8	11.6

* Fuente de datos no provee para obtener más dato

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la muestra del 5 por ciento del censo de Puerto Rico de 1990 (PUMS).

En contraste con lo anterior, ocurrió un aumento de los tipos de familias con parejas solas. Estas aumentaron de 26 a 28 por ciento durante la década lo que indica que más de $\frac{1}{4}$ parte de las familias en Puerto Rico está constituidas por familias de parejas que no tienen hijos y viven completamente solas. De igual forma, se observa un aumento en las familias contituidas por parejas que viven con subfamilias. Aunque este por ciento es bajo, en ambos años, aumentó en un 15 por ciento durante la década (de 2.7 a 3.1 por ciento).

Las familias dirigidas por mujeres con la pareja ausente están constituída principalmente por mujeres que viven solas con sus hijos. En 1980, este grupo representa el 9.3 por ciento de todas las familias. Este por ciento aumentó a 10.9 en 1990. Paralelo a ésto, la proporción de hogares de familia dirigidas por mujeres donde residen subfamilias, se ha incrementado considerablemente (de 0.2 a 3.0 por ciento). Estos datos indican que del 23.2 por ciento de hogares de familia dirigidas por mujeres, un 60 por ciento (13.9 unidades) lo componen éstos dos tipos.

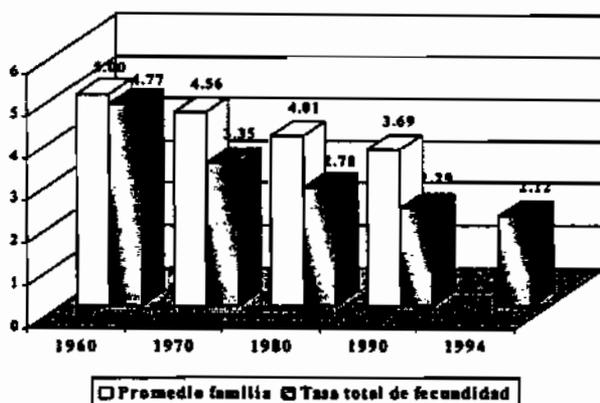
La proporción de familias, dirigidas por hombres que viven sólo con sus hijos, es sumamente bajo, pero éste aumentó de 1.1 a 1.7 por ciento durante la década. Un leve aumento también se registró en las familias dirigidas por varones donde existen subfamilias.

Los datos del censo no recogen información sobre las familias homosexuales que es otro tipo de familia que ha surgido en los últimos años. Sin embargo, en el censo de 1990 se incluyó la categoría de compañero no casado en la tabla sobre parentesco con el jefe del hogar. Se definió compañero no casado como una persona que no está emparentada con el jefe del hogar, que comparte alojamiento y que tiene una relación personal con el jefe del hogar. Los datos indican que existen 23,313 personas en los hogares relacionado al jefe del hogar clasificados como compañero no casado. De estas 300, son parejas del sexo masculino y 428 son parejas del sexo femenino (Unmarried Partner Households).

Determinantes de los cambios en la estructura familiar:

El aumento en las familias de parejas sin hijos, además de reflejar la salida de estos hijos del hogar paterno, también es resultado de la decisión de muchas parejas de posponer o de no tener hijos. En Puerto Rico, la reducción en el tamaño familiar y en el número promedio de hijos ha sido otro de los cambios notables ocurridos en la composición de la familia. Para 1960, el número promedio de hijos en el hogar fue de 2.3, mientras que en 1990 esta cifra se redujo a 1.7. Este descenso en el número promedio de hijos por familia ha sido el resultado de las reducciones en la fecundidad. Para 1960, el promedio de hijos procreados por la mujer al terminar su período reproductivo fue de 4.8 y para 1994 fue 2.1, indicando una reducción de 56 por ciento durante el período.

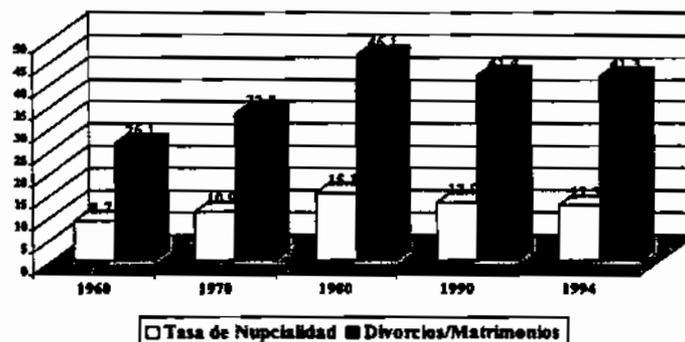
Grafico 3
Promedio de miembros por familia
y tasa total de fecundidad
Puerto Rico, 1960 a 1994 ^{a)}



a) Para 1994, no existen datos disponibles para el promedio por familia.
Fuente: Oficina del Censo de los Estados Unidos, Censo de Población y Vivienda, Puerto Rico, 1960, 1970, 1980, 1990 y 1994.
Departamento de Salud, Oficina de Estadísticas de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1960, 1970, 1980, 1990 y 1994.

El aumento en hogares de familia, dirigidos por una mujer sin esposo presente, viviendo sola con sus hijos o teniendo una subfamilia en su hogar, ha sido, en gran medida, resultado del aumento registrado en el divorcio. La tasa de divorcio en Puerto Rico aumentó de 13 divorcios por cada 100 matrimonios en 1932 a 41.3 en 1994. Como resultado del divorcio, la responsabilidad de los hijos habidos en el matrimonio y presentes en el hogar recae principalmente en las mujeres.

Grafico 4
Tasa de nupcialidad y divorcios
por matrimonios
Puerto Rico, 1960 - 1994



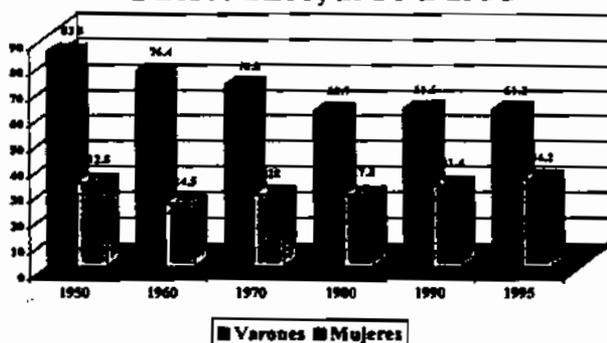
Fuente: Departamento de Salud, Oficina de Estadísticas de Salud, Informe Anual de Estadísticas Vitales, 1960, 1970, 1980, 1990 y 1994

Otro factor responsable del aumento en las familias con jefe mujer lo ha sido el incremento ocurrido en las madres solteras. El porcentaje de madres solteras en Puerto Rico aumentó de 4.3 en 1976 a 10.2 en 1994. Aunque algunas de estas madres solteras pasan a ser subfamilias dentro de las familias de sus padres, es posible que muchas de ellas establezcan su propio hogar constituyendo así un nuevo hogar de familia. Una proporción alta de estas madres solteras está en las edades de la adolescencia (71%). Estas están concentradas en los niveles educativos más bajos, reciben un cuidado prenatal pobre

y tienen unos nacimientos con condiciones físicas inadecuadas, tales como, peso al nacer y valor Apgar bajo. Los niveles de mortalidad infantil, tanto neonatal como postneonatal, también son más altos entre las madres solteras que las madres casadas legalmente.

Factores de tipo social y económico han sido responsables, en gran medida, de estas modificaciones en la estructura marital. La mayor participación de la mujer en la fuerza laboral rompió los esquemas tradicionales de división de roles en la familia disipando las diferencias de roles por género existentes. El modelo tradicional de hombre-proveedor y mujer-ama de casa ha sido sustituido por el modelo donde ambos miembros de la pareja contribuyen con su salario al sustento familiar y la gratificación emocional constituye un elemento importante para definir lo que es un buen matrimonio. En Puerto Rico, la participación femenina en la fuerza laboral ha aumentado consistentemente, mientras que la masculina ha disminuido. Para 1995, la tasa de actividad económica de las mujeres fue de 34.3 y éstas representaban alrededor de un 40 por ciento de la fuerza laboral. La actividad económica de los hombres, por otro lado, se ha reducido y para 1995 alrededor de 2/3 partes de la población masculina estaba económicamente activa.

Grafico 5
Tasa de actividad económica por sexo,
Puerto Rico, 1950 a 1995



Fuente: Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, Negociado de Estadísticas del Trabajo, Serie Histórica de Empleo y Desempleo, Puerto Rico, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990 y 1995

Diferencias sociales por tipo de familia:

El análisis de algunas características socioeconómicas indica grandes diferencias por tipo de familia. Las familias incompletas tiene unos niveles educativos menores que las familias donde ambos cónyuges están presentes. La mediana de años de escuela completadas para las familias con ambos conyuges presentes fue de 12.8, mientras que para las familias con jefa mujer, sin esposo presente, fue 11.6 y para las familias con jefe varón, sin esposa presente, fue de 9.8 (Gutiérrez, 1997). Estos datos indican que las mujeres jefas del hogar superan a su contraparte masculina en términos educativos.

Las familias donde la mujer es la jefa, con su pareja ausente, tiene unos niveles de pobreza mucho más altos que el correspondiente a las familias donde ambos cónyuges estaban presentes según indican los datos de la Tabla 2. Un 78.8 por ciento de las familias con jefe mujer sin esposo presente y con hijos estaban bajo el nivel de pobreza en 1990, en comparación, con un 54 por ciento bajo el nivel de pobreza de las familias donde ambos cónyuges estaban presentes y tenían hijos en el hogar.

Tabla 2
Distribución de la familia según nivel de pobreza
Puerto Rico, 1990

TIPO DE FAMILIA	% Bajo nivel depobreza
Parejas solas	41.6
Parejas solas con hijos	53.7
Mujer jefa con hijos	78.8
Hombre jefe con hijos	77.3
Familias en serie	63.5
Familias con subfamilias	
Parejas	55.8
Mujer jefe	64.8
Hombre jefe	60.4

Fuente: Datos obtenidos por la autora de la muestra del 5 por ciento del Censo de Puerto Rico de 1990 (PUMS).

La presencia de hijos en el hogar y la edad de estos, agudiza más aún la desventaja económica de las familias dirigidas por una mujer, ya que las familias de este tipo que tienen hijos muestran unos niveles de pobreza mucho mayores que cualquier otro tipo de familia. Mientras menor es el hijo, más alto es el porcentaje de familias que se encuentran bajo el nivel de pobreza.

Las fuentes de ingreso difieren significativamente por tipo de familia. Los datos del censo de 1990 indican que la asistencia pública provera un 25 por ciento de los ingresos de las familias dirigidas por una mujer, mientras que este porcentaje fue sólo de 6 por ciento para las familias completas (Gutiérrez, 1997).

Algunos estudios también han encontrado diferencias significativas en algunas características de los niños según el tipo de familia a la que pertenecen. Las diferencias por nivel educativo y tipo de familia indican una menor asistencia a la escuela entre aquellos estudiantes que residían en familias donde el padre era el jefe de la familia. Ésto quiere decir que el hogar con una mayor proporción de niños fuera de la escuela es aquél dirigido por el varón sin su esposa presente. Por el contrario, en los hogares que tienen como jefe a una mujer el porcentaje de asistencia a la escuela de los hijos se asemeja más a la de aquéllos donde ambos cónyuges están presentes (Rivera Acevedo, 1988).

Ésto podría ser el resultado del deseo de mayor superación de la mujer que no sólo se manifiesta al tener unos niveles educativos superiores a los jefes varones sino en el estímulo de superación que le transmiten a sus hijos. Sin embargo, esta superación educativa no se ha reflejado en una superación económica ya que se ha encontrado una proporción mayor de niños bajo el nivel de pobreza entre las familias dirigidas por una mujer que entre aquellas familias donde ambos cónyuges estaban presentes.

En un estudio realizado sobre la población adolescente de escuela intermedia y superior en Puerto Rico para detectar factores relacionados a su comportamiento sexual y reproductivo, se

incluyeron escalas para medir algunas características psicológicas. Los resultados de este estudio indican que las adolescentes pertenecientes a familias donde ambos padres están presentes tienen una autoestima más alta y un promedio académico mayor que aquéllos donde uno de los padres no está presente o en aquéllas familias donde hay un padrastro o una madrastra. De igual forma, las adolescentes que vivían con ambos padres han estado expuestas a un promedio menor de eventos familiares que los adolescentes pertenecientes a otros tipo de familia.

Tabla 3
Indicadores seleccionados por tipo de familia
Puerto Rico, 1992

TIPO DE FAMILIA	AUTOESTIMA	PROMEDIO ACADEMICO	EVENTOS FAMILIARES
Ambospadres presentes	56.9	3.0	7.6
Solo madre presente	55.1	2.7	8.2
Madre y padrastro	54.0	2.6	9.5
Otros	51.5	2.7	8.3
Total	56.1	2.8	7.9

Fuente: Zoraida Morales Del Valle, Características de la Estructura Familiar de la Población adolescente de Puerto Rico, (Estudio en proceso).

Recapitulación

El análisis presentado indica que el hogar puertorriqueño ha sufrido grandes transformaciones en las últimas décadas y se espera que muchos de estos cambios continúen en el futuro. Se han registrado aumentos en las familias dirigidas por un solo conyuge, especialmente mujeres, en las familias en serie y en las subfamilias. Cada uno de estos tipos de familias poseen características sociales distintas. Debido a la tendencia al envejecimiento que está experimentando la población puertorriqueña la cual se proyecta continúe en el futuro se espera que aumente el número de personas viviendo solas, así como el número de hogares sin hijos. Ésto requerirá una reorientación de los recursos para ofrecerle mayor cantidad de servicios de apoyo a la población en estos hogares.

De igual forma, el aumento en el número de familias dirigidas por un jefe de familia sólo, especialmente mujeres solas o con subfamilias, se espera continúe en el futuro. Estas son las familias que se encuentran en situación de gran desventaja en la sociedad puertorriqueña. En estas familias es donde la participación en la fuerza laboral es más baja, son los que tienen los niveles más bajos de pobreza y las que reciben una parte sustancial de sus ingresos de la asistencia pública. La baja asistencia a la escuela y el rezago escolar son mucho más frecuentes entre los niños de estas familias que en aquéllas donde ambos cónyuges están presentes.

Este perfil sociodemográfico que caracteriza a estas familias puertorriqueñas identifica los grupos que deben ser prioritarios en relación a los servicios educativos, económicos y de salud que ofrece el gobierno. Como resultado de los procesos demográficos y sociales han surgido otros tipos de familias como las familias en serie y las familias de homosexuales cuyas características y necesidades aún no han sido exploradas. La diversidad de arreglos maritales que han surgido puede resultar en una clasificación incorrecta de los tipos de familia. Es posible que muchas de las familias que se definen

como con jefatura de una sola persona, sean en realidad familias compuestas por una pareja no casada.

El conocer estos tipos de familia es esencial para poder planificar programas socioeconómicos y de salud adecuados. El reconocer esta diversidad y enfocar la complejidad de sus necesidades debe ser parte inherente del debate público sobre la situación de la familia puertorriqueña.

Agradecemos la colaboración el Sr. Mario R. Zuleta Dávalos estudiante del Programa Graduado de Demografía y Ayudante de Investigación en el desarrollo de este trabajo.

Referencias Bibliográficas

Ahlbury, D. y Carol, JD. (1992) New Realities of the American Family, Population on Bulletin, 47 (2).

Bumpass, LL. (1990) What's Happening to the Family? Interactions Between Demographic and Institutional Change, Demography, 27 (30), 483-498.

_____, Kelly Raley, R. y Sweet, James A. (1995) The Changing Character of Stepfamilies: Implications of Cohabitation and Nonmarital Childbearing, Demography, Vol. 32, No. 3, August.

Departamento de Comercio de los Estados Unidos, Negociado del Censo (1990) Censo de Población y Vivienda, Puerto Rico.

Eggeben, David J., Snyder, Anastasia, R. y Manning Wendy D. (1996) Children in Single-Father Families in Demographic Perspective, Journal of Family Issues, Vol. 17, No. 4.

Gutiérrez, J. (1997) Características Socio-demográficas del Niño en Puerto Rico según su Arreglo de Vida Familiar para los Años: 1970, 1980 y 1990. Tesis para la Maestría en el Programa Graduado de Demografía, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Irizarry Castro, A. (1993) La Familia. Ecosistema para la Salud, Curso Medular en la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, Manual Informativo.

Keith, C. (1995) Family Caregiving System Models, Resources and Values, Journal of Marriage and the Family, 57, 179-189.

Menaghan, E. y Toby, LP. (1995) Social Resources of Change in Children's Home Environment's: The Effects of Parental Experience and Family Conditions, Journal of Marriage and Family, 57, 69-84.

Miche, A. (1974) Sociología de la familia y el matrimonio, Ediciones Península, Barcelona.

Morales Del Valle, Z. (1990) Factores Precedentes del Comportamiento Relacionado a la Salud en los Adolescentes. Centro de Investigaciones Demográficas (CIDE), Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Morales Del Valle, Z. Características de la Estructura Familiar de la Población Adolescente Puertorriqueña. (Estudio en Progreso).

Morales Del Valle, Z. (1996) La Familia Puertorriqueña: Sus Características y sus Transformaciones. Ponencia presentada en el Foro Multidisciplinario "Nuestras Familias ante un Nuevo Siglo", auspiciado por el Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico.

Morales Del Valle, Z. Aspectos de Salud de la Niñez y la Juventud Puertorriqueña en las Postrimerías de la Asociación. Ponencia presentada en la Convención de la Asociación Puertorriqueña de Ciencias de la Familia y el Consumidor.

Morales Del Valle, Z. (1996) Perfil de Salud de la Familia Puertorriqueña, Perspectivas de la Educación en Salud, Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico, Vol. 18.

Paden, SL. y Cheryl, B. (1995) Copy with Dual-Income Lifestyle, Journal of Marriage and the Family, 57, 101-110.

Rivera Acevedo, S. (1988) El Hogar Puertorriqueño y la Educación de los Hijos. Ponencia presentada durante la celebración del Día de la Población, Programa de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Robles, L. (1994) Resumen de las Características del Hogar y la Familia de Puerto Rico, 1990. Centro de Datos Censales, Programa de Demografía, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico.

Rosembaum, E. y Greta, G. (1995) Mother's Labor Force Participation in New York City. A Reappraisal of the Influence of Household Extension, Journal of Marriage and the Family, 57, 243-249.

Vázquez Calzada, JL. (1984) El Perfil de la Familia Puertorriqueña, Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Puerto Rico.

Vázquez Calzada, JL. (1989) Variantes de la Estructura del Hogar Puertorriqueño, Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Puerto Rico.

Vázquez Calzada, JL. (1995) La Transformación del Hogar Puertorriqueño: 1940-1990, Centro de Estudios Demográficos (CIDE), Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Puerto Rico.

Vázquez Calzada, JL. (1990) Impresiones sobre la Naturaleza del Hogar Puertorriqueño en el año 2000, Programa Graduado de Demografía, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad Puerto Rico.

Vázquez Calzada, JL. (1988) La Población de Puerto Rico y Su Trayectoria Histórica, Raga Offset Printing Service, Río Piedras, Puerto Rico.

Vickers, HS. (1994) Young Children at Risk: Differences in Family Functioning, Journal of Educational Research, 98 (5), 262-710.

Wallace, HM, Richard, P. y Patrick, JS. (1994) Maternal and Child Health Practices, Third Party Publishing Co. Oakland, California, USA.

Yofhikaiva, H. (1994) Prevention and Cumulative Protection: Effects of Early Family Support and Education and Chronic Delinquency and Its Risks, Psychological Bulletin, 115 (1), 28-54.

RESUMEN

Este trabajo tiene como propósito el analizar las estrategias que pueden utilizar los profesionales de la salud para desarrollar programas de promoción de la salud efectivos para lograr cambios positivos en la salud de las familias de tres países caribeños. Estos son: Cuba, República Dominicana y Puerto Rico. Las estrategias se han seleccionado a tono con las necesidades y problemas creados por los cambios estructurales que han ocurrido en las familias de estos países. Se tomó como base para estas recomendaciones los datos demográficos recopilados por investigadores de los tres países, mediante propuesta sometida y aprobada por el Programa Atlantea de la Universidad de Puerto Rico. Esta fue concedida al Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas en el año 1997. Mediante el análisis de los datos demográficos, se revela que los cambios estructurales de las familias de los países de referencia revelan tendencias similares. Se observa una reducción sustancial en el número de personas por familia, en matrimonios legales y un aumento en hogares dirigidos por mujeres. Por otro lado, se nota una tendencia al envejecimiento de la población, una población adolescente con escasos conocimientos sobre la sexualidad y alta incidencia de embarazos y abortos, además de alta migración de las zonas rurales a las urbanas. En Cuba, se nota una tendencia a constituirse la familia extendida por la situación económica y la participación de la mujer en la fuerza trabajadora. Los parientes tienden a vivir junto a sus hijos casados en contraste con la situación en Puerto Rico y la República Dominicana. Las enfermedades de larga duración han aumentado su incidencia sin descartar las enfermedades infecciosas como el VIH-SIDA y las enfermedades de transmisión sexual. En el caso de Puerto Rico y República Dominicana aun prevalencen altas tasas de mortalidad materna e infantil, lo cual parece ser un problema resuelto en Cuba.

Desde el punto de vista de promoción de la salud, es necesario estar alertas al desarrollo de políticas que protejan el derecho de las familias, de la mujer y de los jóvenes en particular para proteger y promover su salud; el mejoramiento de las condiciones económicas y políticas que garanticen el derecho a la salud, a la justicia social y a la equidad, dentro de un ambiente saludable y además, de la consecución de cambios en las prácticas de salud de la población en general y la familia en particular. Ésto debe lograrse a través de la promoción de la salud, y la educación para la salud, especialmente con respecto a los adolescentes, la mujer y los ciudadanos de mayor edad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION EN LA PLANIFICACION DE PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

Carmen Lebrón de Avilés, Ed.D. Candidate, M.P.H.E.
Universidad de Puerto Rico

INTRODUCCION

A pesar de los cambios estructurales que han ocurrido en las familias de estos tres países y en la mayoría de los países del mundo, los antropólogos concuerdan en que la familia es una institución central y positiva en la sociedad. Ejerce estas tres funciones importantes; a saber: promover el crecimiento, socializar y ofrecer compañía a sus miembros. Además, tiene una función económica de proveer cuidado a los miembros viejos y enfermos, y apoyo social a los miembros desempleados. Coates y Jarrot, Inc; (1996) en su artículo "Las Cinco Mayores Fuerzas de Cambio", en el cual se identifican las tendencias sociales para el nuevo milenio, enfatizan que la longevidad y la muerte de uno de los cónyuges antes que el otro va a crear una crisis de compañía en el que sobrevive. La conducta sexual está separándose cada vez más de la función procreativa y se aceptará el sexo como "recreación". Se desarrollarán sustitutos para las funciones de la familia y los niños pasarán a tener una prioridad secundaria dando a las instituciones nuevos retos y oportunidades para llenar las necesidades de los seres humanos. Proliferarán los grupos de apoyo para ayudar a superar problemas de salud y salud mental.

La mujer, para el año 2,000 constituirá el 50 por ciento de la fuerza trabajadora, serán mayores cuando se casan y tengan su primer hijo, posponiendo la formación de la familia para terminar su educación. Las mujeres, por estar en la fuerza trabajadora, estarán menos en el hogar y en la comunidad. Muchos hombres trabajarán en el hogar y se dedicarán al trabajo doméstico y a llevar los niños a sus actividades. Éstos, cada vez más, estarán envueltos en actividades comunitarias. A pesar de que el compromiso con el matrimonio continuará, los divorcios

continuarán a razón de 20 a 21 por cada 1,000 en la próxima década. Ésto aumentará el número de personas que se casan tres y cuatro veces convirtiendo el matrimonio en un negocio. Aumentará el sexo en los adolescentes aunque no los embarazos. El movimiento "pro-familias" tomará nuevas direcciones.

La sociedad enfatizará el crear familias más efectivas y habrá una tendencia creciente a crear familias no tradicionales debido a los cambios sociales y económicos. Por último, el envejecimiento de la población redefinirá las familias. Puede ocurrir que el retiro de los viejos termine y éstos vuelvan a la fuerza trabajadora por necesidad económica, por tener una mejor salud y la necesidad de los negocios de tener personas con experiencia en ellos. Los viejos se mudarán de nuevo con sus hijos para no sentirse solos o compartirán viviendas con otros.

Ante el panorama de cambios en la estructura familiar iniciado y que aparentemente continuará en el siglo que se avecina, se hace imperativo reflexionar sobre las estrategias más adecuadas para desarrollar programas de promoción de la salud que atiendan las necesidades de nuestros núcleos familiares ahora y en el futuro. Con el propósito de clarificar conceptos, es necesario que enfatizamos el concepto de promoción de la salud que usaremos en este trabajo. Definimos promoción de la salud en el sentido amplio como el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre los determinantes de la salud y, por lo tanto, mejorar su salud personal y la salud de su comunidad. Nos referimos a los determinantes de la salud tal como los describe la Organización Mundial de la Salud; a saber: paz, vivienda, educación, acceso a alimentos y agua limpia, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Las áreas de acción para el desarrollo de programas de promoción de la salud son las siguientes: ambientes de

apoyo, refuerzo de la acción ciudadana, desarrollo de destrezas personales, re-orientación de los servicios de salud y desarrollo de una política pública saludable.

Teniendo en consideración la familia como sujeto de acción en la promoción de la salud, los cambios estructurales que han ido ocurriendo en la familia caribeña y las tendencias que se vislumbran para el nuevo siglo en Estados Unidos y que seguramente influirán en el área del Caribe, nos enfrentamos a una serie de retos para la selección de estrategias para la planificación e implantación de programas de promoción de la salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de la familia en los países objeto de esta investigación.

Los retos que consideramos importantes para planificar estos programas, son lo siguientes:

1) reducción en el tamaño familiar significa que habrá menos personas para hacerse cargo del cuidado de los niños y los miembros de la familia con problemas de salud, 2) el acceso a los hogares se hace más difícil dado que éstos están localizados en zonas urbanas de más difícil acceso, 3) el desarrollo de programas de promoción de la salud para atender el creciente número de familias dirigidas por mujeres y familias compuestas por personas de un mismo sexo. Éstas están más necesitadas de atención por sus circunstancias sociales y económicas, 4) la creciente participación de la mujer en la fuerza trabajadora hace más difícil el que participe en programas de promoción de la salud por falta de tiempo disponible, 5) los envejecientes y los adolescentes tienen unas necesidades de salud muy propias de su edad que habrá que considerar con prioridad.

Teniendo en consideración los retos mencionados, procederemos a recomendar aquellas estrategias que consideramos esenciales para el desarrollo de programas de promoción de la salud que atiendan debidamente a los miembros familiares de mayor prioridad. En términos de política

pública consideramos que se debe aumentar la visibilidad de la promoción de la salud de la familia en las prioridades nacionales. Ésta debe ser una prioridad para los profesionales de la salud. El propósito principal debe ser lograr legislación que apoye una mejor salud y calidad de vida para los adolescentes, ciudadanos de mayor edad, familias dirigidas por mujeres y familias compuestas por parejas de un mismo sexo.

Es necesario crear ambientes de apoyo para las familias ya mencionadas, adolescentes y viejos mediante la identificación de los esfuerzos que se están haciendo por los diferentes sectores, grupos y organizaciones de la comunidad respecto a la salud familiar. Otro aspecto importante que no debemos ignorar es el estar atentos a los cambios que se van desarrollando en la familia para poder atender sus necesidades cambiantes. Sobre todo, tenemos que fortalecer las redes comunales y la participación intersectorial en estos esfuerzos. Así se puede disminuir la duplicidad de esfuerzos, se multiplican los recursos y se aseguran mensajes complementarios y no contradictorios a la población que es responsabilidad de todos los profesionales de la salud. Y, por último, crear grupos de apoyo en la comunidad para las familias y grupos señalados. Esta estrategia multiplicará los esfuerzos de desarrollar el apoderamiento de estos grupos para que reclamen sus derechos y contribuyan a solucionar sus problemas.

Es importantísimo el introducir actividades educativas para el desarrollo de destrezas personales. En el caso de las familias en general se pueden lograr estas destrezas personales mediante programas de promoción de la salud en la comunidad; desarrollo de programas de prevención e intervención temprana, desarrollo de apoderamiento en las personas que componen la familia y desarrollar campañas de mercadeo social en las cuales reforcemos prácticas de salud

adecuadas. Para los grupos de adolescentes, el sistema escolar deberá asumir el liderazgo en coordinar el programa de educación a los adolescentes, con la comunidad y los padres o madres, especialmente de aquellas familias señaladas anteriormente. El programa de salud escolar integral debe enfatizar la conducta sexual, la nutrición, el ejercicio y el uso de abuso de drogas y alcohol. Se debe utilizar más la estrategia de educación de pares, el uso del "Internet" y el mercadeo social.

Para las mujeres que trabajan se debe enfatizar las actividades educativas en el lugar de trabajo. En el caso de los viejos, recomendamos que se atiendan sus necesidades especiales, tales como: nutrición, ejercicio, uso de adecuado de medicamentos y condiciones de larga duración. La estrategia de mercadeo social puede ser útil para llevar mensajes a esta población, además del contacto directo. Para las familias no tradicionales, las estrategias que consideramos más efectivas son: la consejería y el desarrollo de grupos de apoyo, además de la legislación para proteger sus derechos.

Por último, y no menos importante, se hace necesario adiestrar y apoyar los esfuerzos de proveedores de la salud y el equipo de salud para que tengan éxito en su gestión de promoción de la salud de nuestras familias. Con este propósito en mente recomendamos las siguientes estrategias: ajustar los servicios de salud a las necesidades de los grupos familiares de manera de mejorar la accesibilidad a éstos; proveer ambientes que permitan a los grupos que hemos mencionado el cambiar su conducta de salud positivamente; proveer los recursos necesarios, el adiestramiento continuo y el apoyo en su gestión; establecer relaciones con los centros académicos para usar las investigaciones y los conocimientos nuevos sobre estrategias de promoción que funcionan, necesidades reales de acuerdo a los cambios en la familia, evaluación de programas de promoción

de la salud y otros.

La promoción de la salud está aquí para quedarse. Si aunamos los esfuerzos de los profesionales de la salud, el gobierno, las agencias públicas y privadas y la ciudadanía en general lograremos el éxito más rotundo en el mejoramiento de la salud de nuestros pueblos y su calidad de vida.