

Diagnóstico sobre incidencia de legislaciones y políticas en el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva en Cuba



Yamila González Ferrer
Ivonne Pérez Gutiérrez



El presente material provee un diagnóstico sobre incidencia de legislaciones y políticas en el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH. La evaluación de los avances y desafíos en materia de legislación y políticas vigentes podría contribuir al perfeccionamiento del Sistema de Salud Cubano, para el que la atención diferenciada e integral a la adolescencia constituye una prioridad.

MsC. Yamila González Ferrer

Máster en Sexualidad por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Cuba, 2004. Licenciada en Derecho por la Universidad de La Habana, 1993. Vicepresidenta de la Unión Nacional de Juristas de Cuba desde 2016. Vicepresidenta de la Sociedad de Derecho Civil y de Familia de la Unión Nacional de Juristas de Cuba. Profesora Auxiliar de Derecho de Familia y Género y Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana. Coordinadora del Proyecto "Justicia en clave de Género" de la Unión Nacional de Juristas de Cuba. Mediadora en temas civiles y familiares, adscrita a la Corte Cubana de Arbitraje Comercial Internacional. Investigadora en proceso de culminación de estudios doctorales en temas de igualdad, familia y género. Autora de varias publicaciones en Cuba y el extranjero.

Dra. Ivonne Pérez Gutiérrez

Doctora en Ciencias Jurídicas por la Universidad de La Habana, 2010. Máster en Derecho de la Empresa y los Negocios por la Universidad de Barcelona, 2001. Licenciada en Derecho por la Universidad de La Habana, 1989. Profesora Titular de Derecho Procesal y Género y Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana. Abogada en ejercicio adscrita a la Organización Nacional de Bufetes Colectivos. Secretaria de la Sociedad Cubana de Derecho Procesal de la Unión Nacional de Juristas de Cuba. Miembro del Proyecto "Justicia en clave de género" de la Unión Nacional de Juristas de Cuba. Segundo lugar en el 1er y 4to Concurso Iberoamericano de Trabajos Jurídicos, organizado por la Editorial Leyer de Colombia, 2016 y 2019. Autora de varias publicaciones en Cuba y el extranjero.



**Diagnóstico sobre incidencia de legislaciones
y políticas en el acceso de adolescentes y jóvenes
a servicios de salud sexual y reproductiva en Cuba**

Edición, corrección y diagramación: *Denise Ocampo*
Diseño de cubierta: *Mario Villalba*

© Yamila González Ferrer e Ivonne Pérez Gutiérrez, 2019

La elaboración y reproducción de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de UNFPA. El contenido es responsabilidad exclusiva de sus autoras. Se puede utilizar y copiar sin fines comerciales siempre y cuando se cite la fuente.

Diagnóstico sobre incidencia de legislaciones y políticas en el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva en Cuba

Yamila González Ferrer
Ivonne Pérez Gutiérrez



1. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2014, auspiciado por el Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se realizó en 17 países de América Latina un estudio regional sobre barreras legales para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH, con el objetivo de conocer cómo las leyes y políticas inciden positiva o negativamente en el acceso de este grupo etario a los servicios correspondientes (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015).

Cuba no estaba incluida en dicho análisis, sin embargo el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) se planteó la necesidad de un estudio similar, toda vez que la atención diferenciada e integral a la adolescencia constituye prioridad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Así, la información obtenida habría de contribuir al perfeccionamiento de dicho sistema —mediante la evaluación de los avances y desafíos en materia de legislación y políticas vigentes— en lo que se refiere al acceso efectivo de adolescentes y jóvenes a servicios de SSR, incluida la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, a tenor de los estándares internacionales. Ello en correspondencia, también, con las prioridades del UNFPA que, en sus Planes Estratégicos desde 2014 a la fecha, expresa la necesidad de promover el acceso de las y los adolescentes a servicios de calidad, incluyendo la consejería, en SSR y VIH. Todo ello condujo a la elaboración, en el año 2015, de un diagnóstico sobre el acceso legal de adolescentes y jóvenes a servicios de calidad, con la determinación de las brechas existentes en el orden legal y de políticas públicas.

De 2015 a la fecha de este informe, se han realizado seis talleres con profesionales de la salud y del derecho —fundamentalmente—,

así como con estudiantes universitarios. Cada espacio de debate y reflexión ha permitido puntualizar las brechas inicialmente detectadas y recomendar posibles soluciones. El trabajo realizado y la recién aprobada Constitución favorecen la evaluación y actualización del originario “Diagnóstico sobre incidencia de legislaciones y políticas en el acceso de adolescentes y jóvenes a información y servicios de SSR y VIH en Cuba”.

Es válido acotar que, en el contexto normativo nacional, la nueva Ley de leyes coloca la dignidad humana como valor base de los derechos, a la vez que establece la igualdad como presupuesto para el respeto pleno de las personas, cual piedra angular para su realización. Esta igualdad, para hacerse presente, debe ser formal, real y efectiva, lo que se traduce en la proscripción de cualquier conducta que implique discriminación o actividad lesiva a la dignidad humana, además del respeto a las diferencias, la visualización de los derechos y sus garantías, y la institucionalidad y jurisdiccionalidad que posibilitan su defensa. Por primera vez en el contexto patrio, se incluyen las garantías para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en franca consonancia con los de libre desarrollo de la personalidad, de igualdad e integridad y a formar una familia, reconocidos todos en la propia Constitución; garantías que encuentran apoyatura en otras de rango constitucional, como son la tutela judicial efectiva y el debido proceso¹, en tanto principales mecanismos jurisdiccionales de protección.

En relación con el derecho a la integridad, se pone de relieve su concreta expresión en otros derechos esenciales de la persona, como son el derecho a la vida, a la identidad, a la intimidad, al honor y a la salud; este último, de vital importancia en materia de SSR, ya que trae aparejados información, acceso y utilización de servicios y recursos relacionados, entre otros, con la prevención y atención de ITS, anticoncepción, interrupción de las gestaciones. Incluye, además, las

1 La nueva Constitución reconoce la tutela judicial y el debido proceso como garantías de los derechos consagrados. La tutela judicial efectiva comprende en sí al debido proceso, en el entendido del derecho a hacer alegaciones y pedidos a los tribunales, a probar y a impugnar las decisiones judiciales, pero también abarca el elemento “acceso”, según el cual no deben existir limitaciones para reclamar ante los órganos judiciales, y la ejecución o cumplimiento de lo dispuesto por el tribunal.

regulaciones sobre el aborto, así como cuestiones generales asociadas a la edad y la capacidad jurídica para el ejercicio de los derechos.

Así, el nuevo texto constitucional se erige en punto de partida para reformas o creaciones normativas y pautas de actuación administrativa en lo que a derechos sexuales y reproductivos se refiere, por lo que el presente estudio persigue:

Como objetivo general:

- Actualizar el diagnóstico sobre el estado de la legislación y las políticas públicas que inciden en el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR, incluida la prevención de las ITS y el VIH, en Cuba.

Como objetivos específicos:

- Identificar la legislación y las políticas públicas existentes en el país que rigen el acceso a la SSR, incluida la prevención del VIH, de adolescentes y jóvenes, en correspondencia con los estándares internacionales rectores.
- Determinar las posibles barreras en la protección y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes y en el acceso a los servicios de SSR, incluida la prevención de ITS y el VIH.
- Proponer puntuales reformas en el orden normativo, de políticas públicas y de servicios.

Las materias analizadas fueron:

- Normas jurídicas:
 - Disparidad etaria según la materia: edad de consentimiento para las relaciones sexuales de las y los adolescentes; edad de consentimiento para el matrimonio; niñas, niños y adolescentes en los ámbitos penal y laboral, etc.
 - Catálogo de derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, así como su reflejo en instituciones civiles y familiares, como capacidad, responsabilidad, matrimonio y patria potestad, entre otros.
 - La criminalización de la transmisión del VIH y otros tipos penales con incidencia en el tema.
- Políticas:
 - Políticas orientadas a la adolescencia y juventud.
 - Políticas migratorias relacionadas con el VIH.
 - Normas y políticas que regulan los servicios de SSR y VIH.

El estudio se sustenta en un análisis crítico de los documentos que sobre la materia están disponibles en nuestro país y se concentra en la población adolescente y joven, que, según los estándares de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 2005), comprende entre los 10 y 24 años de edad, en atención a los límites mínimo y máximo definidos por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y acogidos por el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia².

No puede hablarse del contexto cubano³ sin partir del impacto que significa el bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por el gobierno de los Estados Unidos a la isla y que ha traído —durante 60 años— carencias materiales, afectaciones a la calidad y cantidad de los alimentos, así como enormes obstáculos al desarrollo de los servicios de salud y de educación, por solo citar algunas, lo que ha repercutido —a pesar de los esfuerzos gubernativos— en el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

El Estado y el Gobierno han aplicado una estrategia de supervivencia, resistencia y desarrollo, orientada a todas las esferas de la vida económica, política y social, en cuya virtud han creado alternativas y

- 2 En razón del estudio, a veces el límite máximo se amplía hasta los 29 años.
- 3 Las fuentes más importantes para obtener la información referente al entorno cubano fueron: el Censo de Población y Vivienda de 2012; el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia 2012-2017; el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, el VIH/sida (2014-2018) y el referido plan que en el período 2019-2023 incluye las hepatitis; los Informes del gobierno de Cuba ante los Comités de Expertos de la Convención de los Derechos del Niño (2011 y 2017), Examen Periódico Universal (2013) y Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (2013); el documento *Historia de la Adolescencia en Cuba en los últimos 20 años* de la Dra. Francisca Cruz Sánchez, Presidenta de la Comisión Nacional de Atención Integral a la Adolescencia; el *Anuario Estadístico de Salud 2018*, del MINSAP; el *Anuario Demográfico de Cuba 2018*, de la ONEI; y el informe *La mirada de los y las jóvenes. Un estudio comparativo por edades a partir de la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género*, del Centro de Estudios de la Mujer (2019), cortesía de la Dra. Mayda Álvarez Suárez, directora de dicho Centro.

soluciones para disminuir al máximo las afectaciones, optimizar el uso de los recursos financieros y humanos, y preservar los logros alcanzados.

La población adolescente (1 273 084) representa el 11,35 % del total poblacional en Cuba, con el comportamiento siguiente: de 10 a 14 años, 282 194 niñas y 335 743 niños; de 15 a 19 335 743 mujeres y 355 704 hombres; para cifras de 617 937 y 691 447, respectivamente; según datos del *Anuario Demográfico de Cuba 2018*.

Desde el punto de vista educacional, la atención a las niñas, niños y adolescentes entre 11 y 15 años se realiza en las escuelas secundarias básicas. Existen 1 010 instituciones internas y urbanas, con 379 829 educandos y un promedio de 10,97 educandos por profesor. A todos se les garantiza la continuidad de estudios según sus resultados, ya sea en la educación Técnica y Profesional o la Preuniversitaria. En el curso escolar 2015-2016, continuaron estudios el 99,3 % de los graduados (67 679 en la enseñanza Técnica Profesional y 54 135 en la preuniversitaria). En el curso escolar 2016-2017 se alcanzó una matrícula de 1 371 142 estudiantes (684 722 del nivel Primario, 369 595 de Secundaria Básica, 146 748 de Preuniversitario, 149 619 de Enseñanza Técnica y Profesional y 20458 de Formación de Personal Pedagógico) (CESJ, 2016:33; Gobierno de Cuba, 2017:34-35).

El 36,8 % del grupo analizado tiene vínculo laboral —con predominio masculino y en el rango de 20 a 29 años de edad—, insertado básicamente en las categorías ocupacionales de técnico, operario y servicios. Al mismo tiempo, se aboga por la reincorporación al trabajo y al estudio de jóvenes desligados de estos ámbitos, el mayor y mejor acceso a las nuevas tecnologías, la formación de una cultura integral y el estímulo del hábito de la lectura.

Por otra parte, la población de 10 a 29 años de edad es esencialmente urbana y representa el 26,7 % del total de cubanas y cubanos. En el sector agrícola se han concretado importantes medidas de política de empleo. Así, en el informe *Juventud en Cifras 2013-2015*, se expresa:

Los Lineamientos 197 y 198 del VI Congreso del PCC se dirigen a repoblar las zonas rurales, con medidas que favorezcan la permanencia de la fuerza de trabajo —fundamentalmente joven— en estas localidades y, en consecuencia, se estimula la entrega de tierras en usufructo para propiciar la inserción de jóvenes en la agricultura (CESJ, 2016:44).

Precisamente, entre los desafíos se encuentran: satisfacer sus expectativas en cuanto a los estudios de nivel medio y superior, con posterior ubicación laboral; potenciar la gestión comunitaria para resolver problemas de grupos en riesgo; y priorizar la atención a quienes habitan en zonas rurales.

Según los resultados de la *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados* realizada en Cuba (MICS), el 15,8 % de las mujeres de entre 15 y 19 años de edad se encontraban casadas o en unión y, de ellas, el 4,1 % se había casado antes de los 15 años. En otro orden, una de cada cuatro mujeres de entre 15 y 19 años se casan —mayormente— con hombres de 20 años o más (MINSAP-UNICEF, 2015). En el caso de los varones de 15 a 19 años, los que están actualmente casados o unidos representan el 6,7 % como valor promedio nacional y el 1,7 % se había casado antes de los 15 años. Al analizar el comportamiento por región resulta significativo que, mientras en las mujeres prácticamente no se aprecian diferencias, en el Oriente el 12,1 % de los hombres de 15 a 19 años se declaran casados o unidos, en contraposición al 0,2 % correspondiente en la región central. Llama la atención la diferencia en el comportamiento por sexo y regiones, que pudiera constituir indicador de los condicionamientos culturales de género y socioeconómicos.

La cobertura anticoncepcional del país resulta elevada, alrededor del 77 % (MINSAP, 2019:168). El 74 % de las mujeres casadas o en unión utilizan algún método de planificación familiar. Las adolescentes usan menos la anticoncepción que las mujeres de edades más avanzadas: el 60 % de las mujeres entre los 15 y los 19 años casadas o en unión usa algún método anticonceptivo, valor inferior al 72 % de uso en las mujeres entre 20 y 24 años o más. Los métodos más utilizados por las adolescentes cubanas son el condón masculino, el dispositivo intrauterino (DIU) y la píldora (MINSAP-UNICEF, 2015:64).

La necesidad total no satisfecha de anticoncepción comprende a las mujeres entre 15 y 49 años que desean espaciar los partos o limitar el número de la descendencia y no usan métodos anticonceptivos. En este sentido, el 8 % de la población en este rango etario muestra necesidades insatisfechas, mientras que de la población adolescente es un 22 % (MINSAP-UNICEF, 2015: Apéndice E, indicador 5.4, p. iv).

En asociación con esto, algunos estudios indican que el número de regulaciones menstruales ha descendido comparativamente en los

últimos años; aunque las cifras generan preocupación en tanto una parte importante se relaciona con la interrupción de embarazos en la adolescencia. El 92 % de las indicaciones de regulación menstrual es a causa de sospecha de embarazo y de estas, el 68,8 % resulta positiva a este diagnóstico; sin embargo, debe valorarse que después de las medidas de transferencia de tecnología a la Atención Primaria de Salud (APS) que condujeron a la introducción de los equipos de ultrasonido en los policlínicos, así como también al desarrollo de las regulaciones menstruales, se sistematizó la práctica del diagnóstico confirmado por ultrasonido ginecológico (USG).

Al respecto, el Dr. Albizu-Campos señala:

Combinando las tasas de aborto con el 68.8 % de las tasas de regulaciones menstruales, ambas por cada mil mujeres de 12 a 59 años, se obtuvieron tasas de interrupciones de signo diverso. La curva de las tasas observadas coincide con la de las tasas exclusivas de aborto calculadas y publicadas por Gran (2005). Construidas de forma anual, pareciera que el nivel de las interrupciones de embarazos en Cuba estaría declinando. Sin embargo, la aplicación de un método sencillo de tipificación en el que se ha aislado el efecto distorsionador del envejecimiento de la estructura de edades en el grupo de mujeres de 12 a 49 años de edad, concomitante con el proceso general de envejecimiento de la población cubana, permite hacer notar que, al menos desde 1993, es clara la tendencia al aumento del recurso a la interrupción voluntaria del embarazo en el país (Albizu-Campos, 2009:75).

Como otro elemento a valorar, se apunta que el nivel de la fecundidad en Cuba muestra bajos niveles sostenidos, por debajo del nivel de reemplazo desde 1978; en contraposición, las tasas específicas de fecundidad en la adolescencia muestran una marcada resistencia al descenso y se mantienen por encima de los 50 hijos por cada mil mujeres de este grupo de edades desde el año 2008. En 2018, alcanzó 54,6 nacidos vivos por cada mil mujeres de 15 a 19 años (*Apud.* Molina, 2017:95).

En otro orden, el Grupo de Trabajo para la Salud Integral en la Adolescencia, del MINSAP, realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo relacionado con las necesidades y problemas de las y los adolescentes, en el cual se utilizaron como técnicas los grupos focales, psicodramas y técnicas afectivas participativas en cuatro ciudades del país: Ciudad de La Habana, Sancti Spíritus, Granma y

Santiago de Cuba, con la participación de adolescentes y profesionales de varias disciplinas. Dicho estudio fue realizado entre los años 2005 y 2007 y no se reporta ninguno posterior.

Según estos trabajos las y los adolescentes identifican como principales necesidades o dificultades: el mejoramiento de la comunicación con los adultos (fundamentalmente la familia), la búsqueda de variadas opciones para pasar el tiempo libre y una mayor orientación de madres, padres y docentes, así como de orientación psicológica. En el ámbito de los profesionales, se reconocen iguales necesidades o dificultades, con variación de su jerarquización; sus principales preocupaciones son los problemas de comunicación con los adultos, pobre o inadecuado uso del tiempo libre, el embarazo precoz, las ITS, los accidentes, poca orientación general (sexual, vocacional u otra), la salud bucal y el acné, así como casos de inadaptación social. Llama la atención que la desprotección jurídica no constituye una necesidad sentida de este sector poblacional, lo que evidencia una naturalización de la carencia que no permite visualizarle.

El estudio referido no hace alusión a las necesidades de salud sexual, omisión que deviene de la citada desprotección en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, Álvarez y Rodríguez (2006) identificaron temas prioritarios en las esferas biológicas, psicológicas y sociales de los y las adolescentes: prácticas sexuales riesgosas, embarazo precoz, conocimiento sobre sexualidad y reproducción, actitudes, entre otras. También, proponen un enfoque preventivo y educativo de los servicios de salud sexual para esta etapa, pero, se debe sumar a esta visión la atención a demandas específicas emanadas de las necesidades vivenciadas y de los comportamientos sexuales de las y los adolescentes, teniendo en cuenta que la edad de inicio de las relaciones sexuales es cada vez menor, al igual que su diferenciación por territorios.

El Centro de Estudios sobre la Juventud (CESJ) realizó dos investigaciones —en los años 2003 y 2009— para determinar el conocimiento de niñas, niños y adolescentes cubanos acerca de sus derechos, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de las bases de una cultura de derechos en la sociedad mediante el desarrollo de estrategias de divulgación en valores y leyes nacionales e internacio-

nales. Aunque no se particularizan los contenidos específicos de este diagnóstico, algunas consideraciones pueden tenerse en cuenta⁴:

- La población infantil y adolescente cubana conoce, en sentido general, sus derechos. Este conocimiento muestra un ascenso paulatino y sostenido y puede relacionarse con las acciones de divulgación realizadas a tenor del Proyecto de Divulgación de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en sus años de existencia. Se evidencia que los derechos a la educación y la salud continúan siendo los más reconocidos.
- Ellas, independientemente de la edad, reconocen sus derechos en mayor medida que sus pares varones.
- Las vías por las que infantes y adolescentes han accedido al conocimiento sobre sus derechos son disímiles, aunque se refuerza el papel de los medios audiovisuales, específicamente la televisión, y de los adultos en sus roles de madres, padres y docentes.
- Los infantes y adolescentes reconocen que, mayoritariamente, en los ámbitos familiares y escolares se valoran sus derechos a la libre expresión, a ser escuchados y a respetar sus criterios.

Del análisis integral de la información recopilada, se puede deducir que, si bien los jóvenes manifiestan conocer sus derechos, se trata de un conocimiento formal: saben que tienen derechos, que viven en una sociedad de derechos en que la protección de la infancia y la adolescencia es una prioridad. Sin embargo, también pudiera concluirse que su grado de apropiación de ese conocimiento aún no les permite ser conscientes de la importancia del ejercicio y la protección de sus derechos como medios para el desarrollo íntegro de su personalidad y para la actuación ante posibles vulneraciones.

El Instituto Cubano de Investigación Cultural “Juan Marinello” de Cuba, entre los años 2008 y 2009, realizó una encuesta en zonas urbanas y rurales a adolescentes de 12 a 18 años, con el objetivo de conocer su consumo cultural. Se encontró que, de 12 a 14 años, las

4 Esta información aparece reflejada en el informe inicial de la República de Cuba en virtud del Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la venta de niñas y niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas y niños en la pornografía. CRC/C/OPAC/CUB/2, p. 69.

prácticas culturales de preferencia en la muestra fueron: ver televisión, jugar, conversar con amigos y oír música (más de un 96 %); leer (80,6 %), hacer ejercicios y pasear (76,7 %), escuchar la radio, ver videos y otros reproductores de sonido (62-66,2 %) y el 55,5 % o menos, acudir a bibliotecas, librerías, salas de video, cine, teatro, galerías, ferias y teatros.

El grupo de 15 a 18 años se caracterizó por la diversidad de sus prácticas culturales; como preferencia: escuchar música, ver televisión, compartir con amigos y familiares (el 95 % o más); el 86,6 % se inclinó por los carnavales y las parrandas; escuchar la radio, ver videos y hacer ejercicios, entre el 70-80 %; y por leer, entre el 60-70 % de los encuestados. Menos del 52 % prefiere visitar librerías y bibliotecas, acudir al teatro (por presentaciones humorísticas, preferentemente), visitar casas de cultura y galerías o museos⁵.

Por su parte, el Centro de Estudios de la Mujer de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) realizó en el año 2019 un estudio comparativo por grupos de edades en todos los aspectos abordados en la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género (ENIG-2016), con especial énfasis en el grupo de 15 a 29 años. Aspectos a destacar resultan:

- Concepciones, mitos y estereotipos de género: en general, los avances en un grupo de concepciones y valoraciones de género que se evidencian en la mayoría de la población (ENIG-2016) son compartidos también por los y las jóvenes. Las personas comprendidas entre los 15 y los 39 años, sobre todo en el grupo de 30 a 39 años, muestran más avances en dichas concepciones que los restantes grupos, mientras que son las de 65 a 74 años quienes conservan más prejuicios y estereotipos. Las mujeres jóvenes manifiestan las opiniones y valoraciones sobre género más avanzadas, en mayor proporción que los hombres.
- Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja: en las personas de 30 a 39 años se observan proporcionalmente mayores avances, seguidas por las de 15 a 19 años de edad, sobre

5 Un análisis similar en el contexto actual mostraría diferencias a partir de la relevancia alcanzada, en años más recientes, por otras fuentes de comunicación que utilizan las y los adolescentes, quienes consumen mucha información a través de las redes sociales, instagram y youtube.

todo las mujeres. Los hombres comparten similares mitos y valoraciones con independencia de su edad. El 50,4 % de los jóvenes de 15 a 29 años opina que la violencia en Cuba es poca, (51 % de los hombres y 49,9 % de las mujeres); el 29,2 % piensa que es mucha, más las mujeres (32,2 %) que los hombres (26,1 %); y un 9,3 % considera que no existe ninguna.

- Uso del tiempo: el grupo de 15 a 29 años declara dedicar el tiempo destinado a las actividades personales, principalmente a ver TV, videos, escuchar radio (14 horas semanales como promedio para ambos sexos por igual); a esto sigue visitar y compartir con amigos y familiares (7 horas semanales los muchachos y 5 las muchachas) y hacer ejercicios físicos o practicar algún deporte (4 horas semanales los muchachos y solo una las muchachas).

1.1. Morbilidad y mortalidad adolescente

Las principales causas de morbilidad y mortalidad continúan vinculadas a las conductas de riesgo, entre ellas se destacan los accidentes (sobre todo los de tránsito, caída de alturas y ahogamiento incompleto), suicidios y homicidios, en cifras similares a la mayoría de otros países, comprendiendo el 42 % de las causas; la diferencia estriba en la baja tasa de mortalidad que exhibe Cuba (MINSAP, 2018, cuadro 35:57). También, la reducción de las ITS en adolescentes constituye una preocupación del SNS, con independencia de los valores registrados, dado el bajo acceso y uso de las pruebas de diagnóstico por este grupo.

La mortalidad es relativamente baja en la adolescencia, con la particularidad de que algo más de la tercera parte de las defunciones puede evitarse. Las tasas de mortalidad para cada grupo de edad disminuyeron entre los años 2000 y 2010. A pesar de esta importante reducción respecto a las décadas de los años setenta y ochenta del siglo pasado, las lesiones no intencionales o accidentes aún afectan de forma desproporcionada a los más jóvenes, en los que llega a constituir la primera causa de muerte. El riesgo de morir es mayor en los varones y su principal causa resultan los accidentes del transporte.

La mortalidad por suicidio ocupa el segundo lugar en adolescentes de 10 a 19 años y muestra una tendencia descendente, al presentar una tasa inferior a 3 por cada 100 000 y un descenso del 27 % en el decenio. Por otra parte, los homicidios y las agresiones constituyen

la tercera causa de muerte, con pocas variaciones en los últimos años, después de un descenso producido desde el año 2005 al 2006.

Debe significarse que el uso indebido y tráfico de drogas ilícitas no resulta un problema de impacto social en Cuba, gracias a la labor educativa y de prevención llevada a cabo por el Estado, y tampoco existe en el país crimen organizado ni bandas juveniles dedicadas a la delincuencia. A fin de preservar esta favorable situación e impedir la incidencia del flagelo de la droga en la población, especialmente en la juventud, se mantiene un trabajo sistemático y coordinado de la Comisión Nacional para la Prevención y el Control de Drogas, dirigido a impulsar la labor educativa de las familias cubanas, de las organizaciones juveniles y de la sociedad en general.

1.2. Atención integral y especializada a la adolescencia

En los últimos veinte años se ha observado un cambio progresivo que, aunque difícil y complejo, muestra evidentes logros en la atención integral al adolescente. Indiscutiblemente en esto ha desempeñado un papel decisivo la APS con la creación hace más de treinta años del Programa de Medicina Familiar, ya que hasta ese momento solo existían algunas especialidades que se dedicaban de forma diferenciada a esta etapa de la vida.

Los servicios especializados para la atención de salud sexual infanto-juvenil se instauraron en Cuba en 1996 con las consultas municipales de Ginecología Infanto-Juvenil, concebidas fundamentalmente para la atención de niñas y adolescentes; sin embargo, estos diseños deben prever con mayor intencionalidad las necesidades de los varones e, incluso, incorporar la perspectiva relacional de género.

La Comisión Nacional de Salud para la Atención Integral a Adolescentes —creada en 1998 con subordinación a la Dirección Nacional del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil (PAMI)— está constituida por pediatras, ginecólogos infanto-juveniles, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, especialistas de higiene escolar, estomatólogos, epidemiólogos, entre otros, con carácter multidisciplinario e intersectorial. Esta entidad —que más tarde, en el año 2005, modificó su denominación a Grupo de Trabajo— elaboró, con el apoyo de otros especialistas, el *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes*, publicado en 1999.

Este grupo de trabajo tuvo a su cargo el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes (10-19 años), aproba-

do en el año 2000 e implementado en todo el país, en cuyos apartados 15 y 16 se destaca la extensión de la edad pediátrica hospitalaria hasta los 17 años, 11 meses y 29 días; atención diferenciada ambulatoria y hospitalaria mediante la creación de equipos de salud multi, inter y transdisciplinarios, consultas diferenciadas, salas, servicios o cubículos para ingresos en todas las instituciones de salud, Centros de Atención para el Desarrollo y Atención Integral a Adolescentes y la capacitación continua y especializada relacionada con la temática.

Asimismo, la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría —creada en 2002— favorece el trabajo intencionado hacia este grupo etario y se marca su labor en Congresos regionales y nacionales, así como en la impartición de cursos y talleres en todas las provincias. En este rubro se destacan los Diplomados de Ginecología Infanto-Juvenil y Atención al Niño y Adolescente Sano.

Desde el año 2018, con el apoyo del UNFPA, la Dirección Nacional del PAMI del MINSAP adaptó y aprobó los estándares de calidad para los servicios de salud integral a la adolescencia, con énfasis en la SSR que se implementan a través de la metodología de ampliación a escala.

De esta manera se atiende a desafíos persistentes en relación con la salud en la adolescencia, en el sentido de:

- Disminuir la mortalidad que, aunque es baja, está relacionada con causas externas en su tercera parte.
- Reducir la incidencia de los problemas referidos a la SSR (resistencia al descenso del embarazo y la fecundidad en estos grupos de edad, ITS, violencia, entre otros).
- Perfeccionar el ejercicio efectivo de los derechos y, en particular, los sexuales y reproductivos.
- Mejorar el acceso y uso de los servicios de salud con fines preventivos.

2. MARCO JURÍDICO GENERAL

El Estado cubano, como parte de su programa de justicia y desarrollo social iniciado en 1959, considera una prioridad la protección y garantía de los derechos de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. La nueva Constitución de la República de Cuba (CRC), aprobada en referéndum el 24 de febrero de 2019 y proclamada el 10 de abril de este propio año, dispone en su artículo 86 que:

El Estado, la sociedad y las familias brindan especial protección a las niñas, niños y adolescentes y garantizan su desarrollo armónico e integral para lo cual tienen en cuenta su interés superior en las decisiones y actos que les conciernen.

Las niñas, niños y adolescentes son considerados plenos sujetos de derechos y gozan de aquellos reconocidos en esta Constitución, además de los propios de su especial condición de persona en desarrollo. Son protegidos contra todo tipo de violencia.

En adición, el artículo 8 declara que “Lo prescrito en los tratados internacionales en vigor para la República de Cuba forma parte o se integra, según corresponda, al ordenamiento jurídico nacional. La Constitución de la República de Cuba prima sobre estos tratados internacionales”. Con ello, se refuerza la primacía del texto constitucional y se reitera el carácter imperativo de los acuerdos y convenciones que reconoce el artículo 20 del Código Civil cubano (CCc) cuando se estipula que “Si un acuerdo o un tratado internacional del que Cuba sea parte establece reglas diferentes a las expresadas en los artículos anteriores o no contenida en ellos, se aplican las reglas de dicho acuerdo o tratado”.

Con arreglo a sus responsabilidades como parte de la ONU, Cuba ha desplegado una política de compromiso con los instrumentos jurídicos internacionales proclamados por esta institución⁶. En consonancia, fue el primer país en firmar y el segundo en ratificar (7 de marzo y 17 de julio de 1980, respectivamente) la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y el Protocolo Facultativo de dicha Convención fue firmado en el año 2000.

El 26 de enero de 1990, Cuba firmó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la ratificó el 21 de agosto de 1991. El 25 de septiembre de 2001 ratificó el Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la venta de niñas y niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas y niños en la pornografía. Y, de igual forma, ratificó el 9 de febrero de 2007 el Protocolo Facultativo de la CDN, relativo a la participación de niñas y niños en los conflictos armados. Asimismo, el 1 de junio de 2007 ratificó el Convenio No. 33 de La Haya relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional, y el 6 de septiembre de 2007 ratificó la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.

En virtud de formalizar y reafirmar el compromiso del país con los postulados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el 28 de febrero de 2008 firmó ambos instrumentos. En el 2000, lo hizo con la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y, como parte de las acciones concretas en su labor de cooperación internacional para combatir el tráfico ilícito de migrantes y la trata de personas, la ratificó el 9 de febrero de 2007. Además, el 20 de junio de 2013 depositó los instrumentos de ratificación de los Protocolos para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niñas y niños, y contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementan dicha Convención. En julio de 2008, el país se adhirió a la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción y, en febrero de 2009, a la Convención Internacional para la Protección de las Personas contra las Desapariciones Forzadas.

6 Ver Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba.

El Estado cubano, en cumplimiento de estos compromisos y obligaciones internacionales y en correspondencia con su voluntad política, ha presentado periódicamente informes ante los correspondientes Órganos de Tratados y ha brindado información de referencia en el ámbito de los derechos y la protección de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Es importante señalar que nuestro país no pertenece al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, por no ser miembro de la Organización de Estados Americanos (OEA)⁷, por lo que los documentos jurídicos regionales dimanantes de dicha organización no forman parte de este análisis.

Con respecto al ámbito de estudio, el gobierno de Cuba ha suscrito importantes documentos internacionales resultantes de Conferencias Mundiales de la ONU para la vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, tales como:

- Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993),
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994),
- Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995),
- Resolución WHA57.12 Salud reproductiva: estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo (2004), y
- Resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre Mortalidad y Morbilidad Materna y Derechos Humanos (2009).

Asimismo, Cuba trabaja por el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030. Para el presente estudio resultan relevantes:

- El número 3, referido a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a cualquier edad. Tiene nueve metas, dentro de las cuales resalta la 3.7, que impulsa —hasta el año 2030— a garantizar el acceso universal a los servicios de SSR, incluidos los de planificación familiar, in-

7 Cuba fue expulsada de la OEA en 1961 y nuestro gobierno ha manifestado, en más de una ocasión, que no retornará jamás a dicha organización.

formación y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- El objetivo 5, relativo a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. En su meta 6 se proyecta a asegurar el acceso universal a la SSR y los derechos reproductivos, según lo acordado en el Programa de Acción del Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

2.1. Legislación nacional de alcance general

La nueva Constitución de la República de Cuba de 2019 supera lo ya alcanzado en la Constitución de 1976 y amplía la gama de derechos y garantías ciudadanas, así como asegura la continuidad al proyecto de justicia social de la Revolución cubana, que siempre ha tenido como centro al ser humano. En este sentido, el contenido de la igualdad como derecho, principio y valor social, potencia y enriquece lo que ha de traducirse en leyes posteriores de desarrollo⁸.

La Carta Magna dedica el artículo 13 a establecer los fines esenciales del Estado cubano, de los que cabe destacar los objetivos de “garantizar la igualdad efectiva en el disfrute y ejercicio de los derechos” (inciso d), “obtener mayores niveles de equidad y justicia social” (inciso e) y “garantizar la dignidad plena de las personas y su desarrollo integral” (inciso f); postulados que se desarrollan en el Título V “Derechos, deberes y garantías”. En este sentido, también es importante la ratificación expresa del carácter laico del Estado, en los preceptos 15 y 32 b) del texto constitucional.

El artículo 40 reconoce expresamente la dignidad humana como pilar y sustento de todos los derechos, como valor social básico y piedra angular de la existencia humana. El 41 confirma la responsabilidad estatal de garantizar a las personas “el goce y el ejercicio irrenunciable, imprescriptible, indivisible, universal e interdependiente de los derechos humanos en correspondencia con los principios de progresividad, igualdad y no discriminación (...)”.

8 Artículo 1. Cuba es un Estado socialista de derecho y justicia social, democrático, independiente y soberano, organizado con todos y para el bien de todos como república unitaria e indivisible, fundada en el trabajo, la dignidad, el humanismo y la ética de sus ciudadanos para el disfrute de la libertad, la equidad, la igualdad, la solidaridad, el bienestar y la prosperidad individual y colectiva.

Aunque el catálogo de derechos es amplio, resultan especialmente significativos los preceptos: 42, relativo a la igualdad ante la ley sin discriminación, y se refiere expresamente —de manera novedosa— a aspectos como el género, la orientación sexual⁹, la identidad de género¹⁰, la edad y la discapacidad, entre otras¹¹; 44, que apunta a las medidas de acción afirmativa promotoras de la equidad; 45, que

9 Ello incluso se correspondería con uno de los Objetivos de trabajo del Partido Comunista de Cuba aprobados en la primera Conferencia Nacional y que plantea: “Objetivo No. 57. Enfrentar los prejuicios y conductas discriminatorias por color de la piel, género, creencias religiosas, orientación sexual, origen territorial y otros que son contrarios a la Constitución y las leyes, atentan contra la unidad nacional y limitan el ejercicio de los derechos de las personas”.

10 El Código de Trabajo, Ley 116 de 2013, incluyó expresamente la orientación sexual, pero, lamentablemente, no así la identidad de género. Artículo 2.- Los principios fundamentales que rigen el derecho de trabajo son:

b) igualdad en el trabajo; todo ciudadano en condiciones de trabajar tiene derecho a obtener un empleo atendiendo a las exigencias de la economía y a su elección, tanto en el sector estatal como no estatal; sin discriminación por el color de la piel, género, creencias religiosas, orientación sexual, origen territorial, discapacidad y cualquier otra distinción lesiva a la dignidad humana.

11 El Código Penal, en el Título IX “Delitos contra los Derechos Individuales”, dedica su capítulo VIII, artículo 295, al Delito contra el Derecho de igualdad. Sería muy atinada su modificación en correspondencia con el nuevo texto constitucional. *Vid.* Código Penal. Título IX “Delitos contra los Derechos Individuales”, capítulo VIII, artículo 295. Delito contra el Derecho de igualdad.

Artículo 295.1. El que discrimine a otra persona o promueva o incite a la discriminación, sea con manifestaciones y ánimo ofensivo a su sexo, raza, color u origen nacional o con acciones para obstaculizarle o impedirle, por motivos de sexo, raza, color u origen nacional, el ejercicio o disfrute de los derechos de igualdad establecidos en la Constitución, incurre en sanción de privación de libertad de seis meses a dos años o multa de doscientas a quinientas cuotas o ambas.

2. En igual sanción incurre el que difunda ideas basadas en la superioridad u odio racial o cometa actos de violencia o incite a cometerlos contra cualquier raza o grupo de personas de otro color u origen étnico.

establece los límites para el disfrute de los derechos; 47, que evoca el derecho al libre desarrollo de la personalidad; 48, que consagra el respeto a la intimidad personal y familiar, su propia imagen y su voz, honor e identidad personal¹²; 72, que proclama el derecho de las personas a que se atienda y proteja su salud; y 73, referido a la educación. Capítulo aparte se dedica a las familias, iniciado con el derecho a fundar una familia, organizada como matrimonio o no, y en razón de vínculos jurídicos o de hecho, de naturaleza afectiva. En materia de igualdad de género y familia deben destacarse:

- El artículo 43 se centra en la igualdad entre mujeres y hombres, lo que complementa el pronunciamiento expreso del artículo 42 —sobre la no discriminación— con un más acabado reflejo del compromiso estatal por la igualdad de género al expresar que fomentará el empoderamiento de las mujeres desde lo individual y social, así como asegurará el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y las protegerá de la violencia de género en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, creando los mecanismos institucionales y legales para ello.
- El artículo 81 proclama el derecho de toda persona a constituir una familia, reconoce la multiplicidad de formas familiares, los vínculos por los que se constituyen, ya sea jurídicos o de hecho, la igualdad entre sus integrantes, la diversidad de sus fines y transparente con rango constitucional la voluntad política de protegerlas a todas por igual. Con ello se aparta del concepto clásico de familia (padre, madre, hijos) y muestra aceptación y respeto a la diversidad familiar existente en la sociedad.
- La formulación del artículo 82 alude a los elementos generales del matrimonio y rompe con la noción tradicional que lo considera como forma principal y más importante de constituir una familia. Lo declara como institución social y jurídica, como uno de los tipos de organización familiar, y refiere sus tres aspectos esenciales: la expresión de voluntad, el principio

12 Este artículo es desarrollado en los que siguen y actualmente se trabaja en la elaboración de la ley de protección de datos, a cargo de una Comisión Legislativa que rectora el Ministerio de Justicia.

de igualdad y la capacidad legal. Además, ordena a la legislación especial que sea ella quien se ocupe de realizar el desarrollo integral de su concepto.

Esa capacidad legal, que incluye la capacidad física (sexo y edad), la capacidad mental (que es la que permite brindar el consentimiento) y la ausencia de prohibiciones (por ejemplo, tener un matrimonio vigente, entre otras) debe y tiene que ser regulada en la norma familiar sobre la base del respeto a los principios y derechos constitucionalmente refrendados. En idéntico sentido, incorpora el reconocimiento de otra institución de gran relevancia, la unión de hecho, la que también habrá de ser regulada por el Código de Familia. Se trata de dos de las formas de constituir familia con un impacto similar a nivel social, por lo que su invocación de manera conjunta en el texto constitucional tiene una gran significación¹³.

- Los artículos 68 y 84 incluyen protección explícita a la paternidad junto a la maternidad. Ello —sin duda— contribuye significativamente a la responsabilidad compartida o corresponsabilidad en el ámbito familiar, lo que tiene un impacto positivo en la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Los artículos 43, 85 y 86 reconocen el derecho a una vida libre de violencia y el compromiso a enfrentarla, ratifican la importancia de la prevención y potencian la responsabilidad obligatoria del Estado en la implementación de normas jurídicas, políticas públicas y el perfeccionamiento de los mecanismos de protección a las víctimas.
- El artículo 87 expresa el reconocimiento del Estado, la sociedad y las familias al papel de las personas jóvenes como participantes activos del desarrollo social, en cuya virtud se crean las condiciones para el ejercicio de sus derechos y su desarrollo integral.
- Tres artículos (86, 88 y 89) se dedican a grupos históricamente vulnerables y que requieren de la mayor atención: las niñas, niños y adolescentes, las personas adultas mayores y las

13 Según los datos del último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2012, de las personas que manifestaron tener un vínculo conyugal estable, el 52 % estaban casadas y el 48 %, unidas (ONEI, 2014).

personas con discapacidad. Resulta de gran relevancia señalar a nivel constitucional la responsabilidad estatal y familiar de protección, atención, asistencia, así como las garantías para su inserción y participación social, en tanto se trata de elementos fundamentales en un contexto social caracterizado por la baja fecundidad sostenida¹⁴ y el creciente envejecimiento demográfico.

Interpretar estos artículos en su interrelación con otros fundamentales de la Constitución¹⁵, ayuda a comprender su carácter sistémico y la coherencia del texto en relación con el principio de igualdad y no discriminación, y su alcance para todas las personas, en particular para las mujeres, las niñas y las familias. Es válido apuntar que a pesar de lo novedoso y positivo de lo regulado en relación con la infancia y la adolescencia, se aprecian un grupo de carencias y retos en su aplicación. Entre las carencias sobresalen la inexistencia de un rango etario para ser considerado niño, niña o adolescente, la ausencia de un catálogo de derechos de la infancia y la adolescencia, con específica mención a los derechos sexuales y reproductivos, así como la indefinición respecto a cuál es la entidad encargada de coordinar y supervisar la protección de los derechos de las y los menores de edad; mientras que los retos se perfilan hacia el reconocimiento de la condición de las niñas y los niños como sujetos de derechos (su interés superior como principio), la capacitación y la elaboración de normas especiales y programas de desarrollo.

Otra norma jurídica vigente, de rango superior, es la Ley No. 16 de 28 de junio de 1978, *Código de la Niñez y la Juventud*. Desde sus Por Cuantos refleja la declaración de principios del Estado cubano

14 Según el *Anuario Demográfico de Cuba 2018*, la tasa de fecundidad es de 1,65 hijos por mujer, y la tasa específica de fecundidad de las adolescentes es de 54,6 por cada mil mujeres de ese grupo (ONEI, 2019).

15 A modo de ejemplo: el artículo 90, inciso g, regula el deber de respetar los derechos ajenos, y luego el capítulo dedicado a las garantías, en particular el artículo 99, plantea el derecho a reclamar ante los tribunales cuando se produzcan vulneraciones de los derechos consagrados en la Constitución.

de priorizar la atención a las nuevas generaciones y en su artículo 1 expresa que:

El Código de la Niñez y la Juventud regula la participación de los niños y jóvenes menores de treinta años en la construcción de la nueva sociedad y establece las obligaciones de las personas, organismos e instituciones que intervienen en su educación conforme al objetivo de promover la formación de la personalidad comunista en la joven generación.

Otros preceptos a destacar son el 9 y el 13, por su concepción integradora de la formación de la niñez y la adolescencia¹⁶. Esta norma, si bien en cuanto a los fundamentos y principios mantiene su vigencia, en el contenido temático responde a condiciones específicas de las décadas de los años setenta y ochenta, por lo que debe actualizarse con las nuevas tendencias de la legislación de protección integral de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La propia Constitución, en sus disposiciones transitorias, determina un grupo de normas jurídicas que —en plazo también establecido— han de ser modificadas; pero no son las únicas¹⁷, todo el

16 Artículo 9.- El Estado se esfuerza por garantizar a la joven generación las condiciones que permitan su desarrollo mediante un sistema integral y armónico que conforme en consideración y conjugue en forma adecuada los intereses sociales e individuales.

La sociedad ofrece iguales posibilidades a todos sus miembros, sin discriminación alguna, y propicia que los niños y jóvenes desarrollen sus capacidades, ejerzan sus derechos y cumplan sus deberes, con lo cual adquieran los méritos que determinan su promoción y ubicación en la vida económica, política y social, conforme al objetivo de lograr que cada ciudadano encuentre su lugar y bienestar en la colectividad.

Artículo 13.- El Estado socialista proporciona a la niñez y a la juventud una instrucción y educación integral y establece en forma progresiva las condiciones necesarias con este fin, independientemente de los recursos económicos de cada familia; se esfuerza por acrecentar y perfeccionar las instalaciones educacionales; por crear en los niños y jóvenes hábitos de lectura y estudio; por desarrollar sus habilidades laborales; por satisfacer sus intereses y necesidades culturales, deportivas y de sano esparcimiento, descanso y recreación, a la vez que presta especial atención a su salud.

17 La Carta Magna hace alusión a: la Ley Electoral; los reglamentos de la Asamblea Nacional, el Consejo de Estado, el Consejo de Ministros, de las asambleas municipales del Poder Popular y de sus consejos de

universo legislativo del país debe ser revisado y atemperado a las regulaciones constitucionales e internacionales suscritas. En ese camino, destacan las instrucciones del Consejo de Gobierno del Tribunal Supremo Popular en el ámbito de la solución de los conflictos familiares y personales que, desde el año 2007, han pautado la actuación del tribunal y de las partes en pos de la protección de niños, niñas, adolescentes y personas con discapacidad. Nos referimos, entre otras, a la Instrucción No. 187 de 2007, que establece un proceso familiar marcado por la oralidad, el activismo judicial, la comparecencia de las partes y la exploración del menor de edad. Aunque, bajo el signo del experimento en los municipios de Guanabacoa y Placetas, esta experiencia se extiende a todo el país con la Instrucción No. 216 de 2012. Dicha Instrucción establece un procedimiento transversalizado por el principio del interés superior del niño (ISN) con materialización de su escucha, intervención de la Fiscalía en representación de menores de edad, presencia de profesionales de otras ramas y un órgano jurisdiccional apegado a la justicia, como aspectos de relevancia. Por último, en marzo de este propio año 2019 se dicta la Instrucción No. 244 que instrumenta los procedimientos para el ejercicio y la defensa de los derechos subjetivos de las personas con discapacidad.

Por otra parte, la Ley No. 41 del 13 de julio de 1983, Ley de Salud Pública, tal como refleja su artículo 1, rige las relaciones sociales en el contexto específico de la salud pública, con “el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social”. En precepto posterior¹⁸ define la organización de la salud pública y la prestación de los servicios, basados en:

(...) el reconocimiento y garantía del derecho a una atención de salud adecuada y en cualquier lugar del territorio nacional; el carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios y de la asistencia médica; el carácter social del ejercicio de la medicina; la orientación

la administración; Ley de Procedimiento Penal; Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico; el Código de Familia; y, en sentido genérico, a las modificaciones legislativas requeridas para hacer efectiva la posibilidad de los ciudadanos de acceder a la vía judicial para reclamar sus derechos.

18 *Cfr.* Art. 4.

profiláctica como función altamente priorizada de las acciones de salud; la aplicación de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales; la participación activa y organizada de la población en los planes y actividades de salud pública¹⁹; y, la colaboración internacional.

Su capítulo II, relativo a la atención médica y social, dedica la Sección Tercera al adolescente, y expresa en su artículo 27: “El Sistema Nacional de Salud en coordinación con las instituciones estatales y con la colaboración de las organizaciones sociales y de masas y la participación activa de la comunidad contribuye a elevar el nivel de salud del adolescente”. Corresponde al Decreto No. 139 de 1988, Reglamento de la Ley de Salud Pública, desarrollar esta prioridad. Así, el capítulo II, “De la atención médica y social”, sección octava, artículos del 46 al 48, establece que la atención médica preventivo-curativa al adolescente se garantice de acuerdo a lo establecido en el PAMI, y se le brinden consultas de forma escalonada en las instituciones del SNS, con personal médico calificado, adiestrado en el manejo de las patologías y trastornos que se presentan en esa etapa de la vida.

Por otra parte, la atención del SNS se concibe integrada a otras instituciones estatales, a las organizaciones sociales y a la comunidad,

19 En este proceso ha jugado un papel fundamental la FMC, organización no gubernamental creada en 1960 por voluntad de las propias mujeres. El tercer Por Cuanto del Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la IV Conferencia de la Mujer de Beijing, China, le reconoce “...como el mecanismo que ha promovido el avance de la mujer y la conquista de sus verdaderos derechos humanos”. Desde sus inicios ha trabajado por el logro de la igualdad de género y en el desarrollo de Programas sobre Educación Sexual, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en general. Si bien todas estas acciones se han desplegado conjuntamente con el MINSAP, la FMC siempre ha estado presente como defensora de los derechos de mujeres y niñas. Cabe resaltar el impacto producido por los Programas de Salud que tienen un carácter universal y gratuito, entre ellos los de SSR. Importante ha resultado la labor de sensibilización que desarrolla a través de sus publicaciones periódicas *Mujeres y Muchachas*, la acción de más de 79 000 Brigadistas Sanitarias, las 173 Casas de Orientación a la Mujer y la Familia y la colaboración voluntaria de especialistas de diferentes profesiones, en número de 10 927.

señalando que se prestará especial atención al adolescente de 13 a 16 años de edad que no estudie ni trabaje por causas médicas o sociales. Cuestionable resulta la determinación de ese rango etario y ello debe reevaluarse para atemperar la norma a las tendencias más actuales de protección a este grupo humano, las que han sido asumidas plenamente por el propio MINSAP y recogidas en su Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia.

Finalmente, el artículo 48 del Reglamento indica a las unidades del SNS promover “actividades de educación sanitaria dirigidas al adolescente y encaminadas a prevenir el embarazo de la mujer joven, orientando medidas anticonceptivas, consejos genéticos, de prevención de las enfermedades venéreas y otras patologías de la esfera sexual, así como otros aspectos propios de su psicología”.

Esta regulación nos muestra que el SNS cubano desde su propia concepción consideró los aspectos relacionados con la SSR de las y los adolescentes. Obviamente, dada la fecha en que se aprobaron la ley y su Reglamento, no se hace referencia expresa a ello y queda obsoleta la terminología utilizada, por lo que se hace necesaria su actualización.

En Cuba no existe una ley específica sobre derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, el Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la IV Conferencia de la Mujer de Beijing²⁰ aborda con amplitud los aspectos relativos a la SSR, 11 de los cuales inciden en adolescentes y jóvenes:

71. Fortalecer la perspectiva de género en todos los programas de salud, en general y en especial en los de salud sexual y reproductiva, profundizando en la prevención y atención a enfermedades de trans-

20 Este Plan de Acción Nacional es un acuerdo del Consejo de Estado de la República de Cuba —con fuerza de ley— como resultado del Seminario Nacional “Las Cubanas de Beijing al 2000”, organizado por el Consejo de Estado de la República de Cuba y la FMC en pos del cumplimiento de las líneas de acción trazadas por la IV Conferencia de la Mujer de Beijing, China, de 7 de abril de 1997. Su implementación —explícita en su contenido— constituye responsabilidad del Estado con la participación de todos los Organismos y el aporte de las ONG vinculadas a este trabajo; en especial, y muy particularmente, la FMC, tal como queda reflejado en su cuarto Por Cuanto.

misión sexual, el de salud mental, el de enfermedades crónicas no transmisibles.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación.

72. Continuar de manera sistemática y permanente la actualización de contenidos teóricos y metodológicos sobre Educación Sexual, en los Programas de Educación y Orientación dirigidos a padres y maestros, de manera que permita una participación más activa en la educación de los niños y jóvenes, libre de estereotipos constituidos socialmente.

Responsables: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública.

73. Enriquecer los programas de educación sexual impartidos a médicos y enfermeras de la familia así como a otras personas que realizan trabajo comunitario, haciendo énfasis en la afectividad, en la solidaridad, en el respeto mutuo y en la responsabilidad compartida en la vida sexual y familiar.

Responsable: Ministerio de Salud Pública.

Participantes: Ministerio de Educación Superior, Ministerio de Educación.

74. Sistematizar los controles a los Programas de Educación Sexual y su puesta en práctica por parte de los Ministerios de Salud Pública y Educación.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación.

75. Reforzar la atención al trabajo educativo-preventivo encaminado a la reducción del embarazo temprano y el aborto, con la participación activa de ambos miembros de la pareja, insistiendo en la preparación para una sexualidad plena, enriquecedora y responsable.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación.

76. Continuar perfeccionando la atención integral psicológica y social a la mujer en los servicios de aborto, con el objetivo de orientarla y ayudarla a tomar una decisión informada.

Responsable: Ministerio de Salud Pública.

77. Continuar trabajando por lograr que se cumpla cabalmente todo lo establecido en el Programa de Maternidad y Paternidad Conscientes con respecto a la participación del padre u otro familiar en el trabajo de parto y parto para contribuir a fomentar la responsa-

bilidad en el acontecimiento del nacimiento del niño y su posterior cuidado y educación.

Responsable: Ministerio de Salud Pública.

80. Incrementar las acciones de información y prevención de la enfermedad de transmisión sexual VIH/sida, teniendo en cuenta las especificidades de su repercusión en las mujeres.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Instituto Cubano de Radio y Televisión.

81. Continuar trabajando a fin de lograr un incremento de las acciones para elevar la disponibilidad de los medios anticonceptivos modernos, para hombres y mujeres, tanto en cantidad, calidad, como variedades, con el objetivo de aumentar la efectividad, eficacia y especialmente la seguridad de la pareja y de la mujer en particular.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica, Instituto Cubano de Radio y Televisión.

82. Brindar mayor información y orientación a la mujer acerca de las enfermedades más frecuentes que la afectan, para mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Responsables: Ministerio de Salud Pública, Instituto Cubano de Radio y Televisión.

84. Continuar perfeccionando la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen, garantizando una mayor intimidad y confidencialidad.

Responsable: Ministerio de Salud Pública.

Este Plan de Acción y los tres seminarios que con posterioridad se han realizado para analizar su cumplimiento, constituyen un ejemplo tangible de la permanente y adecuada lectura de género a nuestras políticas públicas y a la legislación. En cada Seminario de Evaluación se han creado comisiones interinstitucionales y multidisciplinarias dedicadas a justipreciar logros y obstáculos en el plano legislativo, así como en el específico de los derechos sexuales y reproductivos, lo que demuestra la voluntad política de avanzar en estos aspectos.

En el III Seminario Nacional de Evaluación realizado el 28 y el 29 de mayo de 2013, la Comisión No. 2, sobre Salud y Derechos

Sexuales y Reproductivos, señaló en su Dictamen²¹, entre otros, los siguientes avances y recomendaciones:

- Se han elaborado materiales educativos para este tema por la FMC y la Editorial de la Mujer, así como el MINSAP y el CENESEX [Centro Nacional de Educación Sexual], dirigidos a las mujeres y a los hombres.
- Se modificó en el 2003 la Ley de Maternidad, por el Decreto- Ley No. 234 “De la maternidad de la trabajadora”, lo que constituye un importante paso desde la legislación para modificar el estereotipo de que solo las madres son las responsables de la crianza de los hijos/as y permite a los padres disfrutar también de este derecho.
- Se avanza en el fortalecimiento de la transversalización de género en los programas de salud a través de la sensibilización, capacitación y en el componente educativo de la Respuesta Nacional a las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/sida, persistiendo brechas asociadas a esta condición.
- En los Congresos Nacionales de Ginecología, Enfermería y Educación Sexual, se han dedicado espacios para el desarrollo de simposios y conferencias sobre el enfoque de género en la salud reproductiva.
- En el CENESEX se implementaron servicios de salud sexual, se desarrollaron investigaciones²² sobre la toma de decisiones reproductivas en la adolescencia y elaboraron diferentes programas para la formación de promotores adolescentes en salud sexual. Se constituyó la Red de Jóvenes por la Diversidad, con participación de adolescentes y ha contribuido a la formación de activistas mujeres

21 Documento consultado en la Dirección Nacional de la FMC.

22 En PROSALUD (Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades), existe desde hace muchos años, con participación de la Dirección Jurídica, una consultoría legal para las personas con VIH, en la que se les orienta en temas de diversa índole. Específicamente, esta unidad de subordinación nacional es la encargada en el Sector de la promoción y educación de salud y, conjuntamente con la FMC y la SOCUDEF (Sociedad Científica Cubana para el desarrollo de la Familia), trabaja en la promoción de salud, la capacitación del personal y el aseguramiento técnico para el acceso y uso de métodos de protección.

y hombres entre las redes sociales comunitarias. En esta institución se promueven Jornadas contra la Homofobia y la celebración del Día Mundial de Salud Sexual en las comunidades, se generaron espacios de discusión e intercambio académico y científico en materia de violencia contra las mujeres, implementándose un Servicio de Orientación Jurídica (SOJ) a personas cuyos derechos sexuales han sido vulnerados. Su Editorial ha socializado información sobre temas de Violencia Familiar y Salud Sexual.

- Se emitió la Resolución No. 126/2008 a través de la cual se disciplinan los procesos relacionados con la atención integral a personas transexuales y se establece la Comisión Nacional. De esta manera, se reconoce y garantiza el derecho, a la libertad sexual y autonomía sobre los cuerpos de las personas transexuales.
- En los Programas de Atención Integral al Adolescente, Educación Integral en la Sexualidad y de Reducción de la morbilidad y mortalidad materna, se definieron las acciones a desarrollar en la atención primaria para la reducción del embarazo temprano y la seguridad del aborto, reforzando el principio de la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos.
- Se ha desarrollado un movimiento de formación de promotores en salud sexual entre adolescentes y jóvenes tanto en las escuelas como en las comunidades y elaborado materiales educativos encaminados a lograr una conducta sexual responsable y plena, incluidos la aceptación de la diversidad sexual como un derecho reconocido, incrementándose los servicios amigables en salud sexual y reproductiva, dirigidos a adolescentes y jóvenes.
- Se avanza en la calidad de la información que se brinda a la mujer que asiste a las consultas de planificación familiar, regulación menstrual y a los servicios de aborto.
- Se pone en vigor —en el año 2014— la Resolución Ministerial que aprueba las Guías Metodológicas para todos los tipos de Terminación Voluntaria del Embarazo.
- Para elevar la seguridad del aborto se acreditaron el 100 % de los servicios y se introdujo el Misoprostol, (para el aborto medicamentoso), garantizándose cobertura del 38 %, se priorizan fundamentalmente las adolescentes y casos de violación sexual.
- Se incrementa el número de mujeres en edad sexualmente activa alcanzadas con acciones de información, educación y comunicación en prevención de las ITS-VIH/sida, tomando en considera-

ción el comportamiento de la epidemia en este grupo, las necesidades de aprendizaje y las desigualdades de género identificadas y se incrementan la formación de promotoras para la prevención de las ITS-VIH/sida.

- Como parte del programa de la Red de Personas con VIH, se han realizado reuniones de mujeres seropositivas debatiendo temas de interés para esta población y capacitación a las coordinadoras sobre auto cuidado, auto responsabilidad con su salud y prevención de la transmisión materna infantil del VIH.
- Cuba ha mantenido en los últimos años elevada y estable cifra de cobertura anticoncepcional (78 %). Se ha mejorado el acceso a los condones, incrementándose la variedad del producto en los puntos de venta tradicionales y no tradicionales, con énfasis en las localidades más afectadas por el VIH.
- Se diseñó una estrategia de comunicación social integral para el abordaje de los temas de salud que más afectan la calidad de vida de las mujeres y las familias, entre ellos la declaración de no transmisión de sífilis y VIH de madre a hijo, incrementándose el tiempo y frecuencia de participación de los profesionales del sector, en espacios que nos brindan los telecentros y emisoras locales, transmitiendo mensajes mediante materiales audiovisuales, entrevistas, comentarios y reportajes, dirigidos a lograr hábitos y estilos de vida más saludables

RECOMENDACIONES:

- El Ministerio de Salud Pública deberá perfeccionar los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los elementos estructurales de las desigualdades según orientación sexual e identidades de género y crear entornos potenciadores de la igualdad de género a nivel de la Atención Primaria de Salud.
- Desarrollar una Red de Servicios de Orientación y Terapia Sexual en todos los niveles del Sistema de Salud, sin discriminación y con respeto a la diversidad.
- El MINSAP, el ICRT y el Ministerio de Trabajo deben incrementar la divulgación para ampliar el conocimiento a la población sobre los beneficios del Decreto Ley 234 “De la Maternidad de la trabajadora”.
- Perfeccionar el accionar del Programa de Educación Integral de la Sexualidad, para fomentar una sexualidad más responsable, me-

jorar el conocimiento y uso de anticonceptivos, con énfasis en la responsabilidad de los varones y contribuir a reducir embarazos indeseados y el aborto como medio de regular la fecundidad en los adolescentes.

- Garantizar disponibilidad de condones femeninos y ampliar el acceso a anticonceptivos de calidad, estimulando el uso de orales e inyectables hormonales.

3. SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS Y MECANISMOS ESPECÍFICOS DIRIGIDOS A LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD

En las más recientes presentaciones de informes de Cuba ante el Comité de los Derechos del Niño²³, el gobierno ha reconocido que no cuenta con una instancia gubernamental central que se encargue específicamente de la aplicación de la Convención, conforme el instrumento prescribe. Sin embargo, ha expresado que eso no significa que el país carezca de una efectiva coordinación interinstitucional y multidisciplinaria a nivel nacional con la participación de múltiples actores, así como de mecanismos para promoverla.

Existe un sistema nacional interinstitucional para la atención a la infancia y la adolescencia que se apoya en equipos multisectoriales coordinados que participan en los programas y proyectos en materia de salud, educación, seguridad social, turismo, comunicación masiva e incluye a los tribunales, la Fiscalía y el Ministerio del Interior (MININT) en sus diferentes niveles.

El país cuenta con el Plan de Acción Nacional para la Infancia, la Adolescencia y sus Familias (PANIAF), actualizado para la etapa 2015-2020, que toma como referencia el documento “Un mundo apropiado para los niños y las niñas” del período extraordinario de se-

23 Se alude a la presentación que realizó Cuba en 2011 sobre el cumplimiento de la CDN; las efectuadas en septiembre de 2015 en relación con los Protocolos Facultativos de la Convención relativos a la venta de niñas y niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas y niños en la pornografía, y a su participación en los conflictos armados; y al tercer informe al Comité de Derechos del Niño, de 2017.

siones de la Asamblea General de Naciones Unidas para la Infancia, las áreas prioritarias del Programa de Cooperación de UNICEF con el gobierno de Cuba y los planes de los Organismos de la Administración Central del Estado en el ámbito de la atención a niñas, niños, adolescentes y sus familias.

El PANIAF considera como ejes transversales a la diversidad socioeconómica y cultural de la familia, el enfoque de género, color de la piel, territorio y orientación sexual, entre otras. Su valía estriba en que constituye una especie de plataforma programática que comprende todas las áreas de atención a las niñas, niños y adolescentes en el país; pero, no contiene dentro de sus elementos el análisis de impacto en la infancia y la adolescencia, que debiera llevarse a cabo en relación con toda norma jurídica o política nacional, a fin de valorar su incidencia en estos grupos.

Se trata de un documento trascendente que expresa la aspiración de un Estado y su empeño por proteger a niños, niñas y adolescentes en la plenitud de sus derechos e intereses; sus propuestas se articulan con las metas del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) en Cuba y los Programas de País de Cuba con las distintas agencias que atienden temas relativos a infancia y adolescencia, como son: UNICEF, UNFPA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). A pesar de ello, el PANIAF no posee la divulgación y la accesibilidad necesarias para ser un Plan de alcance nacional y, hasta el mes de agosto de 2019, no se tiene constancia de que se haya llevado a cabo alguna valoración, aunque expresamente establece como mecanismo de monitoreo y evaluación el seguimiento periódico de su implementación y la realización de evaluaciones anuales por áreas, una evaluación integral de plazo medio y una evaluación final.

Actualmente, se analiza la creación de una entidad que se encargue de atender el tema de la infancia y la adolescencia para dar seguimiento a las políticas a partir de un enfoque preventivo. En este sistema corresponde un rol fundamental a los Organismos de la Administración Central del Estado; principalmente, al MINSAP, al Ministerio de Educación (MINED), al Ministerio de Cultura (MINCULT), al Ministerio de Justicia (MINJUS), al Ministerio

del Turismo (MINTUR), al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) y al MININT. Son ellos los que elaboran las estrategias para proteger y fomentar la protección de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en todo el país y los que coordinan su puesta en marcha de conjunto con el resto de los organismos gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil.

Entre los Programas destacan: Por un Mundo al Derecho, coordinado por el MINJUS, y el Programa de Atención de las Personas con Discapacidad, coordinado por el MTSS; también, los planes de acción nacional y de instituciones, por ejemplo, el Plan de Acción Nacional para la Prevención y Enfrentamiento a la Trata de Personas y la Protección a las Víctimas, período 2017-2020. MINED-SNTECD, período 2017-2020 (RM. 46/2018), y, el Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y de Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación (RM. 139/2011).

En clave de SSR, dirigidos por el MINSAP y bajo la cobertura del PAMI, pueden señalarse: el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual, coordinado por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX); el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia y el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable, coordinados ambos por el Departamento Materno-infantil y Planificación Familiar; y, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH/sida (2014-2018) y Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH/sida y las hepatitis (2019-2023), coordinado por el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el Sida (GOPELS).

La pertinencia social de estos programas radica en que tienen como objetivo incrementar la cobertura y mejorar la atención integral en dicha esfera, con un enfoque de género, para contribuir a elevar la calidad de vida de las personas. En este sentido permite redimensionar los recursos disponibles en el SNS, con la participación activa de las y los beneficiarios y sus familias; así como la comunidad, las instituciones locales y las organizaciones sociales y de masas; a través del desarrollo de actividades de información, educación, comunicación, preventivas, curativas y rehabilitadoras, docentes y de investigación.

De trascendental importancia es la Comisión Permanente de Atención a la Juventud, la Niñez y la Igualdad de Derechos de la Mujer de la Asamblea Nacional del Poder Popular; órgano supremo

del poder del Estado en Cuba que desempeña valiosas funciones de asesoramiento, evaluación, investigación, control y otras, encaminadas a prever y proteger los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.

Esta Comisión tiene plena autoridad y capacidad para monitorear y coordinar las acciones entre las autoridades nacionales y locales (provincias y municipios), así como iniciativa legislativa, lo que implica que puede promover la adopción de normas jurídicas (artículos 108, 118 y 164 de la Constitución). Por su conducto, se estudian y proponen diversas disposiciones jurídicas y se favorece la adopción de medidas para garantizar su eficacia, en los temas de infancia y mujer. En todos los períodos ordinarios de sesiones de la Asamblea, la Comisión discute informes relacionados con el cumplimiento de las prioridades que tiene el Estado en las materias de atención, los ministerios rinden cuenta a las diputadas y los diputados de las acciones acometidas, se procede al debate y se adoptan acuerdos que pueden derivar en investigaciones a nivel local.

La Fiscalía General de la República (FGR), según la Constitución de la República y el artículo 1 de la Ley No. 83 de la Fiscalía, vela por el control y la preservación de la legalidad, sobre la base del estricto cumplimiento de todas las disposiciones legales. Tiene entre sus funciones la representación de menores de edad (art. 8 g) y por ello la ley dedica el Capítulo IV a su protección, determinando las facultades y deberes que le corresponden en el sentido de representarles cuando carezcan de representante legal o cuando los intereses de este sean contrapuestos a los del menor, visitar unidades de policía y Escuelas de Formación Integral (EFI), así como examinar todo tipo de documentación relativa a su situación.

La Ley No. 59 de 1987, Código Civil, en su artículo 60, refiere la representación fiscal a las y los menores de edad e incapacitados, con intereses opuestos a sus representantes legales. Asimismo, la Ley de la Fiscalía regula (art. 18) que en el ejercicio de la función de control y preservación de la legalidad tiene la facultad de “asumir en procesos civiles, de familia y en cualquier otro, la representación de menores de edad, y personas incapaces o ausentes que carezcan de representante legal o cuando los intereses de este sean contrapuestos a los del menor, incapaz o ausente (...)”. En consonancia, la Ley de Procedimiento Civil, Administrativo, Laboral y Económico (LPCALE) regula la intervención de la Fiscalía en diferentes tipos procesales

(arts. 46-48, 583 y 584) y prevé la tramitación en proceso sumario (art. 358.2) de “los conflictos que surjan con motivo del ejercicio de la patria potestad cuando la ejerzan ambos padres”, para resolver las situaciones conflictuales que se provoquen a partir de desacuerdos entre progenitores sobre la forma de ejercitar los deberes inherentes a la patria potestad o para aquellos conflictos que puedan suscitarse entre los progenitores y sus hijos e hijas menores de edad en cuestiones de gran relevancia.

Sobre las previsiones normativas referidas a la representación de niñas, niños y adolescentes por la Fiscalía y su aplicación práctica, puede decirse que:

- La derogada Constitución (art. 127) y la vigente (art. 156) definen como misiones fundamentales de la FGR: ejercer el control de la investigación penal y el ejercicio de la acción penal pública en representación del Estado, así como velar por el estricto cumplimiento de la legalidad. En función de ello, la mayor parte de sus esfuerzos se destinan a la política penal y al enfrentamiento a la actividad criminal, sin que puedan equipararse los recursos materiales y humanos que se destinan a este fin, con los que se utilizan en la protección de los derechos de la infancia u otras situaciones civiles y familiares.
- Las normas jurídicas prevén la defensa de las y los menores en los procesos no penales solo cuando carezcan de representación, existan intereses contrapuestos con quienes le representan o entre quienes le representan (madres, padres o tutores), sin tener en cuenta que puede haber acuerdo y este no contemplar el ISN, o también pueden existir discrepancias entre lo que la Fiscalía valore como interés superior de las y los menores de edad y lo que estos consideren.
- En los procesos penales, solo representa la Fiscalía cuando se trata de las víctimas, pues para los acusados rige la defensa letrada a cargo de la Organización Nacional de Bufetes Colectivos.
- La sociedad en general no visualiza a la Fiscalía como velador de los derechos de niñas, niños y adolescentes y, especialmente, estos grupos no la asumen como tal; alcanzar ese reconocimiento requiere de especialización académica, mayor

promoción de su labor y de un monitoreo de la situación de los derechos de la infancia en el país.

En sentido general se aprecia una preocupación legislativa extendida a las distintas materias en aras de la representación y defensa de las personas en situación de vulnerabilidad. Llama la atención que la nueva Constitución no realza esta función entre las propias de la FGR; sin embargo, a tono con la normativa propia y a conciencia de su papel, se creó una dirección de Protección a la Familia que despliega esfuerzos por una mayor capacitación y activa participación en los procesos, con apego no solo a la ley, sino también a ese justiciable —sujeto de derecho— que dada su vulnerabilidad requiere de cabal representación. También podría pensarse en otras fórmulas, a semejanza de los defensores del niño²⁴, las defensorías públicas o los defensores de oficio, pero ello con mirada de futuro; en las condiciones actuales, corresponde a la Fiscalía hacerlo y hacerlo bien.

24 En otros países, la representación del niño no corresponde a la Fiscalía, sino a la defensoría pública, a defensores especializados de los Institutos de Infancia o a abogados litigantes que, de oficio o pagados por las partes, se encargan de la representación de sus intereses en el proceso.

4. EDAD Y CAPACIDAD JURÍDICA PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS

Respecto al rango de edades que abarca la juventud existe diversidad de criterios entre los países. El documento *Análisis de las Legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina*, estudio regional que sirve de base a este diagnóstico, no pudo establecer mínimos comunes en el área y analizó el contexto de cada país para comprender el impacto que pueden tener las políticas públicas en SSR; igualmente, a los efectos de que estas políticas fueran efectivas, alertó sobre la necesidad de tener en cuenta la población adolescente que inicia sus relaciones sexuales a temprana edad. Por esa razón, consideró necesario contrastar la edad de consentimiento de las relaciones sexuales con el límite inferior del rango de edad que se define por juventud, en atención a que la ley les otorga consentimiento antes de ser considerados propiamente como jóvenes (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015).

Este estudio también señala que “El ejercicio de los derechos de toda persona es libre y personal, sin embargo, el ejercicio de derechos de los adolescentes y jóvenes depende principalmente de la capacidad jurídica que estos posean, según se establece en cada legislación. En este sentido, es necesario definir la capacidad, las formas de obtenerla y sus consecuencias según la edad” (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015:4). Si bien todo ser humano tiene capacidad para ser titular de derechos y obligaciones desde su nacimiento, solo puede ser sujeto de relaciones jurídicas al adquirir la plenitud de capacidad jurídica, es decir, ejercer sus derechos y obligaciones sin necesidad de representación de sus progenitores o tutores. Esta capacidad jurídica se adquiere con la emancipación de la persona, por alcanzar la mayoría

de edad o por otras causas legalmente previstas, entre las que destaca el matrimonio del menor de edad.

El estudio también advierte que el arribo a la mayoría de edad²⁵ y, por consiguiente, la obtención de la plena capacidad jurídica no guarda relación

(...) con la competencia que tienen las y los adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, pues la autonomía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos no están ligados a la capacidad. En este sentido, es necesario desarrollar cada una de las condiciones que establecen las legislaciones o políticas públicas de atención de salud para identificar las edades en que las y los adolescentes son capaces de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (ONUSIDA, UNFPA y UNICEF, 2015:5).

En el caso cubano, especialmente en lo referente a la edad, la legislación nacional tiene una disparidad en cuanto al límite etario superior de la infancia, según las materias jurídicas de que se trate. Por ello, al momento de la ratificación de la CDN, el Gobierno realizó una Declaración, en el sentido de que “en referencia al artículo 1 del Convenio, el Gobierno de la República de Cuba, en virtud de la legislación nacional en vigor, la mayoría de edad no se alcanza a los 18 años a los efectos del pleno ejercicio de los derechos cívicos”. Resulta necesario puntualizar que aunque el gobierno ha expresado que realiza grandes esfuerzos para atemperar la legislación nacional con los postulados de la CDN en materia de la edad, este ha sido uno de los problemas señalados por el Comité de los Derechos del Niño, en ocasión de la presentación de los exámenes periódicos en 1997, 2011 y 2017²⁶.

25 Honduras y Nicaragua establecen la mayoría de edad a los 21 años, mientras que el resto de los países, a los 18 años.

26 El Comité de los Derechos del Niño, en el 57 período de sesiones, en el mes de junio de 2011, donde se realizó el Examen del Informe presentado por Cuba, señaló en sus Observaciones finales (CRC/C/CUB/CO/2):

IV. Principales motivos de preocupación y recomendaciones

B. Definición de niño (artículo 1 de la Convención)

22. El Comité expresa preocupación porque según la legislación del Estado parte la mayoría de edad se alcance a los 16 años, en particular

De acuerdo a la legislación vigente en el país:

- La plena capacidad civil para ejercer derechos y realizar actos jurídicos se adquiere a partir de los 18 años y por el matrimonio del menor de edad, a tenor del Código Civil. Esta propia norma reconoce también cierta capacidad, aunque restringida, a los menores de edad que han cumplido 10 años para satisfacer necesidades normales de la vida diaria. Las Instrucciones Nos. 216 de 2012 y 244 de 2019, del Consejo de Gobierno del Tribunal Supremo Popular, prevén la posibilidad de escucha de las y los menores en función de su capacidad progresiva y la participación de personas que viven con discapacidad en la medida de sus posibilidades, pero ello se circunscribe a la solución de conflictos en sede judicial.

por lo que respecta a la edad mínima para el matrimonio, la edad de responsabilidad penal, la protección contra la corrupción de menores y la protección contra el trabajo nocturno. Además, al Comité le preocupa la información proporcionada por la delegación de que el Estado parte no tiene la intención de retirar su declaración sobre el artículo 1 de la Convención, ya que actualmente se está revisando la legislación a fin de armonizarla con la Convención.

23. El Comité pide al Estado parte que priorice la revisión y modificación, según corresponda, de las leyes vigentes, entre otras, el Código de la Familia, el Código Penal y el Código de Trabajo, a fin de elevar la mayoría de edad a los 18 años, de conformidad con la Convención, y que considere la posibilidad de retirar su declaración relativa al artículo 1 de la Convención, aunque aún no haya terminado la revisión de la legislación pertinente.

El Gobierno de la República de Cuba en el documento que expresa sus opiniones sobre las Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño sobre su segundo informe periódico, emitió al respecto el siguiente criterio:

B. Definición de niño (Art. 1 de la Convención) (Párrafos 22 y 23).

El Estado cubano no puede retirar la Declaración hasta tanto haya concluido el proceso de armonización de las edades en la legislación, cuestión que, como se explicó exhaustivamente al Comité, se encuentra sujeta a estudio actualmente. Cuando estas transformaciones legislativas se realicen, será posible retirar la Declaración.

- La mujer y el hombre mayores de 18 años de edad están autorizados para formalizar matrimonio; no obstante, con carácter de excepción y por causas justificadas, las personas autorizadas por Ley podrán otorgar su consentimiento a las y los menores de esa edad para formalizar el matrimonio siempre que la mujer tenga, por lo menos, 14 años cumplidos y el hombre, 16 años, también cumplidos (Código de Familia).
- La capacidad para concertar contratos de trabajo se adquiere a los 17 años de edad; solo en casos excepcionales se permite la actividad laboral por adolescentes entre 15 y 16 años y previa autorización de la Dirección Municipal de Trabajo. En el caso de adolescentes entre 15 y 18 años de edad que son autorizados a incorporarse al trabajo, la entidad laboral está obligada a disponer la práctica de un examen médico y obtener certificación de estado de salud, a fin de determinar si la persona está apta física y psíquicamente para el desempeño laboral (Código de Trabajo). Es preciso acotar que bajo ningún concepto las y los menores de 15 años de edad pueden trabajar; en caso de necesidades económicas, estas serán solventadas por el Sistema de Asistencia Social vigente en el país (Ley de Seguridad Social).
- El Código de Trabajo, en sus artículos 18 y del 64 al 68, no contempla la doble situación de vulnerabilidad de la trabajadora adolescente; tampoco son visibles las situaciones de acoso sexual y cómo se pudiere accionar ante ello, máxime si se encuentran en edades adolescentes. Igualmente debe valorarse lo relacionado con los derechos de quienes son empleados por personas naturales o por formas empresariales no estatales, quienes pudieren ser objeto de discriminación por razón de la edad, sexo, género, color de la piel, orientación sexual, identidad de género o apariencia física, entre otros aspectos que pueden marcar el acceso al mercado de trabajo y la consiguiente remuneración.
- La responsabilidad penal es exigible a las personas naturales a partir de los 16 años de edad cumplidos, apreciable al momento de la comisión del acto delictivo. Sin embargo, el artículo 17.1 del Código establece un régimen especial para las personas entre los 16 y los 18 años, al reducir los límites de la sanción hasta la mitad (Código Penal y Decreto-Ley No. 64).

- Todos los ciudadanos y ciudadanas cubanos que hayan cumplido los 16 años de edad tienen derecho a participar como electores en las elecciones periódicas y referendos que se convoquen en el país (Ley Electoral).
- El cumplimiento del Servicio Militar en Cuba es obligatorio para los varones, una vez que hayan cumplido los 18 años de edad y por un período de hasta dos años. Sin embargo, a los jóvenes que deseen continuar estudios superiores se les ofrece la alternativa de su cumplimiento —por un máximo de 14 meses— de manera voluntaria durante el año que cumplen los 17 años de edad (Ley de la Defensa Nacional y Decreto-Ley No. 224, Del Servicio Militar)²⁷. El Informe inicial del gobierno de Cuba sobre el Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la participación de niñas y niños en los conflictos armados (CRC/C/OPAC/CUB/1) —defendido en septiembre de 2015 ante el Comité de los Derechos del Niño (párrafos 105, 107 y 112)— se refiere a dicha regulación y a la Declaración que hiciera al respecto en la ratificación del Protocolo.
- La licencia de conducción se expide a personas mayores de 18 años con las excepciones de la especial militar que puede otorgarse a partir de los 17 años y la subcategoría A, que puede otorgarse a partir de los 16 años de edad (Ley de Vialidad y Tránsito).
- Las personas mayores de 18 años pueden solicitar cambio, adición o modificación de nombres y apellidos (Ley del Registro del Estado Civil y su Reglamento).
- Pueden solicitar pasaporte corriente los mayores de 18 años de edad. Quienes se encuentren por debajo de esta edad, requieren la autorización de sus representantes legales formalizada ante notario público (Decreto No. 302 sobre migración) o autorización judicial por conflicto entre sus representantes.

27 El Informe inicial del gobierno de Cuba sobre el Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la participación de niñas y niños en los conflictos armados (CRC/C/OPAC/CUB/1) —defendido en septiembre de 2015 ante el Comité de los Derechos del Niño (párrafos 105, 107 y 112)— se refiere a dicha regulación y a la Declaración que hiciera al respecto en la ratificación del Protocolo.

- Está prohibida la venta de bebidas alcohólicas, cigarros o tabacos a menores de 16 años (Resoluciones Nos. 52 y 277, respectivamente, del Ministerio de Comercio Interior).

Por otra parte, en relación con la edad y circunscrito al presente diagnóstico, se ha considerado el rango entre 10 y 24 años, como marco de adolescencia y juventud; en virtud de lo previsto por el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia del MINSAP que acoge —implícitamente— los establecidos por la OPS/OMS. La adolescencia es considerada como esa “etapa bien definida del ciclo vital humano entre la niñez y la adultez que se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales”; y la juventud, como el “término social que se utiliza en adolescentes entre 18 y 24 años”. No obstante, ha de recordarse que el Código de la Niñez y la Juventud, vigente en Cuba, considera jóvenes a las y los menores de treinta años y ello encuentra reflejo en el acervo popular, donde incluso se extiende hasta los 35 años²⁸.

28 Al respecto, Gómez (2011:22) expresa que “En Cuba, la juventud generalmente se ubica entre 15 y 29 años, tanto en los entornos rurales como en los urbanos (...)”, y luego lista un conjunto de condiciones que justifican esta consideración (Gómez, 2011:22 y ss).

5. CONSENTIMIENTO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

El tema del consentimiento en las relaciones sexuales resulta de difícil tratamiento, pues pasa por el análisis de la existencia de acuerdo y de que se esté en posibilidades físicas y psicológicas de emitir ese acuerdo. En ese sentido, la edad constituye un factor relevante para determinar las políticas de atención en los servicios de SSR, por lo que se han tomado como referentes la edad prevista por la legislación familiar para contraer matrimonio (incluida la situación de excepcionalidad) y la protección penal frente a los delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales.

5.1. Previsiones en sede familiar

Como se explicó, la posibilidad de contraer matrimonio se otorga a la mujer y al hombre mayores de 18 años de edad; no obstante, el Código de Familia (art. 3) designa a los progenitores y, en su defecto, a otras personas para autorizar —excepcionalmente— la formalización de matrimonio de menores de 18 años de edad, siempre que la mujer tenga, por lo menos, 14 años cumplidos y el hombre, 16 años²⁹. Así, resulta la única vía por la que se pueden emancipar las personas menores de 18 años, por lo que mediante ese acto adquieren la plena capacidad jurídica, aunque posteriormente se divorcien.

29 El Código Civil español, vigente en Cuba antes de 1975, establecía la edad de 12 para las mujeres y 14 para los varones, por lo que, sin dudas, en el momento que se aprobó el Código de Familia vigente, este último constituyó un paso de avance.

Es válido acotar que aunque —aparentemente— no son cifras elevadas en relación con la población adolescente del país (1 373 086 al cierre de 2018), sí preocupa lo sostenido del número de matrimonios celebrados por personas menores de 18 años de edad, con amplia prevalencia de las mujeres. Según el *Anuario Demográfico de Cuba 2018*, en 2016 contrajeron matrimonio 95 hombres y 994 mujeres por debajo de los 18 años, en 2017 fueron 107 hombres y 889 mujeres, y en 2018 fueron 88 hombres y 939 mujeres.

Si bien es cierto que la emancipación a través del matrimonio constituye una vía por la que las y los adolescentes pasan a ejercer plenamente sus derechos, no resulta cauce atinado para el logro de dicho fin. Se considera que deviene necesario eliminar la excepcionalidad admitida para el matrimonio de las y los menores de edad a partir de las siguientes valoraciones:

- Constituye uno de los peores rezagos en materia de género a nivel legislativo porque se asienta en concepciones estereotipadas que discriminan a las mujeres y que, desafortunadamente, aún subsisten como prejuicio en la mente de algunos padres, madres y familiares que compulsan a sus hijas a contraer matrimonio cuando tienen sus primeras relaciones sexuales o cuando salen embarazadas y tienen descendencia³⁰. Sin duda, resulta muy perjudicial para la salud física de las niñas y psíquicamente para ambos sexos; pues en esas edades se afianza el desarrollo de la personalidad y sus capacidades físicas e intelectuales.
- No están aptos para formar una familia, pues están concluyendo su etapa de formación, no han alcanzado la suficiente madurez y responsabilidad para ocuparse de los asuntos propios ni, mucho menos, para hacerse cargo del mantenimiento de una familia y un hogar propios, toda vez que ni siquiera cuentan con edad laboral para tener una independencia económica.
- Deviene en causa de deserción escolar. Se puede constatar que un número no despreciable de niñas en edad púber aban-

30 Interesantes resultan las reflexiones que realizaba el reconocido jurista cubano Raúl Gómez Treto en su artículo “¿Hacia un nuevo Código de familia?”, donde convoca a analizar si resulta conveniente autorizar estos matrimonios de menores de edad (*Vid.* Treto, 2007:249-250).

donan los estudios —principalmente en la enseñanza preuniversitaria y técnica profesional— por contraer matrimonio. Afortunadamente esta práctica mantiene perfiles bajos, de lo que se puede colegir que este vestigio discriminatorio de la ideología patriarcal³¹ está cayendo en desuso.

- Aunque en cifras mínimas, varios de estos matrimonios se formalizan entre ciudadanos cubanos y extranjeros y, aunque en las estadísticas de la Dirección de Notarías y Registros Civiles del Ministerio de Justicia no aparece la relación sexoedad, no cabe duda —ya que la autorización excepcional a partir de los 14 años solo se otorga a las mujeres— de que son las niñas las que mayoritariamente están en esta situación que tanto las afecta.
- Los matrimonios que se celebran principalmente por presiones de los progenitores tienen una breve duración, por lo que son frecuentes los divorcios al poco tiempo de efectuados. Ello implica, desde el punto de vista jurídico, que al tener el matrimonio el efecto de emancipar a menores de edad, estas y estos adolescentes ya no quedan protegidos legalmente por sus progenitores, lo que en edades tan tempranas y vulnerables tiene muchos riesgos.
- El matrimonio de púberes y adolescentes no protege en sí mismo a la descendencia que pudieran tener a partir de embarazos en estas edades. Con el reconocimiento de su maternidad o paternidad se genera la obligación de cumplir con la responsabilidad parental. La protección de los hijos e hijas nacidos de adolescentes no depende del lazo matrimonial, pues desde 1975 todos los hijos e hijas son iguales con independencia del vínculo conyugal de sus madres y padres; igualdad y protección que se hace efectiva en todos los ámbitos siempre que sean reconocidos por sus progenitores en el Registro del Estado Civil.
- La regulación de la autorización para contraer matrimonio por menores de edad contradice lo establecido en la CDN y

31 *Cfr.* Estadísticas del Ministerio de Educación, relativas a las causales de las bajas escolares por matrimonio en las distintas enseñanzas en los años 1996-1997 (2714 casos), 2008-2009 (365 casos), 2017-2018 (406 casos). Estas cifras no están desglosadas por sexo.

en la CEDAW, por lo que en cada presentación del gobierno de Cuba ante los comités de expertos/as de estas Convenciones se le han formulado recomendaciones al país en el sentido de eliminar o elevar la edad excepcional para formalizar matrimonio:

486. El Comité insta al Estado Parte a que modifique la legislación relativa a la edad para contraer matrimonio con vistas a eliminar las excepciones que permiten el matrimonio de mujeres de 14 años de edad y de hombres de 16 años, y a que ponga su legislación en consonancia con el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, según el cual se entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años de edad, con el párrafo 2 del artículo 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y con la recomendación general 21 del Comité”. (Observaciones finales comité CEDAW sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Cuba, 2006).

39. El Comité recomienda al Estado parte:

b) Que garantice que en casos excepcionales de matrimonio de menores de 18 años se establezca el mismo límite de edad de 16 años para las niñas y los niños, y que se exija la autorización de un tribunal en todos esos casos”. (Observaciones finales comité CEDAW sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Cuba, 2013).

22. El Comité expresa preocupación porque según la legislación del Estado parte la mayoría de edad se alcance a los 16 años, en particular por lo que respecta a la edad mínima para el matrimonio (...)

23. El Comité pide al Estado parte que priorice la revisión y modificación, según corresponda, de las leyes vigentes, entre otras, el Código de la Familia, el Código Penal y el Código de Trabajo, a fin de elevar la mayoría de edad a los 18 años, de conformidad con la Convención, y que considere la posibilidad de retirar su declaración relativa al artículo 1 de la Convención, aunque aún no haya terminado la revisión de la legislación pertinente. (Observaciones finales comité CDN sobre los informes periódicos de Cuba, 2013).

A modo de conclusión, no debe ser el matrimonio de las y los menores de edad una herramienta a utilizar por adolescentes y jóvenes para obtener la emancipación y así “evadir” el consentimiento de los progenitores o tutores legales para el ejercicio de sus derechos. Tampoco debe ser una exigencia de las instituciones de salud la presencia de representantes legales para el acceso a los servicios, pues el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos corresponde a su titular; máxime cuando las recomendaciones internacionales apuntan a eliminar el consentimiento filial o tutelar para dicho acceso. También se ha marcado tendencia en el entendido de establecer una edad para el ejercicio pleno de esos derechos (en algunos casos 14, en otros 16) y dejar abierta —como excepcionalidad— la valoración del interés superior en edades inferiores. En este sentido, se recomienda:

- Establecer la edad de 16 años como límite para la exigencia de acompañamiento de los representantes legales durante la prestación de los servicios de SSR.
- Ampliar la legitimación de los sujetos que pueden acompañar a niñas, niños y adolescentes durante la prestación de los servicios de SSR.
- Incorporar la asistencia de personal especializado en psicología para cada caso concreto que requiera de los servicios de SSR.

El análisis realizado sobre el matrimonio es válido, aun cuando la consensualidad como forma de unión es preponderante en Cuba y constituye un rasgo presente en el examen de los comportamientos en torno a la reproducción. Los hijos se conciben muchas veces en consensualidad y luego se formalizan las uniones. Así se ha observado en diferentes estudios sobre toma de decisiones en torno a la reproducción en adolescentes, estudios que reflejan que la mayoría de las muchachas no desean legalizar las uniones, por las complicaciones que supone la formalización del matrimonio y “el papeleo” del divorcio (Rodríguez, 2013; Quintana *et al.*, 2014:30-39).

En otro orden, no se admite en Cuba el matrimonio, ni se reconoce jurídicamente la unión, de personas del mismo sexo. Se han elaborado propuestas para el reconocimiento jurídico de las uniones del mismo sexo, a partir de la consideración de que este tipo de uniones afectivas constituye una relación familiar requerida de respaldo

legal³². Ciertamente, no pueden concebir entre ellos y reproducir la especie, pero muchas parejas heterosexuales tampoco pueden y no por eso dejan de ser una familia. No es posible desconocer la relevancia social de estas uniones, ni limitar la esencia del matrimonio y la familia a estrictos fines reproductivos, posiciones superadas por la doctrina y la legislación.

La existencia de uniones de personas del mismo sexo con aptitud legal constituye una realidad histórica y un hecho en nuestra sociedad y, sin embargo, al no poder formalizarlas o reconocerlas judicialmente, carecen de efectos jurídicos. La ausencia de un respaldo legal para estas uniones se hace aún más evidente tras la separación o el fallecimiento de uno de los miembros de la pareja, pues dicha carencia permite que se produzcan serias afectaciones a sus derechos patrimoniales.

En tanto llega la reforma normativa³³ que cambie la concepción del matrimonio, no puede dejarse de abogar por la validación de la unión de personas del mismo sexo y el reconocimiento de efectos jurídicos, como medida de acción positiva educativa que ha de contribuir a la eliminación de las discriminaciones directas e indirectas que subsisten contra estas personas.

5.2. Previsiones en materia penal

El Código Penal, en el Título XI, “Delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales y contra la familia, la infancia y

32 Son los más jóvenes los que con mayor frecuencia reconocen los derechos de las personas homosexuales y están de acuerdo con el matrimonio igualitario. Respecto a la adopción, son los y las jóvenes de ambos sexos y también las mujeres de 30 a 39 años las que en mayor proporción manifiestan su acuerdo con que dos hombres o dos mujeres adopten niños (as), en comparación con los otros grupos de edades (Centro de Estudios de la Mujer, 2019).

33 El debate popular que precedió a la nueva Constitución incluyó la temática del matrimonio entre personas del mismo sexo y resultó en un muy general concepto del matrimonio como institución social y forma de organización de las familias, lo que ha de ser precisado en la ley especial. La Disposición Transitoria Decimoprimera señala el plazo de dos años a partir de la vigencia de la Carta Magna para “... iniciar el proceso de consulta popular y referendo del proyecto de Código de Familia, en el que debe figurar la forma de constituir el matrimonio”.

la juventud”, establece un grupo de figuras con formulación desactualizada e incompleta, toda vez que se utiliza una terminología no adecuada a las tendencias más modernas. En este orden, el primer cuestionamiento es en cuanto a la ambigüedad del término “normal desarrollo”, pues el rasero de lo normal no es igual para todas las personas y su valoración depende del criterio o experiencia individual de quien juzga; ello requiere de precisiones teóricas y de expertas/os que participen en el proceso penal, a fin de que no se deje espacio a la subjetividad.

El artículo 298 tipifica el delito de violación, con las características de que el autor siempre es un hombre; el sujeto pasivo, una mujer; y que debe mediar “acceso carnal, sea por vía normal o contra natura”. Se llama la atención en torno a que no concibe posibilidades de autoría femenina y de uso de implementos para penetrar la vagina o el ano en franca violación, más allá de la penetración con el pene. El marco sancionador básico de la figura es de cuatro a diez años de privación de libertad y se agrava, de siete a quince años, si la víctima es mayor de doce y menor de catorce años de edad. Si la víctima tuviera menos de doce años, por el solo hecho de serlo y sin concurrir otra circunstancia, la sanción aumenta de quince a treinta años o muerte.

Por su parte, la Pederastia con violencia (art. 299) supone que la víctima siempre sea varón y la autoría puede ser femenina o masculina. El marco sancionador está entre siete y quince años de privación de libertad, pudiendo imponerse sanción de privación de libertad de quince a treinta años o muerte si la víctima es un menor de catorce años de edad, aún cuando no concurren otras circunstancias.

Del análisis comparado de los delitos de violación y pederastia activa cabe resaltar las expresiones de discriminación indirecta que afloran mediante una mayor cobertura de protección a las víctimas varones, a partir de estereotipos sexistas sobre el costo social y personal que implica la violación a una y otro, incluso a edades tempranas. Así, la violación de una niña de catorce años entraña una sanción de entre siete y quince años; sin embargo, si fuera un niño de esa misma edad, la sanción para el comisor sería de quince a treinta años o muerte.

En estos delitos hay otra “peculiaridad” y es que la reiteración de los actos sobre un mismo sujeto pasivo les otorga un carácter

continuado³⁴, gracias a una pésima fórmula que aparece en el artículo 11, apartado 2, de la Parte General del Código Penal. De *lege ferenda*, vale la pena reflexionar en torno a las interrogantes siguientes: ¿Por qué considerar como delito continuado las acciones que recaen sobre la misma víctima y, con ello, optar por una disminución de la pena? ¿Por qué se considera, entonces, como un concurso real de delitos cuando los actos recaen sobre víctimas distintas, provocando la posible sumatoria del quantum de las sanciones y la posibilidad de sanción conjunta³⁵? ¿Cuáles son las razones para ofrecer tratamiento diferenciado si se trata de la misma víctima o son distintas? La esencia del problema estriba en proteger el derecho a la relación sexual libre de violencia, consentida y en edades que validen ese consentimiento, en el entendido de que cualquier quebranto a ello implica la vulneración de derechos personalísimos.

Por otra parte, de lo analizado previamente se deduce que en sede penal se considera los 14 años como la edad del consentimiento de las relaciones sexuales, en razón de que constituye el límite para agravar las sanciones. De manera que la ley contempla el consentimiento de las relaciones sexuales por debajo de la edad mínima en que las y los menores de edad comienzan a ser categorizados como jóvenes de acuerdo a los estándares internacionales (18 años de edad cumplidos).

34 Se entiende por *delito continuado* la pluralidad de acciones que realiza un mismo sujeto, todas con idéntico propósito, similar ejecución y próximas en el tiempo. Contrario a lo que pudiere pensarse, el hecho de atribuirle a un delito el carácter de continuado beneficia al procesado, esto es, rebaja la sanción a imponer, pues, aunque se aumenta el marco sancionador, se juzga como si fuere un único delito.

35 Por el contrario, estamos en presencia del concurso real de delitos cuando la ley considera que se han cometido varios delitos, pero fija sanción única —conocida como *conjunta*— que no resulta exactamente de “sumar” lo que a cada delito hubiese correspondido, sino de aplicar una fórmula que establece la propia norma. En el caso de que por todos los delitos corresponda la sanción de privación de libertad, se fija una cifra que no puede ser inferior a la de mayor rigor ni exceder del total de las que hubiere fijado separadamente para cada delito. Existen otras reglas que contemplan la multa y la combinación de sanciones.

Dando continuidad al análisis, los artículos 300 y 301 establecen la figura de Abusos lascivos, para quienes abusen sexualmente de otras personas sin que se produzca penetración. Llamen la atención los bajos marcos sancionadores, lo cual denota que —al momento de la elaboración de la norma— no se tenía un claro conocimiento del daño que este tipo de abuso produce a la salud, sobre todo cuando se trata de niñas, niños y adolescentes. Si las víctimas tuvieran entre doce y catorce años la sanción sería entre uno y tres años o multa de doscientas a quinientas cuotas, y si tuvieran menos de doce años la sanción estaría entre dos y cinco años.

Cabe señalar que en las Disposiciones complementarias (art. 309.1) se determina que para proceder en los delitos de violación, pederastia con violencia, abusos lascivos, entre otros, la denuncia debe formularla la persona agraviada cualquiera que sea su edad, su cónyuge, ascendientes, hermanos, representante legal o persona que la tenga bajo su guarda y cuidado; a excepción de que se hubiere producido escándalo, en que puede denunciar cualquier persona. Esta estipulación normativa claramente restringe las posibilidades de denuncia, sobre todo cuando las víctimas son infantes o adolescentes y los autores son familiares o personas cercanas. Se trata de delitos de elevada connotación social, por lo que deben ser perseguibles de oficio y, en virtud de esto, se debe ampliar la factibilidad de denuncia a toda persona que conozca de su existencia, así como establecer efectos sancionadores —en lo civil y en lo penal— respecto a quienes conozcan de conductas de este tipo y no realicen la correspondiente denuncia.

Otra figura delictiva que no escapa a este análisis es la del Estupro (art. 305), con una sanción de privación de libertad de tres meses a un año para quien tenga relación sexual con mujer soltera mayor de 12 años y menor de 16, mediante abuso de autoridad o engaño³⁶. Se trata de un tipo penal con desafortunada ubicación entre los que atentan contra el normal desarrollo de la familia y no de las relaciones sexuales, pues trasciende a las posibilidades y efectos de la denuncia.

36 Es conocido que tradicionalmente este tipo de hechos son “subsanados” arreglando el matrimonio de la hija con el ofensor, solución que atenta contra la integridad de la adolescente; pero que es perfectamente posible dada la autorización excepcional prevista en el artículo 3 del Código de Familia a partir de los 14 años de edad.

Así, el artículo 309. 2 determina que solo se procederá por denuncia del representante legal de la víctima y, si desistiere antes del juicio, se archivarán las actuaciones. No brinda la posibilidad de que la propia víctima pueda denunciar, ni que lo hagan familiares u otras personas que puedan conocer del hecho. Al igual que en la figura anterior, en esta sería necesario extender el espectro de personas legitimadas para hacer la denuncia.

Bajo criterios tradicionales la autoría parecería solo estar centrada en los varones, cuando las mujeres podrían también ser comisoras, mientras que las víctimas expresamente solo pueden ser mujeres solteras. Se pone de manifiesto otra expresión de discriminación indirecta, en esta ocasión contra los varones entre 12 y 16 años, los que quedan fuera de la protección, por estereotipos sexistas que instan a que los niños desde edades tempranas “prueben su hombría” mediante las relaciones sexuales.

Otro delito con incidencia en la temática de estudio es el de Corrupción de menores (arts. 310-314), que patentiza la protección penológica a las y los menores de 16 años frente a toda una gama de actos de corrupción vinculados al ejercicio de la prostitución³⁷, la pornografía, el uso o consumo de drogas, estupefacientes y otras sustancias de efectos similares, entre otros, en los cuales se pueden ver involucrados. En esta figura sus autores pueden llegar a recibir sanciones de privación de libertad de veinte a treinta años o muerte, en casos de mayor gravedad, entre los que se encuentra que la víctima fuere menor de 12 años de edad.

En la legislación penal cubana no se establecen diferencias relacionadas con la orientación sexual, por lo que no existen expresiones de discriminación relacionadas con la edad para el consentimiento de las relaciones sexuales. Cabe resaltar que, si los delitos anteriormente mencionados son cometidos por ascendientes, tutores o docentes, se introducen circunstancias de agravación de las sanciones.

Como parte de los esfuerzos que realiza el Estado cubano para atemperar la legislación a la CDN, se hace imprescindible extender

37 El ejercicio de la prostitución no es considerado un delito en nuestro país, pero implica procesamiento penal bajo el rubro de “índice de seguridad predelictiva” que conlleva internamiento en los llamados Centros de Aseguradas. Tal situación no encuentra correlato normativo para los hombres, quienes también pueden ejercer la prostitución.

la protección especial que como víctimas tienen las y los menores de 16 años afectados por los delitos antes mencionados, a las y los menores de edad que tienen entre 16 y 18 años³⁸. Aunque es justo reconocer que existen otros dos tipos de alcance y protección general para las víctimas, cualesquiera fuera su edad, relacionados con los derechos sexuales, entiéndase, el delito de Proxenetismo y trata de personas y el de Ultraje Sexual.

El artículo 1 del Código Penal marca como objetivo la protección a las personas; sin embargo, no prevé las particularidades que amerita la observancia del ISN como principio. Dicho interés ha de ser tenido en cuenta en los procesos tanto si el o la menor es víctima directa, como si es víctima indirecta, cuando miembros de su núcleo familiar, a los cuales les unen no solo lazos filiatorios, sino también de sostén económico, son condenados por infringir la norma penal.

38 El Comité de los Derechos del Niño realizó una observación a Cuba, en los párrafos 52 y 53 de las Observaciones finales (CRC/C/CUB/CO/2), en ocasión de la presentación de su Informe sobre el cumplimiento de la Convención. Al respecto el gobierno expresó que “Cuba se encuentra inmersa en un proceso de estudio de su legislación para armonizar las edades de acuerdo a lo que establece la Convención, por ello se toma nota de la preocupación referida a que las disposiciones legislativas estén limitadas a los niños menores de 16 años”. Además aclaró que quienes promueven, facilitan y lucran con la práctica de la prostitución en cualquier circunstancia son severamente sancionados.

6. ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL

Tal y como apuntamos, la edad de responsabilidad penal es a partir de los 16 años cumplidos en el momento de cometer el acto delictivo, según establece el artículo 16.2 del Código Penal. Por ello, el tratamiento a las y los menores de esa edad es totalmente despenalizado.

El Decreto-Ley No. 64 de 1982 crea el Sistema para la Atención a Menores con Trastornos de Conducta y regula la atención especializada a menores de edad desde que se detectan los trastornos incipientes hasta las manifestaciones antisociales, lleguen o no a constituirse en índices significativos de desviación o peligrosidad social o infrinjan la ley al participar en hechos tipificados como delitos para los adultos. Esta atención es asumida por personal e instituciones especializadas bajo la rectoría de los Ministerios de Educación y del Interior, cuya competencia está determinada por el grado de deterioro de conducta que presenten. Además, participa e interviene el Sistema de Prevención y Atención Social, integrada por organismos, instituciones y organizaciones de la sociedad civil que aportan al trabajo preventivo comunitario.

Las y los menores de 16 años no son juzgados por tribunales, sino atendidos por los Consejos de Atención a Menores; equipos multidisciplinarios integrados por juristas, psicólogos y pedagogos, que deciden las medidas educativas a adoptar, para lo cual tienen en cuenta los dictámenes técnicos emitidos por los Centros de Análisis y Orientación a Menores. Estos centros realizan un diagnóstico biopsicosocial con el objetivo de profundizar en las esferas pedagógica, psicológica, psiquiátrica y clínica, en aras de adoptar decisiones en correspondencia con el nivel de trastorno de conducta. El procedimiento, además de aportar garantías procesales, contempla las de carácter social.

El procedimiento no conlleva vistas públicas, sino entrevistas en presencia de la madre o el padre, tutores o representantes legales. Posteriormente, teniendo en cuenta los elementos presentados en el expediente y los dictámenes de los Centros de Análisis y Orientación de Menores, disponen las medidas de reorientación y educación especializadas contenidas en el Decreto-Ley, medidas que se modifican o cesan en razón de la evolución de la conducta del menor de edad, al arribar a los 16 años, o a los 18 en caso de encontrarse cumpliendo medida en una Escuela de Formación Integral.

El procedimiento —de carácter administrativo y con sello educativo— concebido por el Decreto-Ley es ágil y flexible, con plazos reducidos al mínimo para aquellas o aquellos adolescentes o jóvenes que participen en hechos que la ley tipifica como delitos para los adultos. En un término que no exceda las 48 horas se deben ejecutar todas las acciones que resulten necesarias para comprobar la participación en el hecho que se le imputa. Todas las acciones que se realizan están dirigidas a preservar la integridad del/la adolescente o joven menor de 16 años y se hacen en presencia de los progenitores, tutores o representantes legales y, en defecto de estos, son representados por el Fiscal. La información procesada es confidencial y no constituye, en ningún caso, antecedente delictivo.

El asesoramiento jurídico en este tipo de procedimiento administrativo tutelar lo desarrollan profesionales del Derecho que intervienen como funcionarios especializados en el proceso desde el primer momento. En el proceso de evaluación que se sigue en los Centros de Evaluación, Análisis y Orientación a Menores (CEAOM), igualmente se encuentra un profesional del Derecho del equipo multidisciplinario, que tiene a su cargo el asesoramiento a los progenitores o representantes legales.

Se reconoce el derecho de solicitar, directamente o a través de los representantes legales o cualquier persona interesada, la revisión del proceso en que se vio involucrado; solicitud que se formula al Consejo que dispuso las medidas o al Consejo Nacional de Atención a Menores, que tiene entre sus facultades la revisión de tales procedimientos.

Las medidas previstas para la atención especializada a menores de edad, en atención a su gravedad, comprende posibilidades de internación en centros regidos por el MININT, o por el MINSAP, tratamiento médico ambulatorio, vigilancia y atención del MININT,

o reforzar la de madres y padres, atención individualizada en las propias escuelas del Sistema Nacional de Educación, inserción laboral y atención por trabajadoras sociales de la FMC. El internamiento de un menor de 16 años de edad solo se ejecuta cuando se han agotado todas las posibilidades de reorientación en el ámbito familiar y comunitario y ante la existencia de peligrosidad asociada a infracciones de la ley de elevada connotación social.

El internamiento se aplica en dos modalidades:

- 1) Para el estudio de la personalidad del menor, en casos extremos, con un término que no exceda 45 días, para recomendar las medidas más apropiadas a emplear en su tratamiento. Esta acción se realiza en los Centros de Evaluación, Análisis y Orientación de Menores, mediante un estudio biopsicosocial en el que intervienen psicólogos, pedagogos, juristas, psiquiatras y psicometristas, fundamentalmente;
- 2) internamiento en Escuelas de Formación Integral, medida que se aplica —como última alternativa— por los Consejos de Atención a Menores del Ministerio del Interior.

Las 12 Escuelas de Formación Integral son instituciones educativas que tienen a su cargo el tratamiento especializado de niñas, niños y adolescentes menores de 16 años de edad. La matrícula anual a nivel nacional es de aproximadamente 150 infantes, con un predominio de varones mayores de 14 años.

Dichas instituciones cuentan con un Reglamento que atiende tres elementos fundamentales: los derechos y deberes de quienes se encuentran internos, la integración a la comunidad en que se encuentra situada la institución y la de residencia del menor, así como el contacto familiar.

Otros elementos contenidos en este Reglamento son: el chequeo médico y estomatológico por personal especializado del Área de Salud, en las primeras 72 horas de su entrada a la institución; ubicación atendiendo a la edad, sexo, desarrollo físico general, nivel escolar y grado de desviación social; período de adaptación; libre comunicación telefónica con los progenitores o representantes legales; vinculación familiar a través de visitas al centro, al hogar y la participación en actividades extraescolares o en la escuela; participación en actividades productivas; preparación física mediante la práctica de deporte y la realización de actividades recreativas y culturales; atención médico-estomatológica, psicológica, psiquiátrica y logopédica

en área de salud dotada de recursos materiales y de los medicamentos necesarios; realización de evaluaciones periódicas; entrega de vestuario y aseo personal durante su permanencia en la Escuela; garantía de alimentación adecuada y entrega de estipendio mensual.

El proceso docente-educativo en estas instituciones se rige por el Sistema Nacional de Educación; en ellas se combina el aprendizaje de oficios, la realización de labores asociadas a estos y actividades en la agricultura de acuerdo al principio estudio-trabajo sustentado por la pedagogía cubana. En su esencia, el trabajo desarrollado por estas instituciones se encuentra en correspondencia con lo que se establece en las Reglas de la Beijing para el tratamiento de niñas, niños y adolescentes privados de libertad.

La reinserción social de menores de 16 años con trastornos de conducta contempla un conjunto de acciones complementarias dirigidas a brindar una atención especializada a los alumnos con posterioridad a su egreso de las Escuelas de Formación Integral, a fin de garantizar su continuidad de estudio o vinculación al trabajo; proceso para el que se han creado las condiciones necesarias de conjunto con los Ministerios de Educación y de Trabajo y Seguridad Social.

Las y los adolescentes entre 16 y 18 años responsables penalmente por la comisión u omisión de delitos, deben gozar de todas las garantías del debido proceso durante la investigación y el juicio oral, establecidas en la Ley de Procedimiento Penal. El tribunal deberá reducir los límites mínimos y máximos de su sanción, de conformidad con lo establecido en el artículo 17.1 del Código Penal. En todo caso, predominará el propósito de reeducar al sancionado, adiestrarlo en una profesión u oficio e inculcarle el respeto al orden legal.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 29.2, está prohibido aplicar la pena de muerte a menores de 20 años de edad, así como a las mujeres que cometieron el delito estando embarazadas o que lo estén en el momento de dictarse la sentencia. Por otra parte, el artículo 30.9 establece que las y los menores de 20 años de edad cumplan la sanción en establecimientos especialmente destinados a ellos, o en secciones separadas de los destinados a mayores de esa edad. No obstante, para las y los jóvenes de 20 a 27 años puede disponerse que cumplan su sanción en iguales condiciones que los de menor edad.

La estrategia educativa trazada para el logro de su reinserción social está basada, fundamentalmente, en la elevación de su nivel educacional y la posibilidad de realizar estudios de nivel superior; la preparación en oficios para acceder a empleos en condiciones de libertad, así como el reforzamiento de los valores políticos, éticos y morales que garanticen una adecuada convivencia social y la elevación de su cultura general integral.

Desde el año 2001, y como parte del programa integral de perfeccionamiento del Sistema Penitenciario Cubano, se desarrolla la experiencia del centro de San Francisco de Paula, ubicado en La Habana, donde se cumple un programa de actividades docentes y educativas que permite alcanzar niveles escolares más elevados, así como psicoterapias y dinámicas grupales encaminadas a un mejor desarrollo de la personalidad. La experiencia positiva de este Sistema se ha extendido a otras prisiones de jóvenes del país.

En relación con la reinserción social de las y los adolescentes entre 16 y 18 años egresados de los centros penitenciarios, la Resolución Conjunta No. 1 del MININT, el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y el Tribunal Supremo Popular, regula —entre otras cuestiones— el procedimiento para su incorporación laboral, así como la posibilidad de remisión condicional de la sanción y medidas de seguridad para las y los jóvenes sujetos a sanciones subsidiarias de la privación de libertad.

En sentido general, resulta apreciable el tratamiento diferenciado que se concede a las y los adolescentes, pero la norma penal debe atemperarse a la CDN e incorporar el principio de su interés superior, que ha de ser considerado en todos los casos en que resulten involucrados menores, no solo en razón de su apreciación como circunstancia atenuante, sino en un marco amplio de aplicación.

Debe instrumentarse un procedimiento garantista para las y los menores de edad que han incurrido en conductas tipificadas como delitos, a partir de la protección integral de la niñez y la adolescencia, que posibilite la intervención defensora y la reclamación de las decisiones ante un órgano superior. Igualmente, debe considerarse la posibilidad de apreciar la excusa absolutoria del artículo 160.3 que limita la posibilidad de sanción por encubrimiento cuando existe determinado grado de parentesco o vínculo de la persona comisora, en los casos que pueda determinarse que existía una unión matrimonial no formalizada e, incluso, un noviazgo estable entre los jóvenes, entre

personas de diferente o igual sexo; sin tener que esperar a que sea aceptado el llamado matrimonio igualitario. También merece especificación que la prohibición de imponer pena de muerte a menores de 20 años se extienda a la privación perpetua de libertad.

7. CRIMINALIZACIÓN DE LA TRANSMISIÓN Y EXPOSICIÓN AL VIH

Respecto de la existencia de delitos contemplados en la legislación penal sobre la criminalización de la transmisión y exposición al VIH, no existe en el ordenamiento jurídico una legislación especial para las personas que viven con VIH. Lo legislado en esta materia es aplicable por igual a todas y todos los ciudadanos.

La legislación penal cubana (art. 187, acápite del 1 al 3) establece el delito de Propagación de epidemias —dentro del Título III, *Delitos contra la seguridad colectiva*— para quienes infrinjan medidas o disposiciones dictadas por las autoridades sanitarias competentes con vistas a la prevención y control de las enfermedades transmisibles, se nieguen a colaborar con las autoridades sanitarias en los lugares del territorio nacional en que cualquier enfermedad transmisible adquiriera características epidémicas graves o en los territorios colindantes expuestos a la propagación, y para quien maliciosamente propague o facilite la propagación de una enfermedad.

La aplicación inadecuada del derecho penal a la transmisión del VIH genera un riesgo de aumentar el estigma y la discriminación de las personas que viven con la enfermedad o que son portadoras del VIH y de alejarlas de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, de acuerdo a lo valorado por ONUSIDA en su Informe de Política: *Penalización de la transmisión del VIH*, del año 2008. Por ello la legislación penal no hace referencia especial, sino que confiere tutela penológica ante conductas que, de manera general, pongan en peligro la vida y la integridad de seres humanos. En relación con el respeto al derecho a la intimidad sobre la salud individual, la legislación cubana no impone la obligación de revelar el propio estado serológico VIH-positivo a las parejas sexuales u otras personas.

8. POLÍTICAS MIGRATORIAS RELACIONADAS CON VIH

No existen barreras en la legislación migratoria que limiten el libre movimiento de las personas que viven con VIH, tanto para el ingreso como para la residencia en un país diferente al de origen. Tampoco el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS, el VIH/sida y las hepatitis 2019-2023 se pronuncia en cuanto a limitaciones en este sentido.

No obstante, en los talleres realizados de 2015 a la fecha se puso de manifiesto que existen indicaciones —sin respaldo normativo— relativas a la imposibilidad de acceder a las carreras propias del SNS, como Medicina y Estomatología, y limitaciones respecto a los profesionales que cumplen misiones de colaboración en otros países, bajo la catalogación del VIH como enfermedad crónica que imposibilita el ejercicio de la profesión en ese contexto. Al presente se realizan estudios por el MINSAP en aras de eliminar cualquier enfoque segregacionista en este sentido.

9. SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIFERENCIADOS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Los servicios de SSR diferenciados para adolescentes y jóvenes parten de lo establecido en la CDN sobre el reconocimiento del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, asegurándose de que ningún niño o niña sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Los documentos resultantes de encuentros trascendentales como la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995), entre otras, realizaron pronunciamientos al respecto.

También, para el análisis de la efectividad de los servicios de SSR, se tuvieron en cuenta algunos pronunciamientos e indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tales como: *Making health services adolescent friendly*, 2012³⁹ y la Resolución de la 57^a Asamblea Mundial de la Salud sobre la Estrategia para acelerar el

39 Respecto a los SSR, el documento refiere:

En primer lugar, en muchos lugares, los servicios de salud como la anticoncepción de emergencia y aborto seguro, simplemente no están disponibles para cualquier persona, ya sea para adolescentes o para adultos.

En segundo lugar, aun cuando los servicios de salud están disponibles, los adolescentes pueden ser incapaces de obtenerlos por una variedad de razones: leyes y políticas restrictivas pueden impedir que algunos servicios de salud sean proporcionados a algunos grupos de adolescentes (por ejemplo, el suministro de anticonceptivos a los adolescentes no casados); los adolescentes pueden no saber dónde y cuándo se proporcionan los servicios de salud; los centros de salud pueden estar ubicados a gran distancia de donde viven/estudian/ trabajan; o los

avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales enfocados en los ODM y las Conferencias Internacionales dedicadas a la SSR⁴⁰.

A partir de este criterio, se analizan los documentos rectores del MINSAP en la atención a adolescentes y jóvenes, en aras de conocer cómo están concebidos los servicios de SSR para este sector, y profundizar en su acceso a cada uno de ellos, todo lo cual determinaría la efectividad en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Los documentos analizados fueron el PAMI (1999) del Departamento Materno Infantil del MINSAP y sus complementos, tales como el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia (2012-2017) coordinado por el Departamento Materno-infantil; el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual, coordinado por el CENESEX; el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable, coordinado por el Departamento Materno-

servicios de salud pueden ser costosos y fuera de su alcance. Lo que esto significa es que los servicios de salud no son accesibles para ellos. En tercer lugar, los servicios de salud pueden ser entregados de una manera que los adolescentes no quieren obtenerlos, incluso si pudieran. Una razón común para esto es que tienen que ir y esperar en un lugar donde pueden ser vistos por personas que conocen. Otras razones son el temor de que los trabajadores de salud les regañen, realicen preguntas difíciles, o los enfrenten a procedimientos desagradables; o que los trabajadores de la salud no mantengan la confidencialidad. Lo que esto significa es que los servicios de salud no son aceptables para ellos.

Por último, los servicios de salud pueden ser “amistosos” para algunos adolescentes, pero pueden ser “hostiles” para otros, como los jóvenes que viven y trabajan en las calles. En otras palabras, pueden estar disponibles, accesibles y aceptables, pero no necesariamente serán equitativos (OMS, 2012:5).

40 Esos objetivos se enmarcan en los servicios de salud, tales como mejorar el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar, reducir el número de personas que recurren al aborto, así como la mortalidad materna por abortos clandestinos, proporcionar información y servicios que respondan a las necesidades de las personas jóvenes, e integrar la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluido el VIH/sida.

infantil; y el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH/sida 2014-2018.

Para valorar su coherencia e integralidad, se sigue el Estudio Regional que le sirve de base y que plantea:

(...) la correspondencia que tienen estos programas depende en gran medida de las condiciones jurídicas que enmarcan las relaciones sexuales, es decir, la edad desde que rige la despenalización de las relaciones sexuales hetero y homosexuales. Este indicador no es antojadizo, pues toda acción y política pública debe enmarcarse en el principio de legalidad que establecen los ordenamientos jurídicos de cada país. Solo nos remitiremos al estudio del acceso de los servicios de SSR teniendo en consideración que la edad mínima en que los adolescentes y jóvenes deberían tener acceso a ellos es desde que son capaces de consentir sus relaciones sexuales. Así, por ejemplo, las y los adolescentes que tienen consentimiento para sus relaciones sexuales desde los 14 años no deberían limitar o condicionar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como el preservativo, la píldora anticonceptiva de emergencia, entre otros. Por ello, en adelante, es importante establecer las diferencias que se registran sobre la edad de consentimiento de las relaciones sexuales y las restricciones de acceso a los diferentes servicios.

En Cuba, el SNS ofrece servicios basados en los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad. El país cuenta con un modelo de atención de salud primaria que tiene su máxima expresión en la medicina familiar. Este modelo ofrece la oportunidad de que el equipo básico de salud que conoce su población —en un proceso organizado, continuo y dinámico con un enfoque clínico epidemiológico y social— dispensarice a todos los niños, niñas, adolescentes y sus familias, lo que permite hacer un trabajo diferenciado —especialmente con las llamadas *familias disfuncionales*— y buscar soluciones a las situaciones de riesgo. Por ello se convoca a la comunidad para transformar el ambiente de la familia y junto al médico/a participen brigadistas sanitarias voluntarias de la FMC, enfermeras, peditras, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que viven con alguna discapacidad, son atendidos por programas especializados y por centros que preparan a la familia para su mejor cuidado y a la niña o niño para ser independiente de acuerdo a sus posibilidades.

Existen también Grupos Básicos de Trabajo al nivel de cada área de salud, integrados, entre otros especialistas, por pediatras, psicólogos, que junto al Médico/a y Enfermera/o de la Familia realizan las consultas de puericultura, las que constituyen otro espacio de contacto con el objetivo de evaluar y proteger a los infantes y adolescentes de cualquier situación de riesgo, o diagnosticar e intervenir ante el daño consumado. Al realizar las consultas de puericultura se pueden evidenciar, entre otros problemas, evidencias físicas o psíquicas de utilización sexual y adoptar las medidas correspondientes.

El Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente tiene como objetivo incrementar la cobertura y mejorar la atención integral de adolescentes en esta esfera, con un enfoque de género, para contribuir a elevar su calidad de vida, redimensionando los recursos disponibles en el SNS, con la participación activa de las y los adolescentes, la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial, mediante el desarrollo de actividades, de información, educación, comunicación, preventivas y asistenciales, docentes y de investigación.

La Salud Integral en la Adolescencia es un concepto que abarca su condición biopsicosocial, de género y de derechos enmarcada en el período de ciclo vital y familiar por el que transita, y comprende la satisfacción de sus necesidades de salud, desarrollo y bienestar social. Para lograr la integralidad en la atención, el sector de la salud utiliza un enfoque clínico, epidemiológico y social en los servicios que se prestan a este grupo etario, teniendo en cuenta sus características específicas.

Por otra parte, a partir de la iniciativa de OPS/OMS de estimular el progreso local a través de Municipios Saludables, Cuba ha desarrollado el Movimiento de Escuelas por la Salud, el cual permite aprovechar el escenario escolar para el despliegue de las potencialidades, tanto individuales como de los colectivos pedagógicos y estudiantiles, en un proceso de autotransformación, mejoramiento y crecimiento, con implicaciones desde los puntos de vista físico, psíquico y social; proceso en el que se pone énfasis en desarrollar conocimientos, hábitos y habilidades que contribuyan a lograr estilos de vida más sanos.

Otras acciones intersectoriales que tributan al acceso a servicios de SSR que se deben contemplar:

- La Resolución Conjunta No. 1/97 MINED-MINSAP de 1997. Regula el accionar mancomunado y organizado de ambos organismos en las diferentes instancias del sistema y se sustenta sobre la base conceptual de que la “Integración médico-pedagógica es la expresión más acabada de la relación entre los propósitos de salud y educación al complementarse la labor de ambos sectores y potenciar el óptimo aprovechamiento de su capacidad técnica”.
- El Programa Director de Promoción y Educación para la Salud, de 1999 y vigente en la actualidad. Tiene dos ejes temáticos (de siete) que tributan directamente a la educación sexual en el ámbito escolar: educación sexual- comunicación y convivencia.
- La Carta Circular entre el Ministro de Salud, de Educación y la Secretaria General de la FMC, de 2009. Tiene el objetivo de garantizar la seguridad de la estudiante embarazada.
- La Resolución No. 139 de 2011 del MINED. Norma el Programa Nacional de Educación de la Sexualidad con enfoque de género y de derechos sexuales en el Sistema Nacional de Educación. Aunque se han realizado críticas a su concepción, contenidos y metodologías para la implementación, no cabe duda de que constituye un avance al reflejar la clara preocupación existente en torno a la temática. Este Programa fue impulsado como parte de las acciones de seguimiento a los acuerdos resultantes de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe para detener y revertir el avance de la epidemia del VIH, conocidos como “Prevenir con Educación”.
- En el año 2018 se comienza a trabajar en la implementación de los estándares de calidad en los servicios de salud integral a adolescentes, con énfasis en SSR, con el acompañamiento técnico y financiero del UNFPA, teniendo en cuenta la necesidad de mejorar el acceso y uso de los servicios de SSR por parte de las y los adolescentes. Este proceso se ha distinguido por la amplia participación del personal de salud en servicio y de adolescentes en los contextos en que se desarrolla.

A partir del estudio de los Programas nacionales, se identifican las siguientes características de los servicios para adolescentes y jóvenes en Cuba:

- Son servicios universales y gratuitos.
- Algunas de las políticas que se expresan a través de los mencionados programas no se encuentran contenidas en una norma legal.
- Buscan la participación de las y los adolescentes y jóvenes con el objetivo de trabajar directamente en sus necesidades sentidas, brindarles información que les permita adoptar decisiones responsables y que les ayuden a comprender su sexualidad, a prevenir embarazos no deseados, a evitar el aborto, y a protegerse de las ITS, especialmente el VIH/sida.
- No tienen suficiente espacio dedicado a la prevención de la violencia ni a la información sobre abusos sexuales.
- Se requiere del consentimiento de progenitores, representantes legales o tutores para el acceso a determinados servicios.

Por ello, en el ánimo de hacer más amigables y efectivos estos servicios de SSR para adolescentes y jóvenes, se recomienda:

- Elaborar o revisar las normas y procedimientos de los servicios, si existieran, para implementar y garantizar los principios participativos antes apuntados, en toda su amplitud, generalidad y sistematicidad, a fin de evitar cualquier concepción verticalista y patriarcal en el ordenamiento del sistema y garantizar que las acciones de promoción de SSR con adolescentes no se queden a nivel de pequeños grupos y unidades temporales reducidas.
- Ampliar la participación popular plena de las/os usuarios de los servicios desde la concepción hasta la evaluación, pues ello garantizaría su verdadera aceptación y efectividad al involucrar a las/os interesados y partir de sus necesidades sentidas.
- Establecer la diferencia que debe existir entre información y desarrollo de competencias para la potenciación del ejercicio de derechos sexuales y de la salud sexual. Se ha documentado ampliamente que los programas basados en información no son suficientemente efectivos.

- En pos de la eficiencia y la seguridad sanitaria de las prestaciones, las medidas que se adopten para la compactación y regionalización de servicios (interrupciones de embarazos y hogares maternos, entre otros) han de tener en cuenta la accesibilidad a los servicios y la proximidad de las mujeres a sus familias, en razón de las distancias que se deben recorrer en algunos casos y las dificultades del transporte.
- Perfeccionar y sistematizar los procesos de capacitación en atención a la elevada fluctuación de los profesionales médicos en el equipo básico de salud, que afecta la profundidad del conocimiento de la situación de salud de la población; así como a los déficits existentes en la preparación en temas de SSR, que afecta el ejercicio profesional en estas esferas (Quintana *et al.*, 2014:30-39). Deben incorporarse de manera intencional temas relacionados con el conocimiento de los derechos y su ejercicio, así como los relativos a la prevención, detección y atención de las diferentes formas de violencia.

10. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El uso de métodos anticonceptivos de barrera (condón masculino y condón femenino) y de anticonceptivos de emergencia, cobran especial relevancia en la regulación de la fecundidad y la prevención del VIH y otras ITS. En las normativas vigentes estudiadas no existe referencia a límites de edad para acceder libremente a condones masculinos y femeninos; estas tampoco se refieren —de manera expresa— a límites de edades o requerimiento de consentimiento de padre, madre o representante legal para acceder a servicios de SSR.

Las políticas de libre acceso facilitan el uso de anticonceptivos de barrera como instrumento de planificación familiar y de protección frente al VIH y otras ITS, al romper con los frenos que representan el conocimiento o presencia de progenitores o tutores y el temor o vergüenza de las y los menores para contar que han iniciado su vida sexual o prevén hacerlo, lo que puede retrasar el momento de acceder a dichos métodos.

Por su parte, el Programa Nacional Materno Infantil (versión vigente de 1999) incluye entre los temas de especial interés el Riesgo Reproductivo Preconcepcional, al considerar que en el contexto actual existe un “Manejo y control inadecuados del riesgo reproductivo preconcepcional, dados por el no conocimiento de la magnitud del problema, la distorsión del enfoque y la no realización de acciones para su modificación”. Al incorporarlo como tema prioritario se propone mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja, para ello establece sus objetivos y una serie de acciones y metodologías en pos de su instrumentación, control y vigilancia. Es válido insistir en la necesidad de una participación activa de los hombres en todos los procesos, lo que sin dudas es fundamental para garantizar la SSR de las mujeres y la incorporación de la perspectiva de género, como expresión coherente del principio de igualdad.

Dicho programa establece como objetivos la identificación de la población en riesgo, la modificación positiva de los riesgos y el logro de embarazos deseados saludables o con el menor peligro posible. Para ello diseña como acciones y metodologías para su instrumentación: el desarrollo de la Ginecología Infanto-Juvenil; la búsqueda activa y el tratamiento de afecciones en niños, adolescentes y adultos masculinos que puedan afectar su salud reproductiva; la capacitación del personal de APS; la identificación de los lugares con resultados desfavorables en el control del riesgo reproductivo; la exigencia de la dispensarización del universo en riesgo; la utilización del método anticonceptivo adecuado en cada caso; y el desarrollo y perfeccionamiento de consultas especializadas de Planificación Familiar, entre múltiples variantes.

Por otra parte, como control, se estipulan las supervisiones mensuales con grupos de trabajo a la APS, priorizando los lugares con resultados desfavorables en el control de riesgo, la evaluación, la disminución de los embarazos con riesgo y de los riesgos en el embarazo, así como el análisis de la situación de salud en la APS. Para la vigilancia establece el seguimiento de la disminución de los embarazos con riesgo y de los riesgos en el embarazo, así como el monitoreo del cumplimiento de las acciones, con periodicidad trimestral por Sitios Centinela, y el análisis de la situación de salud.

Al atender a estas prioridades, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH/sida 2014-2018 dedica un importante espacio de análisis al mercadeo social de condones masculinos, en relación con la prevención, tratamiento y control de las ITS y el VIH/sida, considerando que:

- La promoción del uso del condón masculino ha sido fundamental en la estrategia de prevención, promoción y protección de la SSR.
- Se ha trabajado en una estrategia encaminada a lograr el acceso a condones de calidad, en cantidades que cubran las necesidades y satisfagan la demanda, distribuidos a precios accesibles en todo el país en puntos de venta tradicionales (farmacias) y no tradicionales (bares, cafeterías, discotecas, centros nocturnos y de recreación seleccionados) por ser lugares donde se realizan encuentros que propician las relaciones sexuales de riesgo, reduciendo barreras sociales y

psicológicas e informando y educando sobre las ventajas de su uso sistemático.

Para alcanzar estos objetivos, el Plan Estratégico ha concebido el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar todas las fases del mercadeo, desde la planificación basada en las demandas anuales de los territorios, la calidad y variedad de los condones adquiridos, los sistemas de distribución y almacenamiento, la información sobre las ventas, consumo, cobertura y demanda de condones en todos los niveles de la cadena de distribución, la accesibilidad a través de la extensión de los puntos de venta no tradicionales y la información, educación y comunicación dirigida a la población general y poblaciones clave, comercializadores y distribuidores del producto.

Como fue previamente señalado, la utilización de anticonceptivos por adolescentes y jóvenes aumenta, aunque con un uso discontinuo, y predomina el uso del condón masculino⁴¹. El condón femenino resulta escaso a partir de las dificultades existentes en el país para su adquisición, al punto de que cuando se utiliza el término “condón” se sobreentiende que es el masculino. Ello se considera una barrera que atenta contra una planificación familiar responsable, de libre elección y sin discriminación de género, y que permita a las mujeres prevenir ITS, entre ellas el VIH; pero la barrera no estriba solo en la disponibilidad, sino también en la información sobre su existencia y uso, pues las campañas sobre protección de las relaciones sexuales usan como imagen el condón masculino, por lo que trasladan a este género la posibilidad de protección, dejando a las mujeres en estado de dependencia.

10.1. Anticoncepción de emergencia

El Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia (2012-2017) reconoce la importancia de la anticoncepción de emergencia en la planificación familiar, toda vez que entre las acciones preventivas y asistenciales previstas por las normas administrativas aprobadas para la atención de adolescentes se encuentra:

41 No se comporta de igual manera en la población adulta, en la que el principal método anticonceptivo es el DIU, seguido de la esterilización femenina y el condón; aunque debe resaltarse el aumento del uso del condón en los últimos diez años.

“Orientar y facilitar el uso de los anticonceptivos adecuados a este grupo poblacional en todos los espacios que se consideren oportunos y según el marco legal, así como la anticoncepción de emergencia”.

En este análisis, se entiende como anticoncepción de emergencia únicamente a las píldoras de emergencia (PAE), no a los DIU. Respecto a la edad como requisito para la entrega de las PAE, las normativas nacionales vigentes no hacen mención explícita a rangos etarios y se deduce que las mujeres en estado fértil de cualquier edad pueden acceder a este método anticonceptivo. Tampoco hacen referencia a la presencia o autorización de los representantes legales, lo que facilita el acceso de las adolescentes a estos recursos.

La anticoncepción de emergencia se introdujo en el SNS en el año 2013, para 250 mil usos al año como mínimo, y está disponible en los consultorios del médico y enfermera de familia. No se encontró en este estudio una referencia expresa a las situaciones que permiten la entrega del anticonceptivo de emergencia.

11. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD

Los documentos jurídicos internacionales y los resultantes de las conferencias mundiales son claros sobre la importancia de que la educación integral en sexualidad se imparta desde la niñez y adolescencia, en el entendido de que el estado de bienestar constituye un componente fundamental del derecho humano a la salud.

En efecto, la programación de promoción de la salud sexual debe, en principio, alinearse con un método integral de educación de la sexualidad que se adapte a las necesidades locales de la comunidad. El enfoque integral de educación de la sexualidad indica que las personas deben recibir información de amplia base y oportunidades de adquirir destrezas que les permitan tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de su salud sexual (WAS, 2008:113).

Una necesidad identificada en el campo de la promoción de SSR desde la perspectiva de derechos es justamente la visibilización de estas cuestiones y el reconocimiento de su carácter central. Resulta necesario el enfoque positivo en educación y SSR, de modo que se reconozca el derecho al placer como una condición básica para el alcance y disfrute de la SSR (WAS, 2008:113).

En Cuba, la educación integral de la sexualidad es rectorada por el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual —coordinado por el CENESEX— y está prevista por el Sistema Nacional de Educación desde las primeras etapas de la vida, con los contenidos y la información adecuada para cada una de ellas. La Resolución No. 139 de 2011 desarrolla el Programa de Educación de la Sexualidad con enfoque de género y de derechos en el Sistema Nacional de Educación. En su aplicación se concede prioridad a la prevención de embarazos precoces, se amplía la capacitación a docentes y directivos,

se promueve la participación de jóvenes y adolescentes y se presta especial atención a la violencia de género e intrafamiliar.

Otra de las prioridades del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS/VIH y las hepatitis 2019-2023 ha sido la de desarrollar programas de educación sexual y de prevención de estas enfermedades para jóvenes y adolescentes en el SNS:

- La corresponsabilidad en la gestión a través de la respuesta intra e intersectorial ha resultado indispensable para sustentar los compromisos establecidos por Cuba y su seguimiento.
- Se han establecido procesos colaborativos intersectoriales de revisión de currículos y planes de estudio, en aras de determinar en qué medida se ha incorporado la educación integral sobre la sexualidad, acompañada de una revisión y actualización minuciosa de los estándares de capacitación del personal docente en todos los ámbitos educativos.
- La estrategia para alcanzar las metas ha requerido ajustes constantes y en su virtud se han establecido espacios de intercambio y de interaprendizaje en función de la sistematización, análisis e identificación de obstáculos, lecciones aprendidas e innovaciones en la respuesta nacional.
- Entre los principales avances en los compromisos establecidos se destacan los relacionados con el marco legal e instrumentos de planificación, la ampliación transversal de actividades y fortalecimiento de capacidades para la inserción curricular, así como mejoras en la implementación y coordinación de materiales y actividades.
- La promoción de la transversalización de género en la respuesta a las ITS-VIH/sida ha sido una prioridad de los esfuerzos en los últimos años, donde han desempeñado un papel muy importante instituciones y organizaciones como la FMC, la Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, el CENESEX y el CESJ, entre otros.

En criterio propio, este enfoque de educación integral de la sexualidad debe visibilizarse con mayor intencionalidad en las normas jurídicas y en el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. Asimismo, la educación sexual no puede ir destinada únicamente a la disponibilidad de los servicios y a la información como derechos, sin tener en cuenta el componente afectivo

que reviste, cuestión alarmante debido a que la gran mayoría de los programas existentes reflejan una mirada desde los riesgos de la salud de los jóvenes y adolescentes, sin incluir lo emocional. Se alude constantemente a la salud reproductiva, pero no se establece una adecuada relación con la necesaria sensibilidad sobre el tema y lo afectivo. No pueden inculcarse sentimientos en jóvenes y adolescentes, si no se trabaja desde ellos.

Por último, los servicios de salud reproductiva, en su arista educativa, no solo deben orientarse a su prestación ante situaciones de daño consumado —de cualquier tipo—, sino también con carácter preventivo y enfoque positivo de la sexualidad, adecuado al contexto sociocultural.

12. INTERRUPCIONES DE EMBARAZO

En Cuba, los servicios de interrupciones voluntarias de embarazo están disponibles para toda la población en forma legal y gratuita. Desde que se brinda como tal, la morbi-mortalidad por este concepto ha descendido considerablemente.

El Código de Defensa Social de 1938, primer Código penal cubano, permitió el aborto terapéutico con carácter de excepción. En su artículo 443 establecía su realización para salvar la vida de la madre o para evitar un grave daño a su salud; también, con la anuencia de la embarazada, cuando la gestación hubiera sido ocasionada por haberse cometido sobre la grávida el delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, o estupro; y, con la autorización de los progenitores, cuando el propósito fuera evitar la transmisión de una enfermedad hereditaria de carácter grave al feto.

Al triunfo de la Revolución, era alto el índice de muertes maternas debido a los abortos ilegales (Álvarez, 1994:6-7), por lo que a partir de 1960 se incluyen en los debates de salud de la FMC y en los centros de enseñanza media, entre otros, los temas de educación sexual. En 1965 se estableció la institucionalización hospitalaria de la práctica del aborto voluntario como una medida encaminada a la disminución de la muerte materna y como conquista en la lucha por la plena igualdad basada en el libre derecho a decidir sobre la reproducción. Esta institucionalización fue consecuencia de una interpretación flexible del artículo 443 del Código de Defensa Social y que luego, en los respectivos Códigos Penales y sus modificaciones, encuentra reflejo en el capítulo dedicado al aborto ilícito dentro del Título referido a los Delitos contra la vida y la integridad corporal.

Así, resulta sancionable cuando se realice fuera de las regulaciones de salud establecidas, aunque tenga la autorización de la grávida, y se establece la figura agravada cuando se comete por lucro, fuera de

las instituciones oficiales o se lleva a cabo por una persona que no es médico. Se penaliza también el realizado contra una grávida sin su autorización —se ejerza, o no, fuerza o violencia—, con agravación en caso de muerte. Se estipula el caso del que ejerza fuerza, violencia o le cause lesiones a una mujer embarazada ocasionándole el aborto o la destrucción del embrión, sin propósito de causarlo, pero conociendo del estado de esta; y, por último, también será sancionado quien sin la debida prescripción facultativa venda o facilite sustancias abortivas.

Por su parte, el Decreto No. 139 de 1988, Reglamento de la Ley de Salud Pública (art. 36), legaliza el servicio de aborto en el país y ello ha permitido que a lo largo de estos años se elaboren, aprueben y actualicen sistemáticamente las indicaciones que delimitan las funciones, requisitos y atribuciones de todos los actuantes de los procedimientos médicos vinculados a la práctica del aborto, y las Guías Metodológicas para la instrumentación de la terminación voluntaria del embarazo.

En razón de su consideración como tema prioritario en pos de lograr la disminución de las tasas de aborto, se establecen una serie de acciones y metodologías para su instrumentación, control y vigilancia:

- Las acciones y metodologías para su instrumentación están encaminadas a perfeccionar las actividades de educación sexual dirigidas a disminuir la incidencia del embarazo no deseado, incrementar la oferta de métodos anticonceptivos en cantidad y variedad, perfeccionar el proceder de la regulación menstrual en la APS y disminuir los riesgos en la práctica del aborto y de la regulación menstrual. El control sistemático se dirige a los servicios de planificación familiar y en particular a la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, al funcionamiento de los servicios de aborto y de regulación menstrual, así como a la evaluación y a la disminución de la tasa de aborto. La vigilancia consiste en análisis trimestrales del indicador aborto/parto, de la tasa de aborto por grupos de edades, y el monitoreo trimestral del comportamiento de la regulación menstrual.
- El Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia (2012-2017) prevé acciones preventivas y asistenciales en las regulaciones administrativas aprobadas para la atención de adolescentes, entre las que se encuentra:

Ofrecer atención diferenciada a las adolescentes en los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual, tratando siempre que sea posible, utilizar el aborto medicamentoso de menor riesgo para las mismas y con un seguimiento posterior de su evolución, el cual se realizará en la consulta por el especialista del centro y debe hacerse junto a su pareja y si es menor de 16 años con la presencia de su representante legal.

- Se desarrolla el aborto medicamentoso con Misoprostol. Se elevó la cobertura del 38 % en el 2012 hasta el 55 % del total de interrupciones en el 2014, y el propósito para 2018 era alcanzar el 80 %⁴². Asimismo, se estableció en todos los laboratorios de los policlínicos el diagnóstico bioquímico para comprobar el embarazo antes de la realización de la regulación menstrual, lo que protege a 30 de cada 100 mujeres del riesgo de infertilidad femenina al que se asocia este proceder cuando no está bien justificado.
- En abril de 2012, el Departamento Materno Infantil del MINSAP aprobó las Guías Metodológicas para todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo, lo cual eleva la exigencia en la aprobación del aborto después de las 12 semanas e introduce nuevos conceptos del consentimiento informado sobre riesgos y ventajas de proseguir o terminar el embarazo.
- Debe significarse la Resolución Ministerial No. 24 de 6 de febrero de 2013, que deja sin efecto la Indicación No. 5 del 15 de septiembre de 2011 del MINSAP y que aprueba las Normas de salud para la terminación voluntaria del embarazo; resolución que se complementa con las Guías Metodológicas y que busca desarrollar conductas responsables en hombres y mujeres frente al embarazo, propiciar una sexualidad sana, favorecer una anticoncepción consciente y segura, la disponibilidad de servicios de asesoramiento genético en las áreas de salud, unido a un programa de diagnóstico prenatal de defectos congénitos que permite detectar y confirmar cada año

42 La fuente de referencia es el tercer *Informe de Cuba al Comité de los Derechos del Niño* (Gobierno de Cuba, 2017), y no aparecen datos al respecto en el *Anuario Estadístico de Salud 2018* (MINSAP, 2019), por lo que no se puede precisar si fue alcanzada esta cifra.

embarazos en los cuales los fetos presentan anomalías que implican un grave peligro para la vida o severas afectaciones en su calidad de vida.

Si bien debemos reconocer con justeza que el derecho al aborto es una conquista que permite el goce de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres cubanas y que su regulación y tutela penológica están dentro de lo más avanzado en esa materia en el mundo, y muy particularmente en nuestra región, no es menos cierto que es ardua la labor para lograr que ese servicio no sea utilizado de manera irresponsable como un método de regulación de la fecundidad.

La Encuesta Nacional de Fecundidad realizada en el país en el año 2009 demostró que el aborto inducido y la regulación menstrual siguen siendo utilizados como métodos alternativos al no uso o uso incorrecto de los anticonceptivos.

Apreciamos, sin embargo, como una barrera legal para el acceso efectivo de las adolescentes a los servicios de SSR, el hecho de que tanto el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia (2012-2017) Acápito VIII. c. 10, como la Resolución Ministerial No. 24 de 6 de febrero de 2013, artículo 3.b), exijan la presencia de los representantes legales de las personas menores de edad en los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual⁴³. El Programa Nacional especifica que es cuando son menores de 16 años, y la Resolución Ministerial no se pronuncia, por lo que implícitamente entendemos que se refiere a aquellas personas menores de 18 años de edad.

43 Artículo 3: Son requisitos imprescindibles para todas las variantes de terminación voluntaria del embarazo los siguientes:

- a) Existir un diagnóstico de certeza de embarazo.
- b) Deseo expreso por escrito y evidencia documental del consentimiento informado de la grávida con capacidad plena o su representante legal, cuando proceda.
- c) Se realiza por médicos especialistas habilitados en el territorio nacional.
- d) Se realiza en instituciones asistenciales expresamente acreditadas para efectuar dicho proceder.

Téngase en cuenta que esa presencia implica aceptación del representante legal, lo que podría afectar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos del adolescente si existiera discordancia entre ambos. Sin dudas, el requerimiento de consentimiento de los progenitores, tutores o representantes legales para el acceso a determinados servicios constituye una brecha en tanto se limitan los derechos y garantías de las y los adolescentes y jóvenes.

La tendencia es a eliminar las autorizaciones de los representantes legales, no solo para el caso de la interrupción de embarazos, sino para el resto de las cuestiones que tributen al acceso de los servicios de SSR. Particular atención merecen aquellas situaciones sensibles de riesgo en el entorno familiar en las que el consentimiento, e inclusive el conocimiento de madres, padres o tutores, pueden atentar contra los derechos de adolescentes y jóvenes. De manera general, el tema del consentimiento extravasa lo puramente intrínseco a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, pues irradia a cualquier proceder médico, en tanto los y las usuarios/as requieren de información relativa a posibilidades, riesgos y consecuencias de cada actuación frente a su padecimiento, con vistas al otorgamiento de consentimiento informado para el proceder que corresponda.

Según el Estudio Regional realizado y que sirve de base al presente, las y los adolescentes deben tener acceso libre a los servicios de SSR desde que son capaces de consentir sus relaciones sexuales. Así, en Cuba, conforme la normativa penal y familiar, desde los 14 años no se debería limitar o condicionar el acceso a los servicios de SSR, en este caso, a los servicios de interrupción de embarazo y regulación menstrual.

13. SERVICIOS DE VIH/SIDA

El Reglamento de la Ley de la Salud Pública (art. 123) establece que le “corresponderá al Ministerio de Salud Pública ejecutar las acciones encaminadas a prevenir y controlar las enfermedades transmisibles o no, que dañen la salud humana y planificar, ejecutar y controlar los planes, programas y campañas tendentes al control o erradicación de enfermedades u otras alteraciones de la salud”.

Desde los inicios de la década de los ochenta se constituyó, por decisión del Gobierno, un Grupo Operativo para coordinar y estructurar las acciones necesarias para el abordaje de las ITS, especialmente el VIH/sida, y se resolvió que el Ministro de Salud Pública coordinara y presidiera el citado grupo interministerial. Desde entonces se desarrolla el llamado Plan de Respuesta Intersectorial para la Educación, Prevención y Control de las ITS-VIH/sida, que ha permitido que los diferentes organismos y organizaciones tracen, de manera más concreta y específica, un conjunto de acciones, con énfasis en la educación y prevención. También, en virtud de la Resolución Ministerial No. 110, de 8 de octubre de 2001 se aprobó y puso en vigor el primer Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/sida, 2001-2006; su última versión data del año de este informe y comprende hasta el 2023, lo que pone de relieve el permanente interés en el tema.

Dentro de las transformaciones que se desarrollan para mejorar el estado de salud de la población e incrementar su satisfacción por los servicios en ese ámbito, en el año 2013 se actualizó y perfeccionó el mencionado Plan Estratégico Nacional para su aplicación en el período 2014-2018, de manera que fuera posible superar las brechas detectadas en los años de aplicación, incrementar su alcance y favorecer el acceso de la población más afectada. Dicho plan, puesto en vigor por la Resolución Ministerial No. 773 de 27 de diciembre de 2013, brinda una información muy valiosa sobre la situación de

las ITS/VIH/sida en el país y analiza la efectividad de la respuesta nacional. Igualmente resalta las poblaciones más vulnerables, entre las que se encuentran las y los adolescentes y jóvenes, y refiere las acciones desarrolladas durante todos estos años. De esta información se distinguen los elementos siguientes:

- Desde 1986 y hasta el 2017 se diagnosticaron 28 659 casos de VIH, de los que han fallecido 5 159 (4 636 por sida y 523 por otras causas). La prevalencia conocida de VIH al cierre de 2017 era de 0,29 % en población de 15-49 años, 19,7 % en transgéneros, de 5,58 % en hombres que tienen sexo con hombres y de 2,82% en personas que tienen sexo transaccional (Colectivo de autores, 2019).
- La principal vía de transmisión es la sexual (99,6 %) y los grupos de edades que más han aportado al diagnóstico en los últimos años, según las edades, ha variado respecto al quinquenio anterior. Se aprecia un desplazamiento hacia las personas de 40 a 49 años, de 25 a 29 años, de 20 a 24 años y de 50 años y más. El diagnóstico en las personas adolescentes es muy bajo en el país. Sin embargo, según la Encuesta Nacional de prevención de las ITS y el VIH, este es el grupo de edades que menos accede a las pruebas de diagnóstico. Si bien una parte no ha iniciado sus relaciones sexuales, un porcentaje considerable de los que lo han hecho, no recurre a estos servicios (ONEI, 2018).
- Se mantienen 45 municipios más afectados por la epidemia. En ellos se concentra el 81 % de todas las personas que viven con VIH en el país.
- En 2017 se realizaron 2,6 millones de pruebas de VIH en diferentes grupos de población, priorizando la búsqueda activa de casos en poblaciones clave.
- La baja mortalidad a causa del sida en pacientes con tratamiento continúa siendo un indicador de impacto positivo. Así también la baja incidencia de la infección. Ambos indicadores se consideran un resultado favorable de la respuesta integrada ante la epidemia en el país.
- Se mantienen eliminadas la transmisión por sangre y sus derivados y la materno-infantil, siendo la sexual la forma de transmisión de más del 99 % de los casos diagnosticados.

- Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 70 % del total de casos diagnosticados y el 87,4 % entre los del sexo masculino. Es hacia esta población y hacia las personas trans que se aprecian los mayores niveles de rechazo, siendo los adolescentes quienes más muestran estas actitudes (ONEI, 2018).
- Adolescentes es un subgrupo de población tributario de intervenciones educativas y preventivas, toda vez que solo el 32,4 % tiene un conocimiento perfecto sobre el VIH y se destacan los mitos y falsas creencias con relación a esta infección, sus vías de transmisión y las formas de prevenirlo (ONEI, 2018 y Colectivo de autores, 2019).
- Como concreción de las acciones de prevención de las ITS y el VIH/sida, la Unidad de Promoción de salud y prevención de enfermedades ha desplegado estrategias específicas para este grupo:
 - Cabe resaltar la formación de educadores pares juveniles —actualmente están activos más de 2 000 promotores en todo el país— a la vez que su actuar les permite ser líderes y agentes de cambio.
 - Las acciones alcanzan cada comunidad. Se encuentran activos en el nivel primario de atención más de 7 000 círculos de adolescentes, quienes, a su vez, se convierten en multiplicadores o facilitadores de los procesos que se desarrollan con otros adolescentes.
 - Se realizan actividades de sensibilización centradas en la familia teniendo en cuenta la influencia determinante que tienen en las aspiraciones y elecciones de los más jóvenes.
 - Se desarrollan actividades movilizativas de “Hazte la Prueba” centradas en las áreas de salud más afectadas, encaminadas a aumentar el número de jóvenes que conocen su condición serológica y a fomentar el uso de los servicios de salud.
- Está implementada la vigilancia del VIH/sida y los sistemas de información. La investigación epidemiológica de cada caso y la estratificación de la información obtenida hasta el nivel local han permitido conocer lugares y personas afectados según sexo, edad, zona de residencia, ocupación laboral, factores de riesgo asociados, orientación sexual, estado inmunológico

al diagnóstico y antecedentes serológicos. Esta información ha contribuido a conocer mejor las diferentes subepidemias, dirigir las acciones preventivas con mayor énfasis en los lugares y hacia los grupos más afectados e identificar necesidades de recursos para la ampliación del alcance del programa.

- La estrategia de búsqueda de casos para la vigilancia del VIH que comenzó en 1986, incluye el estudio serológico de los donantes de sangre, personas con ITS, ingresados con síntomas y signos sugerentes de sida, embarazadas en el primer y tercer trimestre del embarazo, personas receptoras de sangre y derivados (hemofílicos y otras hemopatías), donantes de órganos, nefrópatas, personas con conducta sexual de riesgo captadas en la APS, personas que solicitan la realización de la prueba y la pesquisa en enfermos de tuberculosis.
- Desde 2001, la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) realiza cada dos años la Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH/sida, cuyo saldo ha posibilitado monitorear cambios en indicadores de resultado, conocer el grado de satisfacción de la población, mejorar las estimaciones de necesidades de servicios y perfeccionar las acciones preventivas.
- La transmisión materno-infantil del VIH ha sido muy baja, lo que ha permitido que el 30 de junio de 2015 Cuba se erigiera como el primer país del mundo en recibir la certificación de la OMS que acredita que ha erradicado la transmisión del virus del sida (VIH) y de la sífilis de madre a hijo (Cubadebate, 2015). Esta condición fue recientemente ratificada.
- A partir del año 2000 se introducen de forma progresiva nuevas estrategias preventivas recomendadas internacionalmente, entre ellas la terapia antirretroviral combinada a embarazadas con CD4 <350ce/mm³ y CV>mil copias, PCR en papel de filtro al niño a los 15 días de nacido y AZT intraparto. La aplicación de TAR a todas las gestantes independientemente de sus conteos de CD4 y el seguimiento virológico e inmunológico en los tres trimestres del embarazo se completa en el 2008 y, en el 2011, se pauta mantener la terapia después del parto independientemente de los conteos de CD4. El protocolo nacional vigente se corresponde con la estrategia B+.

- Durante el año 2012 fueron atendidas 156 gestantes con VIH; 11 decidieron interrumpir su embarazo y 4 abortaron espontáneamente. El 96.5 % recibió terapia combinada para prevenir la transmisión materno infantil, el 100 % de sus hijos recibieron profilaxis y se les realizaron pruebas virológicas entre los 2 meses y el año de vida.
- El seguimiento y evaluaciones periódicas de la gestante y los niños y niñas se realizan por el médico y enfermera de la familia e intervienen además especialistas del Policlínico y de VIH/sida. Las muestras para estudios especiales de mujeres, niñas y niños son indicadas por los equipos de salud locales, trasladadas a través de un sistema de envío de muestras desde las provincias hacia los laboratorios regionales, de donde retornan los resultados a la unidad de salud que los indicó.
- Los mecanismos de referencia y contra referencia para la atención a niñas y niños con VIH se han fortalecido y además de la atención que reciben en su consultorio, policlínico y hospital provincial, existen relaciones de trabajo que permiten su asistencia a interconsultas especiales en el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” (IPK) cada vez que sea necesario.
- El sistema de atención médica periódica, tratamiento y atención integral a personas que viven con el VIH desde el período 2007-2011 es descentralizado, se han regionalizado los servicios especializados de seguimiento para mejorar el acceso de pacientes de provincias lejanas y se han creado capacidades humanas y materiales con el propósito de mejorar la calidad de la atención en cumplimiento de los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad que ofrece el SNS.
- La capacitación de recursos humanos constituye prioridad y su alcance ha beneficiado a médicos, enfermeros, técnicos de la salud y personal de farmacias, entre otros. También se tienen en cuenta temas relativos a la atención integral en los programas de formación y actualización de promotores y personas que viven con VIH como parte del paquete de acciones dirigidas a fomentar el cuidado de la salud, los hábitos de higiene y alimentación, la prevención de enfermedades y la adherencia a tratamiento, entre otros.

- El acceso a la terapia con ARV como estrategia de atención integral se sostiene desde el 2001 en la producción local de medicamentos antirretrovirales que conforman los esquemas del 80 % de las personas bajo tratamiento. El resto de los esquemas están conformados por ARV adquiridos a través del financiamiento del Fondo Mundial. Actualmente, el 99,49 % de las personas adultas y niñas y niños elegibles reciben protocolos de tratamiento según pautas nacionales.
- La asociación de la infección por el virus del VIH y la tuberculosis se ha ido incrementando en los últimos tres años en el país, lo que ha motivado una estrecha relación con el programa nacional de control de la tuberculosis, en aras de fortalecer las acciones relacionadas con la adherencia al tratamiento antirretroviral y la terapia preventiva de la infección latente. Las acciones se encaminan, en lo fundamental, al fortalecimiento de áreas como la estandarización y optimización de regímenes de TAR, adecuación del inicio de TAR a las recientes recomendaciones de la OMS, mejoramiento de la calidad de la atención y la adherencia, así como la reducción del costo de los medicamentos, para dar cumplimiento a los compromisos establecidos por el país con la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial y en correspondencia con la estrategia 2.0.
- En Cuba todas las personas que viven con VIH tienen acceso a los exámenes de carga viral y CD4 de forma gratuita, así como al tratamiento antirretroviral continuo.

13.1. Marco jurídico específico vinculado al VIH/sida

No existen normas jurídicas que obliguen a revelar el estado serológico ni que puedan resultar contraproducentes para los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, o que violen los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y otros grupos vulnerables.

Normativas vigentes de aplicación:

- Resolución Ministerial No. 101 del Ministro de Salud Pública, de 17 de junio de 1997. Regula el sistema de atención ambulatorio de las personas que viven con VIH, la necesidad de su adiestramiento y acompañamiento por parte de un equipo

multidisciplinario del sector salud y el acceso a la atención y la prevención.

- Resolución Ministerial No. 13 del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, de 24 de julio de 1997. Este cuerpo legal tiene vital importancia a partir del tratamiento del paciente, vinculado con la concepción del ser humano como ser social y útil para la sociedad y para sí, con derecho a trabajar y sin que la seropositividad represente un obstáculo para acceder al empleo.
- Resolución Ministerial No. 141 del 21 de agosto del 2000, del Ministro de Salud Pública. Define los medicamentos que serán asignados de forma gratuita a las personas que viven con VIH.

14. PRINCIPALES BARRERAS

- El Código de la Niñez y la Juventud debe ajustarse a las nuevas tendencias de la legislación de protección integral de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que —en la práctica— han sido asumidas por el MINSAP y recogidas en su Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia.
- Las normas jurídicas en materia civil, familiar y penal se encuentran desactualizadas y, aunque mantienen su vigencia en sentido general, responden a condiciones específicas del contexto cubano de las décadas de los años setenta a los noventa; por lo que contienen conceptos, expresiones terminológicas y lenguaje obsoletos, así como algunas expresiones de discriminación indirecta.
- La Ley de la Fiscalía, el Código de Trabajo y otras normas de reciente data también requieren de reposado análisis para responder al desafío de reforma legislativa generalizada que impone la nueva Constitución al consagrar un amplio espectro de derechos y garantías a desarrollar en leyes especiales.
- Aunque el gobierno cubano ha expresado que realiza grandes esfuerzos para atemperar la legislación nacional con los postulados de la CDN en materia de la edad, este ha sido uno de los problemas que se mantiene y ha sido señalado por el Comité de los Derechos del Niño, en ocasión de la presentación de los exámenes periódicos en 1997, 2011 y 2017. Resaltan, a los efectos de este estudio, la inexistencia de un rango etario para ser considerado niño, niña o adolescente, la ausencia de un catálogo de derechos de la infancia y la adolescencia —con especificación de los derechos sexuales y reproductivos—, la prevalencia del ISN como principio en todas las materias y

ámbitos, así como el ejercicio de los derechos en función de su capacidad progresiva en aras de lograr su verdadera participación, toma de decisiones y asunción de responsabilidad.

- La atención a la infancia y la adolescencia es una prioridad del Estado y gobierno cubanos y de todas sus instituciones. El país cuenta con el PANIAF, que resulta una norma guía, pero se conoce poco sobre su contenido y no se tiene constancia de que se haya llevado a cabo alguna valoración relativa a su aplicación y evaluación.
- No existe una entidad central que se encargue de atender el tema de la infancia y la adolescencia para dar seguimiento a las políticas a partir de un enfoque preventivo e integrador.
- Las políticas públicas de SSR que se expresan a través de los diferentes Programas del MINSAP —detallados en este informe— no tienen suficiente espacio dedicado a la prevención y atención de la violencia e información sobre abusos sexuales. Algunas de esas políticas no se encuentran contenidas en una norma legal.
- El reflejo normativo —jurídico y en los distintos programas— del enfoque de educación integral de la sexualidad es insuficiente y el existente centra su mirada en los riesgos de la salud de adolescentes y jóvenes, sin inclusión de lo emocional o afectivo y de su enfoque positivo.
- El acceso al condón femenino es limitado a partir de las dificultades existentes en el país para su adquisición y además se carece de información sobre su existencia y uso, pues las campañas sobre protección de las relaciones sexuales usan como imagen el condón masculino. Se pone de manifiesto la necesidad de redireccionar el enfoque hacia la diversidad de métodos, porque la capacidad de tomar decisiones de este tipo tiene que ser equitativa y a través de la negociación.
- El requerimiento de presencia y consentimiento de los progenitores, tutores o representantes legales para el acceso a los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual constituye una brecha en tanto se limitan los derechos y garantías de las y los adolescentes y jóvenes.
- Aunque las y los jóvenes afirman conocer sus derechos, este conocimiento es sobre todo formal, pero no necesariamente implica que sean cabalmente conscientes del alcance de sus

contenidos, o de la importancia de su ejercicio y protección para el desarrollo íntegro de su personalidad y para la actuación ante posibles vulneraciones.

- Resulta insuficiente la cultura jurídica de la población en cuanto a la concepción de sujetos de derecho de niñas, niños y adolescentes y el alcance de su capacidad progresiva, en particular de aquellas/os profesionales que atienden a las y los adolescentes, lo que incide en la calidad de los servicios de SSR.

15. RECOMENDACIONES

EN UNA PERSPECTIVA NORMATIVA

Con carácter general:

1. Establecer los 18 años como la edad de protección a la infancia, de conformidad con las normas internacionales vigentes en la materia.
2. Adecuar normas jurídicas nacionales a los instrumentos internacionales que tributan a la materia, en cuanto a las previsiones etarias por materias, la mayoría de edad y, en consecuencia, la plena capacidad jurídica.
3. Brindar cobertura jurídica a los programas para adolescentes con énfasis en la SSR.
4. Elaborar una Resolución Conjunta sobre derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, información y acceso a los SSR en la que se definan con precisión las funciones y acciones de cada uno de los órganos, organismos e instituciones involucrados: MINSAP, MINED, Ministerio de Educación Superior, Instituto Cubano de Radio y Televisión, MININT, FGR, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, entre otros.

Con carácter especial:

Como parte de los esfuerzos que realiza el Estado cubano por ajustar la legislación a la CDN y a los restantes documentos internacionales ratificados, particularmente en lo relativo a la edad y el enfoque de género, sería muy atinado perfeccionar la legislación penal, familiar, civil y laboral, en relación con el ejercicio de la plena capacidad de obrar —con énfasis en la capacidad progresiva—, y,

consecuentemente, la SSR como derecho humano e inherente a la personalidad.

En el orden civil y familiar:

1. Eliminar la excepcionalidad de formalización de matrimonio para las y los menores de 18 años edad.
2. Prever, en las normas sustantivas y procesales, regulaciones referidas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en razón de la edad, la capacidad y en función del interés superior.
3. Determinar una única edad para contraer matrimonio por menores de edad, eliminando la excepcionalidad para el matrimonio antes de los 18 años, conforme a los estándares internacionales y las recomendaciones de la CDN, la CEDAW y la OMS.
4. Prever un catálogo de derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud, específicamente sobre los derechos sexuales y reproductivos. A modo indicativo, garantizar los derechos a:
 - Atención de salud con o sin autorización adulta.
 - Autodeterminación sexual y reproductiva.
 - Permanecer libre de toda forma de violencia y coerción que afecte su vida sexual o reproductiva.
 - Intimidad, confidencialidad y privacidad.
 - Recibir información pertinente, amplia y veraz.
 - Recibir servicios de salud de calidad y acordes a las características de cada quien
 - Expresar su opinión.
 - Participar.
 - La valoración del ISN dentro y fuera de la sede judicial.

En el orden laboral:

1. En el Código de Trabajo, incluir la doble situación de vulnerabilidad de la trabajadora adolescente, las situaciones de acoso sexual y cómo se pudiere accionar ante ello.
2. Valorar lo relacionado con los derechos de quienes son empleados por personas naturales o por formas empresariales no estatales, que pudieren ser objeto de discriminación por razón de la edad, sexo, género, color de la piel, orientación sexual, identidad de género o apariencia física, entre otros as-

pectos que pueden marcar el acceso al mercado de trabajo y la consiguiente remuneración.

En el orden penal:

1. Elevar la edad penal a 18 años de edad, de manera que se brinde un tratamiento despenalizado a las y los menores de edad comisores de hechos tipificados como delitos.
2. Extender la protección especial que como víctimas tienen las y los menores de 16 años, a las y los menores entre 16 y 18 años de edad, y aplicar, como principio y objetivo, el ISN en todos los casos que involucren a menores, tanto desde la posición de sujeto activo, como de víctima directa o indirecta.
3. Actualizar la denominación y determinación del bien jurídico a proteger, en el Título XI, Delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales y contra la familia, la infancia y la juventud, del Código Penal.
4. Eliminar las expresiones de discriminación indirecta presentes en los tipos penales de este título, así como valorar las consideraciones de delito continuado, concurso real de delitos y marcos sancionadores.
5. Instrumentar la posibilidad de que estos delitos sean perseguibles de oficio y, en virtud de esto, ampliar la factibilidad de denuncia a todo el que conozca de su existencia, así como establecer efectos punitivos respecto a quienes conozcan de conductas de este tipo y no realicen la correspondiente denuncia.

EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Deviene importante significar la relevancia de crear una institución estatal que se encargue de la atención y protección a la infancia y la adolescencia y, en este sentido, apoyar los análisis que se desarrollan al más alto nivel estatal para dar seguimiento a las políticas a partir de un enfoque preventivo e integrador.

Como paliativo y hacia la labor de la Fiscalía:

1. Designar a la FGR como el ente responsable de la protección de niñas, niños y adolescentes en Cuba, mediante una norma jurídica en la que queden además enunciadas taxativamente sus funciones en este ámbito y los principios que deben regir

su actuación, los que han de ser concordantes con los de la CDN.

2. Realizar acciones comunicativas encaminadas a que la población conozca más sobre la función de la FGR como ente supervisor de los derechos de la infancia y explicar a niñas, niños y adolescentes de maneras amigables y por los canales pertinentes, la posibilidad de presentar quejas ante este órgano.
3. Crear los mecanismos y espacios físicos adecuados que ofrezcan oportunidades genuinas a niñas, niños y adolescentes, para realizar quejas y presentar denuncias sobre vulneraciones de sus derechos ante este órgano.
4. Potenciar la capacitación especializada de los fiscales de la Dirección de Protección de la Familia y Asuntos Jurisdiccionales, en temas de derechos de la infancia y la adolescencia, con especial énfasis en el principio de interés superior y el derecho a la participación.

En otros órdenes:

1. Garantizar que la edad de consentimiento sexual coincida con la protección penal a las víctimas de delitos sexuales.
2. Eliminar la exigencia de presencia y consentimiento de madres, padres o representantes legales para el acceso a los servicios de SSR; en particular en los servicios de interrupción de embarazo y de regulación menstrual. Las y los adolescentes deberían tener acceso libre a los servicios de SSR desde que son capaces de consentir sus relaciones sexuales. Así, en Cuba, de acuerdo al análisis realizado de la normativa penal y familiar, desde los 14 años no se deberían limitar o condicionar el acceso a los servicios de SSR, en este caso, a los servicios de interrupción de embarazo y regulación menstrual.
3. Incrementar las acciones dirigidas a elevar la cultura jurídica de la población sobre estos temas, incluyendo a sus protagonistas —las y los adolescentes y jóvenes—, así como a progenitores, representantes legales y/o tutores; personal docente de los centros de enseñanza y personal de salud en servicio.
4. Incrementar y sistematizar las acciones de capacitación jurídica en los diferentes organismos que intervienen en estos temas, en especial a los futuros profesionales y al personal docente

del Sistema Nacional de Educación y del personal del SNS; así como diversificar los espacios dedicados a la prevención y atención a diferentes expresiones de violencia, entre ellas las relacionadas con cuestiones de SSR. En particular, en el conocimiento de la CDN y sus Protocolos Facultativos, la CEDAW y la legislación nacional correspondiente.

5. Incorporar o ampliar, en su caso, los espacios dedicados a la prevención y atención de las diferentes expresiones de la violencia, así como información sobre explotación y abusos sexuales, en los Programas de SSR que implementa el MINSAP.

EN SERVICIOS

1. Ampliar y diversificar la información clara y comprensible sobre los servicios de salud reproductiva para los y las adolescentes y jóvenes, que incluya la ubicación de los establecimientos o lugares que ofrecen información, consejería y/o servicios de SSR, incluidas las ITS y el VIH.
2. Incrementar la presencia de consejerías en espacios de salud, promoviendo el acceso y uso de servicios y recursos para una plena SSR.
3. Habilitar y asegurar la distribución de métodos anticonceptivos variados y de calidad en los centros de salud, red de farmacias y en los espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes, sin limitaciones.
4. Poner tratamientos profilácticos de post-exposición a disposición de las y los jóvenes que lo requieran.
5. Diseñar las normas y procedimientos para el desarrollo de los servicios de SSR (desde la educación y promoción de SSR hasta la curación y rehabilitación) lo suficientemente flexibles y, al mismo tiempo, precisos en la definición de sus algoritmos, para dar contención a las múltiples necesidades relacionadas con la sexualidad, generadoras de demandas potenciales y efectivas de dichos servicios, teniendo en cuenta las características diferenciales, en especial la territorialidad, entre otras. Estos deberían prever, además:
 - la concepción participativa de sus usuarias/os en todos los momentos del proceso, desde el diseño hasta la evaluación,
 - contemplar en la letra y en la práctica el enfoque de género, incorporando de manera creciente las necesidades de los hombres y de otras identidades de género.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). 1989	26 de enero de 1990	21 de agosto de 1991	Al momento de la ratificación, el Gobierno realizó una Declaración en el sentido de que "en referencia al artículo 1 del Convenio, el Gobierno de la República de Cuba, en virtud de la legislación nacional en vigor, la mayoría de edad no se alcanza a los 18 años a los efectos del pleno ejercicio de los derechos cívicos".
Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la venta de niñas y niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas y niños en la pornografía		25 de septiembre de 2001	No
Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la participación de niñas y niños en los conflictos armados		9 de febrero de 2007	Al momento de la ratificación, el Gobierno realizó una Declaración en el sentido de precisar que la edad mínima establecida para el reclutamiento voluntario de los ciudadanos cubanos a las Fuerzas Armadas se corresponde con estar transitando por el año en que cumplen los 17 años.

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba (continuación)			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). 1979	7 de marzo de 1980	17 de julio de 1980	No
Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	2000	No	
Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad		6 de septiembre de 2007	No
Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad	No	No	

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba (continuación)			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convenio No. 33 de La Haya relativo a la Protección del Niño y la Cooperación en materia de Adopción Internacional		1 de junio de 2007	No
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	28 de febrero de 2008	No	
Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	No	No	
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	28 de febrero de 2008	No	
Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	No	No	

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba (continuación)			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional	2000	9 de febrero de 2007	No
Protocolo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres, niñas y niños		20 de junio de 2013	
Protocolo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementan dicha Convención		20 de junio de 2013	

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba (continuación)			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción		julio de 2008	
Convención Internacional para la Protección de las Personas contra las Desapariciones Forzadas		febrero de 2009	
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes			
Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes		No	

Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba (continuación)			
Instrumento Jurídico internacional	Firma	Ratificación	Reservas o Declaraciones
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares			
Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. 1951	Si	No	
Protocolo Facultativo de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados. 1967		No	
Convenio No 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación *	No	No	

* Actualmente se encuentra en proceso para su posible ratificación.

Anexo 2. Índice de principales organizaciones, acrónimos y abreviaturas

ACE	Anticoncepción de Emergencia
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretroviral
CCC	Código Civil cubano
CDN	Convención de los Derechos del Niño
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra de la Mujer (siglas en inglés)
CENESEX	Centro Nacional de Educación Sexual
CESJ	Centro de Estudios sobre Juventud
CPC	Código Penal cubano
CRC	Constitución de la República de Cuba
DIU	Dispositivos Intrauterinos
FMC	Federación de Mujeres Cubanas
FGR	Fiscalía General de la República
GOPELS	Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el Sida
ISN	Interés superior del niño
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
MINED	Ministerio de Educación
MININT	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MES	Ministerio de Educación Superior
ONEI	Oficina Nacional de Estadísticas e Información
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA

OPS/OMS	Plan de Acción Nacional para la Infancia, la Adolescencia y sus Familias
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SNS	Sistema Nacional de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (siglas en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (siglas en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

BIBLIOGRAFÍA

Albizu-Campos Espiñeira, Juan Carlos (2009): “La fecundidad en Cuba. Viejas interrogantes y algunas respuestas”, en *Novedades en Población*, CEDEM, La Habana.

Álvarez Lajonchere, Celestino (1994): “El aborto en Cuba, aspectos jurídicos y médico-sociales”, en *Sexología y Sociedad*, Año 0, No. 1, Editorial CENESEX, La Habana.

Centro de Estudios de la Mujer (2019): “La mirada de los y las jóvenes. Un estudio comparativo por edades a partir de la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género”. Informe de investigación.

CESJ (2016): “Juventud en cifras 2013-2015”. Informe de investigación.

Colectivo de autores (1999): *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes*. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf

Colectivo de autores (2019): *Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis. 2019-2023*, MIN-SAP/Prosalud, La Habana.

Constitución de la República de Cuba (2019). Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Nueva%20Constituci%C3%B3n%20240%20KB-1.pdf>

UNICEF (1989): Convención sobre los derechos del niño. Disponible en <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.

Cruz, Francisca (s/a): “Historia de la Adolescencia en Cuba en los últimos 20 años”. (mimeo)

Departamento Materno-Infantil y Planificación Familiar (s/a): *Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. 2012-2017*. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20%28Cuba%29.pdf>

Gómez Treto, Raúl (2007): “¿Hacia un nuevo Código de familia?”, en *Revista Cubana de Derecho*, No. 29, Unión Nacional de Juristas de Cuba, enero-junio.

Gómez, Luis (2011): *Lecturas a la realidad juvenil cubana a principios del siglo XXI*, CESJ, La Habana.

Cubadebate (2015): “La Unicef califica de hito a Cuba por sus resultados contra el VIH y la sífilis”. Disponible en <http://www.cubadebate.cu/noticias/2015/07/09/la-unicef-califica-de-hito-a-cuba-por-sus-resultados-contr-el-vih-y-la-sifilis/#.VbkXbWy37Mw>

Gobierno de Cuba (2011, 2013 y 2017): Informe del gobierno de Cuba ante los Comités de Expertos del Comité de los Derechos del Niño.

_____ (s/a): Informe inicial de la República de Cuba en virtud del Protocolo Facultativo de la CDN relativo a la venta de niñas y niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas y niños en la pornografía. CRC/C/OPAC/CUB/2.

MINSAP (2013): *Plan Estratégico Nacional para la prevención y el Control de las ITS, el VIH/sida 2014-2018*. Disponible <http://files.sld.cu/sida/files/2014/03/pen-primera-parte.pdf>

_____ (2019): *Anuario Estadístico de Salud 2018*. Edición electrónica. Disponible en <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

_____ -UNICEF (2015): *Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)*. Disponible en <https://www.unicef.org/cuba/mics5-2014-cuba.pdf>

Molina Cintra, Matilde (2017): “Fecundidad adolescente. Apuntes actuales”, en *Novedades en Población*, CEDEM, La Habana.

Moras, Pedro Emilio *et al.* (2011): *Consumo cultural y adolescencia en Cuba. Reflexiones a partir de una Encuesta Nacional*, Instituto Cubano de Investigación Cultural “Juan Marinello”, La Habana.

OMS (2012): *Making health services adolescent friendly*. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/

ONEI (2014): *Censo de Población y Vivienda 2012. Informe nacional*. Disponible en <http://www.one.cu/informenacional2012.htm>

_____ (2016): *Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género (ENIG-2016)*. Disponible en <http://www.one.cu/enig2016.htm>.

_____ (2019): *Anuario Demográfico de Cuba 2018*. Edición electrónica. Disponible en <http://www.one.cu/aec2018.htm>

ONUSIDA (2008): *Penalización de la transmisión del VIH*. Disponible en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1601_policy_brief_criminalization_long_es.pdf

ONUSIDA, UNFPA y UNICEF (2015): *Análisis de las Legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina*. Disponible en <http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/salud-sexual-y-reproductiva/salud-sexual-y-reproductiva-1/222-analisis-sobre-legislaciones-y-politicas-que-afectan-el-acceso-de-adolescentes-y-jovenes-a-los-servicios-de-ssr-y-vih-en-america-latina>

OPS (2005): *Modelo de consejería orientada a los jóvenes. En prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva*. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7630/OPS2005-ISBN927532615.pdf?sequence=1>

Plan Estratégico Nacional para la prevención y el Control de las ITS, el VIH/sida y las hepatitis 2019-2023.

Quintana Llanio, Livia, *et al.* (2014): “Comportamiento en torno a la reproducción en la adolescencia. Acercamiento a sus condicionantes”, en *Novedades en Población*, Año 10, No. 19.

Rodríguez Cabrera, Aida y Luisa Álvarez Vázquez (2006): “Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes”, en *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 32, No. 1, Ciudad de La Habana, enero-marzo. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100008.

Roca, Blas (1978): *Código de la Niñez y la Juventud*, Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba, 28 de junio.

Rodríguez Gómez, Grisell (2013): *De lo individual a lo social: cambios en la fecundidad cubana*, Editorial CEDEM, La Habana.

WAS (2008): *Salud sexual para el milenio: Declaración y documento técnico*, Minneapolis, MN, USA, CENESEX, La Habana.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN / 1

1.1. Morbilidad y mortalidad adolescente / 11

1.2. Atención integral y especializada a la adolescencia / 12

2. MARCO JURÍDICO GENERAL / 14

2.1. Legislación nacional de alcance general / 17

3. SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS Y MECANISMOS ESPECÍFICOS DIRIGIDOS A LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD / 32

4. EDAD Y CAPACIDAD JURÍDICA PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS / 38

5. CONSENTIMIENTO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES / 44

5.1. Previsiones en sede familiar / 44

5.2. Previsiones en materia penal / 49

6. ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL / 55

7. CRIMINALIZACIÓN DE LA TRANSMISIÓN Y EXPOSICIÓN AL VIH / 61

8. POLÍTICAS MIGRATORIAS RELACIONADAS CON VIH / 62

9. SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DIFERENCIADOS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES / 63

10. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS / 70

10.1. Anticoncepción de emergencia /	72
11. EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD /	74
12. INTERRUPCIONES DE EMBARAZO /	77
13. SERVICIOS DE VIH/SIDA /	82
13.1. Marco jurídico específico vinculado al VIH/sida /	87
14. PRINCIPALES BARRERAS /	89
15. RECOMENDACIONES /	92
ANEXOS /	97
Anexo 1. Instrumentos Jurídicos Internacionales firmados o ratificados por Cuba /	98
Anexo 2. Índice de principales organizaciones, acrónimos y abreviaturas /	104
BIBLIOGRAFÍA /	106