

**MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN CUBA EN LA
DÉCADA DE LOS NOVENTA**

Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira

157

Comunicació presentada al Seminario General
de la *Red de Estudios de Población ALFAPOP*
“*Temas de población latinoamericanos*”,
coordinat pel Centre d'Estudis Demogràfics
i celebrat a Bellaterra, 8-12 de febrer de 1999.

Centre d'Estudis Demogràfics

1999

I

Resum.- Malgrat que Cuba va fer un accelerat procés de transició demogràfica en general i, de mortalitat en particular, les dècades dels setanta i vuitanta van ser testimoni de l'estancament en les millores de la capacitat de supervivència de tota la població, exceptuant als menors d'un any, la mortalitat dels quals va continuar disminuint. Això va ser l'antecedent gestor de les reduccions actuals de l'esperança de vida al nèixer d'ambdós sexes, mentre que la profunda crisi econòmica i social que va afectar a la societat cubana en aquest decenni, va constituir el factor d'acceleració. Què va passar amb aquest indicador i quins van ser els determinants dels canvis, són les preguntes que s'intenten respondre.

Paraules clau.- Mortalitat, supervivència, Cuba.

Resumen.- A pesar de que Cuba hizo un acelerado proceso de transición demográfica, en general, y de mortalidad, en particular, las décadas de los setenta y de los ochenta fueron testigos del estancamiento de las mejoras de la capacidad de supervivencia de toda la población, exceptuando a los menores de un año, cuya mortalidad continuó disminuyendo. Ello fue el antecedente gestor de las reducciones actuales de la esperanza de vida al nacer en ambos sexos, mientras que la profunda crisis económica y social que golpeó a la sociedad cubana en el presente decenio, constituyó el factor de aceleración. Qué sucedió con ese indicador y cuáles fueron los determinantes de los cambios son las preguntas que se tratan de responder.

Palabras clave.- Mortalidad, supervivencia, Cuba.

Abstract.- Although Cuba has experienced a rapid process of demographic transition in general, and of its mortality in particular, the decades of the seventy and the eighty were the witnesses of the stagnation of the improvements of the population's survival capacity, while infant mortality continued to be reduced. This was the genesis agent of the current reduction of life expectancy at birth for both sexes, while the deep economic and social crisis that is hitting the Cuban society nowadays has constituted the factor of acceleration. What happened to this indicator and what are the determinants of the changes are the questions to be responded.

Key words.- Mortality, survival, Cuba.

Résumé.- Bien que Cuba ait connu un processus rapide de transition démographique en général, et de la mortalité en particulier, les années soixante-dix et quatre-vingts ont été les témoins d'une stagnation des améliorations de la capacité de survie de la population, tandis que la mortalité infantile était la seule qui continuait à s'améliorer. Ce fut l'agent génésique des réductions actuelles de l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes, tandis que la profonde crise économique et sociale qui a frappé la société Cubaine au commencement des années quatre-vingt-dix a constitué un facteur d'accélération. Que s'est-il passé avec cet indicateur et quels ont été les déterminants du changement, sont les questions à répondre.

Mots clés: Mortalité, survie, Cuba.

ÍNDICE

1.- Breves antecedentes históricos	1
2.- Primeros signos de cambio	5
3.- ¿Qué sucedió realmente?	12
4.- Una hipótesis que no se verifica	14
5.- El diferencial por edades	17
6.- La incidencia de las causas de muerte	17
7.- Conclusiones	25
Bibliografía	28

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

1.- Cuba. Tasa de incremento de la esperanza de vida al nacer, 1900-1995	2
2.- Relación entre la disminución de la tasa de mortalidad infantil y el incremento de la esperanza de vida al nacer. Cuba, 1970-2000	6
3.- Cuba. Contribución de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer en los bienios 1981-82 y 1988-89. Porcentajes de años de esperanza de vida al nacer potencialmente perdidos, por grupos de edad	8
4.- Cuba. Cambios en la esperanza de vida al nacer en algunas provincias a finales de los años ochenta. Bienio 1988-1989 comparado al 1986-1987. Diferencia de años en la esperanza de vida al nacer	11
5.- Cuba. Esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil, 1980-1995	13
6.- Cuba. Ganancia o pérdida, anual y acumulada de la esperanza de vida al nacer. Período 1988-1989 y 1994-1996	15
7.- Cuba. Contribución acumulada de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida potencialmente perdidos por grupos de edad	18
8.- Cuba. Contribución anual de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer. Hombres. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida al nacer potencialmente perdidos, por grupos de edad	19
9.- Cuba. Contribución anual de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer. Mujeres. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida al nacer potencialmente perdidos, por grupos de edad	20
10.- Cuba. Contribución acumulada de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida potencialmente perdidos, por grupos de causas de muerte	21
11.- Cuba. Contribución anual de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Hombres. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida al nacer potencialmente perdidos, por grupos de causas de muerte	22
12.- Cuba. Contribución anual de las causas de muerte al cambio de la esperanza de vida al nacer. Mujeres. Período 1988-1989 y 1994-1996. Años de esperanza de vida al nacer potencialmente perdidos, por grupos de causas de muerte	23

MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN CUBA EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA

1.- Breves antecedentes históricos

El descenso de la mortalidad en Cuba y, por ende, el mejoramiento de sus indicadores resúmenes -esperanza de vida al nacer y mortalidad infantil- han colocado al país en una posición privilegiada dentro de la región latinoamericana y comparable al conjunto de países desarrollados que se ubican entre los más avanzados dentro de toda la comunidad internacional habiendo recorrido, antes de finalizar la década de los años ochenta, todas las etapas de la transición demográfica.

Este proceso de avance, que comenzó muy temprano -desde inicios del presente siglo-, se vio acelerado a partir del impacto experimentado por la sociedad cubana producto de los cambios introducidos a partir de 1959. Es, por otro lado, muy interesante que en el caso de la mortalidad, las inflexiones en el ritmo de incremento de la esperanza de vida al nacer coinciden con eventos históricos que constituyen hitos para la sociedad cubana, en lo que se aprecia un paralelismo que no puede dejar de señalarse. Como puede verse en la ilustración 1, la tasa de incremento de la esperanza de vida al nacer se revela como una serie cronológica localmente constante en la que los valores anuales se mueven alrededor de ciertos promedios que se mantienen estables a lo largo de prolongados períodos. Entre 1900 y 1933, este indicador estuvo en el entorno de 0.62%, mientras que la población de la isla asistía a un movimiento inmigratorio intenso que cubrió estas décadas y que terminó por duplicar el número efectivo de habitantes con un contingente fundamentalmente español. Por otro lado, este período se inauguró con la implementación de un extenso paquete de medidas sanitarias destinadas a la salvaguardia de las tropas norteamericanas de ocupación y que, dado su alcance nacional, condicionaron el acelerado mejoramiento de las condiciones de supervivencia de la población cubana de comienzos de siglo. A todo ello habría que agregar el impacto del auge económico provocado por la Primera Guerra Mundial.

Entre 1930-1932 y coincidiendo con la gran crisis del sistema económico mundial, la sociedad cubana se ve enfrentada a un proceso de una pronunciada inestabilidad social que finaliza con un alzamiento de la población contra el gobierno y que conduce a su caída. Es a partir de ese momento en que comienza la llamada etapa republicana de la historia cubana de

este siglo y ello coincide con la elevación de la tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer hasta un 1.34% que refleja una duplicación de la rapidez con que transcurría la transición de la mortalidad.

Es en el período 1933-1952 en que se abre un verdadero proceso de modernización de la sociedad y en el que concomita la consolidación del sistema sanitario del país. De la dictadura de Machado el país heredó la carretera central que conectó todos los municipios y ciudades principales, introduciendo así un reforzamiento de los canales de interacción social. Las principales medidas higiénico sanitarias, previo al cambio de 1959, se toman durante este período y se construyen la mayoría de los hospitales provinciales. Se consolida la infraestructura de transporte y las comunicaciones cubren la mayor parte del país, una vez introducida la televisión y la puesta en funcionamiento de nuevas líneas telefónicas. Es durante este período que la economía cubana conoce, una vez más, un crecimiento económico importante condicionado por la Segunda Guerra Mundial, en el que los dos sectores más importantes, la industria azucarera y del níquel, registran un boom y la inserción internacional del país se consolida.

Coincidiendo con el año del golpe de estado de Batista, que pone fin al republicanismo, el ritmo de incremento anual de la esperanza de vida al nacer vuelve a descender hacia una cota de 0.82% alrededor de la que se mantiene hasta 1977. Durante esta etapa Cuba asiste a grandes cambios políticos y económicos. Entre 1952 y 1959 la penetración del capital norteamericano alcanza su esplendor y cubre la mayor parte de las actividades económicas importantes. Por otro lado, existe un capital cubano ya consolidado que comienza a ofrecer una fuerte competencia y que contribuye con ello a diversificar el mercado de empleo en tanto aumenta de manera significativa el número de ocupaciones. Las redes de interacción personal crecen en alcance y calidad a su vez y contribuyen a la expansión del patrón sanitario urbano hacia las zonas más alejadas de la capital y acorta las distancias sociales en un país que se beneficia de una sola cultura y de una sola lengua y donde la transmisión de la nueva información higiénico-sanitaria es ya un proceso de alcance nacional.

En medio de este período se produce el cambio político más importante del presente siglo en tanto cambia también el sustrato ideológico de la sociedad. El éxodo masivo de médicos y personal de la salud hacia Estados Unidos provoca la adopción de urgentes medidas de formación de especialistas y de oferta, *in situ* y gratuita, de los servicios médicos a la población. El nuevo gobierno, desde sus comienzos, otorga una alta prioridad al incremento de la calidad de vida de la población, en general, y al mejoramiento de las condiciones de salud e higiénico sanitarias, en particular, a partir de diferentes programas de salud cuyas bases se encuentran en el carácter participativo de toda la sociedad y de beneficio de los grupos históricamente menos favorecidos. Todo ello conduce al sostenimiento de los ritmos

anuales de incremento de la esperanza de vida al nacer.

Este período culmina en 1977 cuando se produce el reordenamiento político administrativo del país con el fin de viabilizar la implementación de los primeros programas quinquenales de desarrollo económico y social aprobados dos años antes en el primer congreso del partido comunista y que reciben un fuerte apoyo financiero de los países de la extinta comunidad socialista, fundamentalmente de la ex-Unión Soviética y se produce la integración de Cuba al circuito internacional de la división del trabajo de estos países. Ya en ese entonces, la esperanza de vida al nacer de ambos sexos había superado los 70 años y la estructura de causas de muerte había evolucionado de tal forma que las enfermedades de carácter exógeno pierden casi toda importancia frente al peso de los programas de salud implementados en el país y en los que el signo fundamental fue la prevención, asistiéndose, por otro lado, a la desaparición de trastornos como la poliomielitis que habían tenido impactos importantes en la supervivencia infantil. El enfrentamiento a una estructura de causas de muerte fundamentalmente endógenas conduce al descenso del ritmo de incremento de la esperanza de vida al nacer hacia una sima de 0.19% promedio anual durante todo el período.

De esta forma, entre 1988 y 1989, Cuba ya se encontraba entre aquellos países en el mundo en los que la esperanza de vida de ambos sexos ya había sobrepasado los 75 años o se encontraban muy cerca de ese nivel, situación que sirvió para que diferentes organismos internacionales -la Organización Mundial de la Salud y su equivalente para la región Panamericana, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, entre otros- tomaran el caso cubano como experiencia a promover entre los países que, partiendo de condiciones similares a las encontradas en Cuba en 1959, no habían alcanzado los niveles de prestación de la salud que en el país eran ya una realidad.

Sin embargo, dentro de esta situación tan ventajosa, en el país se observaba ya un patrón de mortalidad un tanto diferenciado de la generalidad. El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer apenas rebasaba los 3 años sin que se hubiese encontrado explicación a este fenómeno, cuando este indicador en el resto de los países con niveles similares a Cuba se movía entre los 5 y 6 años de diferencia entre los dos sexos.

Otro aspecto importante a destacar es la alta incidencia que históricamente han mostrado ciertas enfermedades -como la Diabetes Mellitus- en las mujeres cubanas, a tal punto que llegó a dar origen a programas específicos para su atención a finales de la década de los ochenta, que aún hoy continua y que ha incidido con mucha fuerza durante las edades reproductivas de la mujer.

2.- Primeros signos de cambio

Esta reducción de la velocidad de mejoramiento de la esperanza de vida hizo a muchos comenzar a dudar de la capacidad de avance futuro del indicador. El primer signo de cambio se produce alrededor de 1985, cuando este indicador disminuyó por primera vez. Al no existir una publicación oficial de una tabla de vida para el bienio 1984-1985 ni el bienio 1985-1986, las causas de tal descenso quedaron ensombrecidas y nunca fueron revelados los mecanismos que condujeron a un comportamiento que sorprendió a todos en una década marcada por la euforia alrededor de las tendencias de la capacidad de supervivencia de la población cubana.

Aún sin tenerse una clara explicación de esta primera turbulencia en la tendencia observada de la esperanza de vida al nacer en Cuba, ella ofreció la primera evidencia de que no debían esperarse, en un futuro cercano, grandes avances en el indicador, teniendo en cuenta que un comportamiento parecido se observa en otros países en los que se han traspasado el umbral a partir del cual las causas de muerte son de carácter fundamentalmente endógeno y con un claro predominio de las llamadas difícilmente evitables en la actualidad, lo que fuerza una conducta localmente constante de los índices resúmenes de la mortalidad en la que los niveles se muestran estables alrededor de ciertos valores medios durante períodos de tiempo más o menos prolongados.

También a finales de los ochenta, un ejercicio de simulación de las potencialidades de incremento del indicador (ilustración 2) arrojó el segundo signo de cambio. Este ejercicio, que utilizó como referencia el modelo de mortalidad aparecido en World Population Prospect, 1989 de Naciones Unidas, consistió en responder tres preguntas: 1) ¿Qué le sucedería a la esperanza de vida al nacer de Cuba, del bienio 1986-1987, si hasta el año 2004 la mortalidad de los menores de un año desciende hasta alcanzar la cota de una defunción por cada mil nacidos vivos mientras que la mortalidad del resto de las edades permanece constante y tal como fue observada en el bienio de referencia? 2) ¿Qué le sucedería a este indicador si, por el contrario, es la mortalidad infantil la que permanece constante en el nivel de 1986-1987 (13.3 por mil) mientras que la mortalidad del resto de las edades alcanza en el 2004 el nivel observado en el modelo de Naciones Unidas? y 3) ¿Qué le sucedería a la esperanza de vida al nacer si ambas, la mortalidad infantil y la mortalidad del resto de las edades, alcanzaran en el 2004 los niveles de mortalidad observados en el modelo?

Las respuestas a las preguntas que plantean estos tres escenarios de cambio de la mortalidad son:

1) A pesar de alcanzar un nivel de mortalidad infantil que puede ser considerado de teórico en la actualidad (1 por mil), si la mortalidad del resto de las edades permaneciera constante, la esperanza de vida al nacer pasaría de 74.63 a 75.2 años, lo que representaría una ganancia de sólo 0.57 años en un período de 17 años entre el 1987 y el 2004.

2) En el caso contrario, en el que la mortalidad infantil permanece constante en 13 por mil, mientras que la mortalidad del resto de las edades evoluciona hasta alcanzar el nivel del modelo, la esperanza de vida al nacer alcanzaría los 77.6 años, representando una ganancia de poco menos de 3 años (2.97).

3) Si finalmente, ambas mortalidades evolucionaran hacia los niveles del modelo de Naciones Unidas, en el 2004 la esperanza de vida al nacer sería de 78.3 años, mostrando una ganancia de casi 4 años (3.67).

De este ejercicio se extraen dos conclusiones muy claras: 1) Que la esperanza de vida al nacer en Cuba, ya a finales de la década de los ochenta, mostraba muy pocas potencialidades de incremento, teniendo como cota superior posible los 78.3 años, para una ganancia media anual entre 1987 y el 2004 de 0.22 años, si el patrón de mortalidad cubano se modificara de forma tal que la mortalidad descendiera hasta alcanzar el nivel de los países de más baja mortalidad en aquel entonces y que dieron lugar al modelo propuesto y 2) Que no importaba el descenso que pudiera experimentar la mortalidad infantil en el período, en tanto las ganancias sustantivas de la esperanza de vida al nacer sólo se lograrían a partir de la disminución de la mortalidad del resto de las edades, mientras que la correlación entre la reducción de la mortalidad infantil y el incremento de la esperanza de vida al nacer había dejado ya de ser significativa para la evolución del segundo indicador.

Una vez que este ejercicio de simulación culmina, se impone entonces identificar cuáles eran las contribuciones reales de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer, en tanto había quedado demostrado que la mortalidad infantil, aunque siguiera siendo un objetivo de primera prioridad en cualquier programa de salud implementado en el país, había dejado de ser, ya en ese entonces, el instrumento socorrido para mejoramiento de los indicadores generales de mortalidad de la población.

El estudio de estas contribuciones en la década pasada aporta el tercer signo del posible cambio en los niveles de esperanza de vida al nacer. Como se observa en la ilustración 3, la dinámica de este indicador, medida por la contribución de las edades al cambio de la esperanza de vida al nacer entre los bienios 1981-1982 y 1988-1989, está marcada por la compensación del aumento de la mortalidad en el resto de las edades con el descenso de la mortalidad infantil, proceso mucho más marcado en el caso de los hombres, como era de esperarse, dado que partían de un umbral de mortalidad más elevado que las mujeres.

Es impresionante el papel jugado por el mejoramiento de la capacidad de supervivencia en el primer tramo de la vida en el incremento de la esperanza de vida al nacer en Cuba. En los varones, los menores de un año aportaron poco más de un 99.7% al cambio total en la década pasada, superando con mucho el aporte positivo de los niños de 1 a 4 y 5 a 9 años, de la misma manera que el aporte, también positivo de la población de 75 años y más. Por otro lado, el aporte de las mujeres se concentraba en la primera edad fundamentalmente, en una magnitud que superaba el aporte positivo -y en muchos casos duplicándolo- de aquellas edades que experimentaron mejorías, mientras que el resto de las edades hicieron aportes negativos.

Este mejoramiento de las condiciones de mortalidad de la población infantil y de la población en los tramos finales de la vida podría estar explicada por el énfasis puesto por el programa de salud en el subprograma materno infantil, la inauguración del programa del médico de familia (un médico cada 120 familias) y la puesta en funcionamiento del programa de reinserción de la población senescente en la vida formal de la sociedad y la apertura de los llamados círculos de abuelos en todo el territorio del país, de la misma manera que se abre un subprograma de salud de la población de edad avanzada -creándose el Centro Iberolatinoamericano de la Tercera Edad- y empieza a prestarse atención al proceso de envejecimiento que experimenta la población a causa de sus niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Se cree, por otro lado, que este nivel de fecundidad contribuyó también al mejoramiento de las condiciones de salud y de supervivencia en la primera edad, en tanto se redujo el número de nacimientos, estableciéndose alrededor de un promedio de 175.000, mientras se incrementaron las prestaciones del sistema de salud al programa de atención a la madre y al niño, poniéndose además en práctica el llamado movimiento de hospitales amigos del niño, iniciativa conjunta del Ministerio de Salud Pública y de UNICEF, en el que se evalúa el grado de promoción hospitalaria de la lactancia materna y que otorga ciertos estímulos una vez alcanzados determinados niveles.

Todo el resto de la población masculina, comprendida entre los 10 y los 74 años, vio deteriorarse su capacidad de supervivencia de forma alarmante y en las mujeres en los tramos de 15-19, 35-49 y 55-74. De esta ilustración pueden extraerse dos conclusiones fundamentales: 1) Que la esperanza de vida al nacer, durante los años ochenta, se encontraba en un franco proceso de reducción potencial y que fue enmascarado por el aporte positivo de ciertas edades, fundamentalmente por la disminución de la mortalidad infantil. 2) Que visto el incremento medio anual de la esperanza de vida al nacer en el período, 0.08 años, las posibilidades de mejoramiento del nivel del indicador ya estaban muy comprometidas al finalizar la década, por lo que se imponía un estudio con profundidad que, por un lado

desmitificara la euforia existente en los medios estadístico, demográfico y de salud alrededor de la capacidad de supervivencia de la población cubana y, por otro, ofreciera con la mayor exhaustividad posible, un estudio de las prioridades de programa de salud cubano si se adoptara como función objetivo la elevación de la extensión media de la vida.

Ahora bien, ¿es que este proceso de reducción potencial de la esperanza de vida al nacer era homogéneo en su manifestación territorial o, por el contrario, era más agudo en algunas provincias que en otras? Para responder esta pregunta, se debieron calcular tablas de mortalidad provinciales para el período 1988-1989 dado que la publicación oficial solo concernía al nivel nacional. El resultado fue más que esclarecedor pues en el último tramo del decenio anterior, es decir, en el período que media entre los bienios 1986-1987 y 1988-1989 seis provincias -de 14 en total- debieron cargar y compensar el descenso de la capacidad de supervivencia de las otras 8, lo que adicionó un cuarto signo de descenso potencial a escala nacional.

Ya en esa etapa, ver la ilustración 4, toda la región occidental del país -que comprende las provincias desde Pinar del Río hasta Matanzas, incluyendo a la Ciudad de La Habana- vio descender la esperanza de vida al nacer de cada uno de los sexos, mientras que en la capital se alcanzaba el nivel más bajo del indicador a escala nacional. Se cree que la migración hacia la Ciudad de La Habana haya contribuido a tal comportamiento, -completamente aislado a nivel mundial, en el que las capitales siempre se encuentran a la cabeza de la capacidad de supervivencia dentro de los países- en tanto que lo estipulado por el Ministerio de Salud es que cada paciente obtenga la atención necesaria *in situ* mientras que la población inmigrante a la capital lleva a sus familiares más cercanos a atenderse en la infraestructura sanitaria más potente del país cuando sus patologías ya se encuentran en fases muy avanzadas y se produce la defunción casi inmediatamente después de que el enfermo hace el cambio necesario de residencia habitual hacia la capital, imprescindible para la obtención del ingreso hospitalario.

De las cinco provincias centrales, tres vieron descender el indicador en los dos sexos o en alguno de ellos, mientras que en la región oriental, en Guantánamo -la provincia de menor nivel de desarrollo socioeconómico- descendía la capacidad de supervivencia de los hombres.

Estos descensos provinciales en el bienio 1988-1989, último momento de publicación oficial del nivel de la esperanza de vida al nacer en Cuba y último período en el que se observó un incremento en el indicador, fueron calculados a partir de estimaciones hechas en el CEDEM pues en esa oportunidad, la Oficina Nacional de Estadísticas no ofreció estimaciones subnacionales, como ya venía haciéndose. Por otro lado, el incremento del indicador en las restantes provincias fue lo suficientemente importante como para compensar el deterioro de la

capacidad de supervivencia que ya venía cubriendo una parte importante del país.

A estos cuatro signos se adiciona uno que, aunque de carácter especulativo, vino a confirmar las sospechas alrededor del sentido de los cambios que se venían produciendo en Cuba. En 1990 se esperaba la publicación oficial de una nueva tabla de mortalidad y esto no se produjo. Un poco enmascarado por el inicio de la crisis que se abatió sobre la economía cubana, este hecho venía a recordarnos lo sucedido alrededor de 1985, cuando una disminución coyuntural del indicador fue relegada a la omisión. Repitiendo el mismo pecado, la Oficina Nacional de Estadísticas dejaba cortada la tradición de publicar las tablas de mortalidad bianuales que caracterizó la década pasada. Ello hizo pensar a muchos que algo no marchaba bien y que se imponía un estudio con detenimiento del patrón de mortalidad cubano.

3.- ¿Qué sucedió realmente?

El inicio de la década actual sorprende al país con una fuerte crisis económica que aún hoy persiste y la mortalidad infantil continua descendiendo mientras que la esperanza de vida al nacer -en ambos sexos- ha comenzado un proceso de reducción, lo que constituye la confirmación de la ruptura de la correlación entre ambos índices, por un lado, y es el reflejo del cambio en la incidencia de las diferentes causas de muerte que afectan a la población cubana, por otro. La ilustración 5 nos muestra como el descenso comienza justo en el año 1990 (a partir de una tabla trianual 1989-1991). Esto merece cierta reflexión. Verdaderamente, el descenso comienza antes, pues la tabla del bienio 1989-1990, la que nunca fue publicada y que marcaría el final de la década, ya mostraba un descenso importante de la capacidad de supervivencia en ambos sexos, lo que confirmaba ya la hipótesis de que se avecinaba un período de recesión de los indicadores generales de la mortalidad del país y que se inaugura antes del comienzo de la crisis.

Esta reducción de la capacidad de supervivencia no fue en absoluto un producto exclusivo de la incidencia de la crisis económica sobre la población. El deterioro comenzó a gestarse durante la década de los ochenta, como ya hemos visto. Ya en el bienio 1988-1989, último momento en que la esperanza de vida al nacer en Cuba se incrementó, en el caso de la región occidental -léase Pinar del Río, La Habana, Ciudad de La Habana y Matanzas- se observó que, lejos de aumentar, disminuyó sin que aún se haya hecho un estudio exhaustivo de las causas que condujeron a esta pérdida de expectativa de vida, mientras que los aportes de la reducción de la mortalidad infantil alcanzaban el umbral de agotamiento.

4.- Una hipótesis que no se verifica

El hecho más sorprendente de este proceso de deterioro de la esperanza de vida al nacer en Cuba es que, contrariamente a lo esperado, el mayor impacto lo experimentan las mujeres. Viendo los signos de cambio que analizamos anteriormente y teniendo en cuenta el mayor grado de exposición de los hombres al riesgo de morir, con justicia podía esperarse un comportamiento contrario. Pero como se aprecia en la ilustración 6, las reducciones anuales de este indicador en la década actual son superiores en el sexo femenino desde el inicio del período hasta el trienio 1993-1995, reduciendo aún más el diferencial por sexos del indicador, que era ya reducido en la década anterior y que era mostrado como una de las peculiaridades del patrón de mortalidad cubano.

Otro rasgo importante es que mientras las reducciones en el sexo masculino son cada vez menores en el tiempo, en el caso de las mujeres la tendencia es totalmente inversa. Luego de superado el impacto inicial de la crisis, las reducciones son cada vez más importantes desde el trienio 1990-1992 hasta el trienio 1992-1994. Incluso, cuando en el trienio 1993-1995, el indicador de los hombres muestra un comportamiento casi constante, todavía las mujeres siguen mostrando mayores reducciones hacia el final del primer lustro del decenio.

No es, por tanto, extraño observar como hacia el final de esta primera mitad del decenio, las mujeres habían acumulado una pérdida de aproximadamente de 1.7 años de esperanza de vida al nacer frente a los 1.5 años de pérdida en los hombres, respecto a lo observado en 1988-1989. Aunque en el trienio 1994-1996 se aprecia una flagrante recuperación respecto al bienio anterior, todavía la población cubana no había logrado alcanzar el nivel observado al final de la década de los ochenta, como muestra la ilustración 5. ¿Qué ha sucedido desde entonces hasta hoy? Todavía no han sido calculadas las tablas de mortalidad correspondientes y no existe publicación oficial al respecto. ¿Será este otro nuevo signo?

Volviendo al trienio de 1992-1994, en el caso de los hombres vemos un ligero estancamiento de la reducción mientras que en las mujeres la reducción de este período es claramente superior a la observada en el período anterior. La explicación de esto podría ser que en este trienio concomitan los dos años peores de la crisis económica actual y que culminan con un fuerte éxodo de población hacia los Estados Unidos. Es así como en la segunda mitad de 1994, la sociedad cubana asiste a dos eventos económicos cruciales: 1) El restablecimiento del llamado “Mercado Libre Campesino” donde la población encuentra una contrapartida alimentaria de sustitución a la imposibilidad estatal de asegurar los suministros mensuales que constituyen la canasta básica y 2) La liberalización penal del dólar que permitió a la población el acceso a un mercado que hasta ese entonces había permanecido activo sólo para

los extranjeros residentes en Cuba, asegurándole de esta manera una fuente de complemento no sólo a aquella parte de la población que recibe directamente esta moneda sino también a aquella que la recibe por las diferentes vías de redistribución existentes en el país.

Todo ello podría explicar el retorno a una tendencia de ascenso de la esperanza de vida al nacer en Cuba. Son mecanismos de interacción social que, a través de las redes personales y comunitarias que se crearon a partir de la puesta en práctica de estas medidas, se expresaron en el mejoramiento de los niveles de alimentación y de condiciones de vida de una población sometida a una profunda crisis económica.

El hecho de que el descenso femenino superó al masculino queda por investigar, pero la lógica señala como responsable, entre otros, al rol de la mujer dentro de la sociedad cubana. Por un lado, su alto nivel de incorporación a la economía formal la expone a elevados riesgos de mortalidad, entre ellos, el de los accidentes de tránsito y los efectos de las enfermedades profesionales. La crisis del transporte que golpeó al país condujo al intento de paliarla a través de la introducción de la bicicleta como vehículo de transporte cotidiano, lo que trajo consigo una elevación de la accidentalidad vial a la que la mujer trabajadora se vio expuesta más o menos en el mismo grado que los hombres trabajadores, a lo que habría que sumarle el deterioro físico que representa transportarse en bicicleta diariamente sin contar con los niveles de alimentación adecuados; ello se verificó en la rapidez con que se extendió la llamada Neuropatía Periférica en todo el país, enfermedad carencial que tiene en su origen la ausencia de vitaminas en la dieta. Por otro lado, ese mismo grado de incorporación a la actividad económica la expuso a riesgos laborales relativamente semejantes a los de sus contrapartes. Finalmente, una vez de regreso en el hogar, la mujer cubana, tradicionalmente, dona sus alimentos fundamentalmente a sus hijos como medida para asegurar una alimentación mínima.

En unas condiciones de vivienda en la que se encuentran cohabitando tres o más generaciones, la mujer cubana es siempre el eslabón más débil de la cadena de reproducción social de su familia. Cualquiera cubano es testigo de ello. Ella, dada su conducta, pareciera considerar, aún cuando su aporte al ingreso familiar fuera más importante que el de su cónyuge, que la reproducción de éste es más importante y, por tanto, lo es también su alimentación. Y esta es una tradición que se puede observar en todos los estratos sociales y tiene que ver, seguramente, con unas estructuras familiares nucleares y tradicionales, de jefatura masculina preferentemente, revelando unas distorsiones evidentes del rol de los géneros a nivel del hogar. Unas redes familiares y de interacción social que no la favorecen en ninguna circunstancia.

5.- El diferencial por edades

Ahora bien, ¿cómo fue el impacto en los diferentes grupos de edades? Como era de esperarse, la estructura por edades de la contribución al cambio de la esperanza de vida al nacer no hizo más que reforzar el patrón observado en el decenio anterior. Mientras la mortalidad infantil seguía progresando, la contribución negativa del resto de las edades precipitó el deterioro como consecuencia de la disminución de la capacidad de supervivencia, fundamentalmente de la población adulta. Esta vez, ninguna reducción de la mortalidad infantil pudo compensar las afectaciones en el resto de los grupos de edades y, por ende, no pudo sostener el nivel del indicador.

De las ilustraciones 7 a la 9 se pueden extraer cuatro conclusiones fundamentales: 1) que en la actualidad no existe ninguna correlación entre los indicadores generales de la mortalidad en Cuba y que no importa la magnitud de la reducción de la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer podría continuar descendiendo; 2) que el patrón por edades de mortalidad que se observó en los años ochenta, según la ilustración 3, se vio reforzado en tanto las edades que mantenían un aporte positivo al cambio, excepto los menores de un año, vieron transformado su aporte en negativo como consecuencia de la pérdida de su capacidad de supervivencia, 3) que el trienio 1992-1994 fue el de mayor pérdida como consecuencia del impacto de la crisis socioeconómica que experimenta la población cubana y que *tocó fondo* entre los años 1993 y 1994 y 4) que es a partir de la puesta en práctica de ciertas medidas, comentadas anteriormente, que la esperanza de vida al nacer comienza a recuperarse y en el período 1994-1996 ya empieza a mostrar mejorías, aunque sin alcanzar el nivel de finales de los ochenta. Este es además un comportamiento que se verifica tanto en hombres como en mujeres y las diferencias de género sólo se aprecian en la intensidad con que se producen los cambios.

6.- La incidencia de las causas de muerte

Es evidente, a partir de las ilustraciones 10 a la 12, que el impacto de ambos procesos, el de gestación del descenso en la década de los ochenta y el de la crisis de los noventa, repercutió sobre todas las causas de muerte, exceptuando ciertas afecciones perinatales y anomalías congénitas, lo que explica el descenso de la mortalidad infantil en un período durante el cual la capacidad de supervivencia del resto de las edades se vio deteriorado y, por ende, el hecho de la pérdida de correlación entre este último indicador y la esperanza de vida al nacer.

Por otra parte, grupos de enfermedades que se consideraban suficientemente controladas, como las infecciosas y parasitarias (01-07) y las del aparato respiratorio (31-32) -por citar

solo dos- vieron multiplicados sus efectos negativos sobre el cambio de la esperanza de vida al nacer. Pero no sólo fueron estos dos grupos de causas de muerte, todas las causas de muerte que afectan a la población a partir del primer año de vida se vieron afectadas durante el período, de una forma o de otra. Sobresalen también las muertes violentas (47-56). Durante un período como el de la crisis que se abatió sobre la población cubana, los suicidios y los accidentes de tránsito prácticamente doblaron su incidencia, mientras que otras violentas asociadas a la ingestión de bebidas alcohólicas también se vieron reforzadas. Las enfermedades isquémicas del corazón (27), donde se clasifica en infarto agudo del miocardio -que mientras mostraba deterioro en un solo período en el sexo masculino, en las mujeres lo hizo en dos períodos y con mayor intensidad comparativa- los tumores, las enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y los trastornos de la inmunidad (sobre todo en las mujeres) y las enfermedades cerebrovasculares fueron, entre otros, los determinantes próximos que impactaron sobre la capacidad de supervivencia de la población cubana como reflejo de una crisis que puso en evidencia una fragilidad demográfica basada en la ausencia de una verdadera transición epidemiológica que hubiera podido preservar a la población una vez sometida al estrés económico de la década actual.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE SEGÚN LA 9a. REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES:

01-07: Enfermedades infecciosas y parasitarias.

08-17: Tumores.

18-19: Enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.

20: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

21: Trastornos mentales.

22-24: Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

25-30a: Enfermedades de aparato circulatorio, exceptuando las enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares.

27: Enfermedades isquémicas del corazón.

29: Enfermedades cerebrovasculares.

31-32: Enfermedades del aparato respiratorio.

33-34: Enfermedades del aparato digestivo.

35-37: Enfermedades del aparato genitourinario.

38-41: Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

42: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

43: Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

44: Anomalías congénitas.

45: Causas de morbilidad y de mortalidad perinatales.

46: Síntomas y estados morbosos mal definidos.

47-56: Accidentes, envenenamientos y traumatismos.

La conclusión fundamental de estas ilustraciones es que impactaron tanto en hombres como en mujeres, trastornando una estructura de causas de muerte que durante la década pasada había permanecido relativamente estable. Queda por delante un estudio más exhaustivo para poder determinar en qué grado cambió este patrón de mortalidad por causas. Lo que si se puede afirmar es que el patrón actual nada tiene que ver con el de períodos anteriores.

Una aplicación experimental del método de Wilcoxon para comparar dos variables fijadas por un valor (lo que se ajusta perfectamente a la comparación de dos estructuras que suman 100% cada una) ofrece resultados que corroboran este cambio, no solo a nivel global de todas las edades, sino a nivel de la estructura de causas de muerte según ciertos grupos de edades, como lo ilustra la tabla 1. Sólo en el caso de las mujeres, esta estructura permaneció semejante hasta el trienio 1990-1992, mientras que en los hombres, desde el inicio de la década, no existe ninguna semejanza en la distribución por causas de muertes y edades con relación al bienio 1988-1989.

¿Cuál ha sido la dirección del cambio de la estructura? Queda por estudiar, por ahora sólo se puede afirmar que el cambio afectó tanto a hombres como a mujeres y que sólo las causas asociadas con la primera edad se vieron favorecidas, lo que seguramente tendrá que ver con la rigurosidad e intensidad del programa materno-infantil implementado en el país.

7.- Conclusiones

La capacidad de supervivencia de la población cubana, medida a través de la esperanza de vida al nacer, mostró un fuerte deterioro en la primera mitad de la década actual y este deterioro se verificó en todas las edades, exceptuando los menores de un año, de tal forma que ningún descenso de la mortalidad infantil pudo servir de mecanismo de compensación, rompiéndose la correlación entre estos dos indicadores en lo que constituye una peculiaridad dentro del grupo de países que más han avanzado en el campo de mejoramiento de los niveles de mortalidad entre los que se ubica Cuba. Otra peculiaridad es la intensidad y el sostenimiento con que se manifestó este descenso, produciéndose cierto paralelismo entre el ritmo de deterioro del desarrollo socioeconómico y el ritmo de deterioro de la esperanza de vida al nacer, comportamiento que sólo ha sido observado en los países de Europa del Este a partir del cambio hacia las economías de mercado.

Este proceso de deterioro tiene un carácter dual. En primer lugar, tiene un componente intrínseco o de gestación que viene de la deformación estructural que sufrió el indicador general en la década pasada y cuyas manifestaciones permanecieron ocultas como consecuencia de su incremento inercial, lo que en otras palabras podría expresarse como que la reducción de la mortalidad infantil estuvo compensando, al menos durante toda la década

anterior, las reducciones de la capacidad de supervivencia de la población. En segundo lugar, tiene un componente de aceleración o agravamiento que condiciona el rompimiento de la correlación mortalidad infantil-esperanza de vida al nacer al comienzo de los años noventa y que se pone de manifiesto al incrementarse de forma aguda la mortalidad en las edades en que ya había aumentos en los años ochenta y que se suma al cambio de dirección del aporte al cambio en la esperanza de vida al nacer de aquellas edades que habían acompañado a la mortalidad infantil en el sostenimiento del nivel general de mortalidad en aquellos años.

Un hecho sobresaliente de este deterioro es que golpeó con más fuerza a las mujeres que a los hombres, contradiciendo todo lo que hubiera podido esperarse como comportamiento de la esperanza de vida al nacer en condiciones de crisis. Sólo ciertos mecanismos de la interacción social pueden explicar tal comportamiento: la elevada incorporación femenina a la actividad económica formal, el incremento del riesgo de muerte violenta a causa de los accidentes de tránsito, el incremento del impacto de ciertas causas de muerte como las enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y los trastornos de la inmunidad a consecuencia de los graves problemas de nutrición que debió enfrentar la población cubana a inicios de la década y el efecto nocivo peculiar que aporta el rol de la mujer dentro del hogar en la sociedad cubana.

El resurgimiento de las llamadas causas re-emergentes, o en otras palabras, de aquellas que se creían ya suficientemente controladas, es la manifestación más clara de la falla del sistema de salud cubano para enfrentar una coyuntura económica y social compleja y en condiciones de crisis que impone un cambio de la estructura de causas de muerte que afectan a la población. La ausencia de una verdadera transición epidemiológica introduce una fragilidad demográfica en la población cubana que la expone a mayores riesgos de mortalidad frente a este tipo de cambio y que se manifiesta cada vez que se producen turbulencias en el contexto socioeconómico e internacional en que se debate el país.

Bibliografía

- ALBIZU-CAMPOS, J.C.(1989). *La utilización de modelos de mortalidad en la planificación del sector de salud*. CEDEM, La Habana.
- ALBIZU-CAMPOS, J.C.(1991). *Aproximación a un modelo de mortalidad para Cuba*. CEDEM, La Habana.
- ARRIAGA, E.(1988). "Problemas relacionados con la medición de la Mortalidad". En *La Mortalidad en México: Niveles, Tendencias y Determinantes*. El Colegio de México, México.
- ARRIAGA, E.(1988). "Measuring and Explaining the Change of Life Expectancies". *Demography* , Vol. 21 n° 1, pp. 83-93.
- BARCLAY, G.(1962). *Técnicas del Análisis de la Población*. Instituto Interamericano de Estadística, Argentina.
- BENJAMIN, B.(1959). *Elements of Vital Statistics*, London.
- BENJAMIN, B. y HAYCOCKS, H. W.(1970). *The Analysis of Mortality and Other Actuarial Statistics*, Cambridge University Press.
- BONGAARTS, J. y WATKINS, S. C.(1996). "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions". En *Population and Development Review*, Vol. 22 n° 4, pp. 639-682.
- BRASS, W.(1964). *Uses of Census and Surveys Data for the Estimation of Vital Rates*, Addis Abbeba.
- CATASUS CERVERA, S.(1979). *Introducción al Análisis Demográfico*, CEDEM, Cuba.
- CHACKIEL, J. y MACCIO, G. *Evaluación y Corrección de Datos Demográficos*, CELADE, Chile.
- COALE, A. y DEMENY, P.(1983). *Regional Model Life Tables and Stable Populations*, 2ª Edition, Academic Press, New York.
- ELIZAGA, J. C. *Métodos Demográficos para el Estudio de la Mortalidad*, CELADE, Chile.
- GARCIA Q., R.(1996). *La Transición de la Mortalidad en Cuba. Un Estudio Sociodemográfico*. CEDEM, La Habana.
- GREVILLE, T. N. E.(1968). "Short Methods for Constructing Abridged Life Tables", CELADE, Chile (1ª edición American Institute of Actuaries, 1943).
- GREVILLE, T. N. E.(1946). *United States Life Tables and Actuarial Tables 1939-1941*, Washington, D, C.
- KEYFITZ, N. y FLIEGER, W.(1971). *Population. Facts and Methods of Demography*, Freeman and Company, San Francisco.
- KEYFITZ, N.(1979). *Introducción a las Matemáticas de la Población*, CELADE, Chile.
- LEDERMAN, S.(1969). *Nouvelles Tables Types de Mortalité*, Presses Universitaires de France.
- ORTEGA, A.(1981). *Tablas Completas de Mortalidad de Cuba 1977-1978. Nivel Nacional: Metodología y Resultados*, CELADE y CEE, Cuba.
- ORTEGA, A.(1987). *Tablas de Mortalidad*, San José.
- PETERSEN, W.(1968). *La Población. Un Análisis Actual*, Editorial Tecnos, Madrid.
- PRESSAT, R.(1970). *El Análisis Demográfico*, Instituto del Libro, La Habana.

- PRESTON, S. "The changing relation between mortality and level of economic development". En *Populations Studies* Vol. 29 n° 2, pp. 231-248.
- REED, L. y MERRELL, M.(1987). "A Short Method of Constructing an Abridged Life Table", *American Journal of Hygiene*, september, San José.
- RODRIGUEZ, L.(1989). *México. Contribución de las Causas de Muerte al Cambio en la Esperanza de Vida. 1970-1982*, Santiago de Chile.
- SHIROCK, H. y SIEGEL J.(1976). *The Methods and Materials of Demography*, Academy Press, San Francisco.
- SOMOZA, J.(1968) *Tablas de Mortalidad*, CELADE, Chile.
- SPIEGELMAN, M.(1955). *Introducción a la Demografía*, Fondo de Cultura Economica, México.
- UNITED NATIONS.(1982). *Model Life Tables for Developing Countries*, New York.
- UNITED NATIONS.(1986). *Manual X. Técnicas Indirectas de Estimación Demográfica*, New York.
- UNITED NATIONS.(1989) *World Population Prospects: The 1988 Revision*. New York.
- VALLIN, J. y MESLÉ, F.(1988). *Les Causes de Décès en France de 1925 à 1978*. INED. Presses Universitaires de France. Paris.