

Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, MINSAP

CONDICIONES DE VIDA Y SALUD MATERNO-INFANTIL*

Ricardo Batista Moliner,¹ Gisele Coutin Marie² y Pablo Feal Cañizares³

RESUMEN: La identificación de desigualdades en salud y su relación con factores socioeconómicos es un tema ampliamente abordado en la actualidad. El desarrollo social en Cuba y las conquistas de la salud pública ha favorecido la reducción de las grandes diferencias existentes antes de 1959 entre poblaciones con desiguales condiciones de vida. No obstante esos resultados, aun se observan diferencias en el comportamiento de algunos indicadores de salud. Mediante un análisis de la relación entre un índice de condiciones de vida y algunos indicadores de salud materno-infantil, se evaluó la existencia de diferencias entre los municipios del país en relación con los niveles de salud en este aspecto y su índice de condiciones de vida. Para realizar las comparaciones se calcularon los índices de mortalidad infantil, bajo peso al nacer, mortalidad fetal y materna para el trienio 1997-1999. Se pudo comprobar que los municipios en el estrato de condiciones de vida más desfavorables se presentaron los peores indicadores de salud. Estas diferencias fueron significativas para la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mortalidad fetal. Además se comprobó una fuerte correlación entre estos últimos parámetros y las muertes en menores de un año durante el período estudiado.

DeCS: SALUD MATERNO-INFANTIL; CONDICIONES DE VIDA; INDICADORES DE SALUD; MORTALIDAD INFANTIL.

En los últimos años la comunidad científica internacional, particularmente los que realizan estudios y abordan problemas de la salud pública o están vinculados a las autoridades sanitarias en diferentes países, han dedicado numerosos foros y medios

de comunicación a destacar la necesidad de identificar y atender las desigualdades que se producen en las condiciones de salud de la población en el mundo.

En los años de la década de los 90 las investigaciones y publicaciones especiali-

* Premiado en el Concurso sobre el Tema de salud Reproductiva.

¹ Especialista en Medicina Familiar. Master en Epidemiología.

² Especialista en Bioestadística y Administración de Salud.

³ Especialista en Medicina Familiar. Master en Atención Primaria de Salud.

zadas en salud pública, incluso aquellas más concentradas en los problemas biomédicos o puramente clínicos, han reflejado en múltiples estudios evidencias de las diferencias que existen en diversos grupos y comunidades humanas de países y regiones del mundo y la relación de determinadas características de esas poblaciones y su estado de salud o con problemas médicos específicos.

Entre las condiciones que determinan el estado de salud de una comunidad, han sido ampliamente documentadas las características demográficas y étnicas y los factores del ambiente físico y social.^{1,2} En ese sentido, se le atribuye un gran peso a la influencia de los factores sociales, especialmente las condiciones de vida, entendidas estas como *las condiciones objetivas en las que los hombres reproducen su existencia, social e individual; y en las que se reconocen tres conjuntos de condiciones: de trabajo, del entorno familiar y comunal.*³

Esto se evidencia en el hecho de que las condiciones de vida se enmarcan en el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de toda la sociedad: la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha concebido, así como las relaciones de poder que la caracterizan.

Las referencias a la relación entre salud y condiciones de vida datan de la antigüedad. Ya en el siglo II, Galeno señalaba: *... la vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación... algunos viven así a causa de la pobreza.*⁴ Esta situación se constataba durante todo el régimen esclavista y el medioevo.

Las obras de los principales filósofos y personalidades médicas de los siglos XII y XIX, reflejan crudamente que la situación

de las clases más pobres era dramáticamente más deficiente que la de los burgueses y las personas con buena posición económica. Así se aprecia en los trabajos de *Engels*, quien expuso las malas condiciones de vida del proletariado inglés en las ciudades industriales, lo que se reflejaba en su salud.⁵ De esta época es también una importante obra del conocido médico inglés *William Farr*, quien publicó en 1885 un valioso trabajo de estadísticas vitales que confirmaba los planteamientos de *Engels*, al establecer que las personas con diferentes condiciones de vida (saneamiento, abastecimiento de agua, situación económica, etc.) tenían distintos perfiles de mortalidad.⁶

A pesar de los adelantos científico-técnicos introducidos en las ciencias médicas en el presente siglo, estos no alcanzan a todas las personas que lo necesitan, y las condiciones en que viven siguen determinando las diferencias de su estado de salud; ni siquiera la civilizada y desarrollada Europa escapa a esa situación.⁷

En América Latina, el deterioro de las condiciones de vida vinculadas con las políticas neoliberales mantienen sumidas en una permanente crisis sanitaria a la mayoría de la población que vive en condiciones de pobreza. Múltiples estudios realizados en esta región muestran claramente esa situación.⁸⁻¹⁰

Antes de 1959, la situación en Cuba era similar al resto de las naciones de la región, pero con el triunfo de la Revolución se produjo un cambio radical dirigido a eliminar las desigualdades condiciones de vida de la población cubana, en la que una mayoría sufría de pésimas condiciones de salud. Las transformaciones del estado socialista dirigidas a modificar las condiciones socioeconómicas y lograr una distribución equitativa del ingreso nacional y la puesta en práctica de políticas de desarrollo justo y armónico en todas las comunida-

des del país haciendo llegar los servicios básicos y oportunidades de desarrollo integral (educación, salud, cultura, recreación, trabajo, etc.) a todas ellas; tienen el propósito de reducir las desigualdades entre las regiones y comunidades del país, en especial las más atrasadas.

La orientación estratégica de la política social cubana ha estado dirigida, en lo esencial, a combatir la desigualdad y en una de sus expresiones más graves: la inequidad respecto a la reproducción y el bienestar humano. Entre las primeras acciones desarrolladas estuvieron aquellas focalizadas en la atención materno-infantil, así como las campañas masivas de alfabetización y educación, con la puesta en práctica de una política integral de construcción de escuelas y centros de atención primaria de salud. Las zonas rurales constituían prioridades en esa labor, donde además se aplicaron otras mejoras de saneamiento ambiental y de las viviendas.

Uno de los puntos clave sobre los que se apoyó la política social para combatir la desigualdad fue la defensa de la condición de la mujer, lo que repercutió indiscutiblemente en los cambios observados luego en la salud reproductiva de la población cubana.

Esta política ha logrado en efecto mejorar de manera significativa las condiciones de vida de la población. No obstante los esfuerzos de la Revolución, aún existen diferencias en relación con las condiciones de vida en algunos sectores de la población cubana, lo que a su vez repercute en los niveles de salud de esas personas.

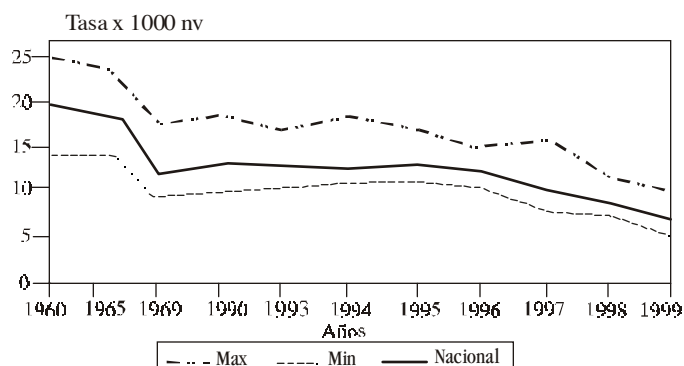
Algunos estudios realizados en los últimos años por el Instituto de la Demanda Interna y por autores cubanos como *Amaro Guerra* y *Villorio Sánchez*, han enfocado su atención en identificar las diferencias en el estado de salud en territorios con diferentes grados de desarrollo socioeconómico

[Características de las condiciones de vida y de la estructura del sistema de necesidades de territorios con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Instituto Cubano de Investigaciones y Orientaciones de la Demanda Interna. Ciudad de La Habana, 1989:7-8] [*Amaro Guerra I.* La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Santiago de Cuba, 1989-1991. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Bioestadística. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1992:31-8] [*Villorio Sánchez M.* La salud como expresión de las diferencias de las condiciones de vida. Estudio de los asentamientos urbanos. Marianao 1990-1991. Trabajo para optar por el título de Master en Salud Pública. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1992:31-8].

Una de las áreas donde la disminución de las diferencias de las condiciones de vida de los territorios del país ha tenido un impacto incuestionable en la reducción consecuente de las diferencias en los niveles de salud es la atención materno-infantil. La implementación y consolidación del Programa de Atención Materno-Infantil en los primeros años de la década del 70, le impregnó a las acciones desarrolladas en la atención a estos dos grupos de personas, la más alta prioridad y se ha convertido en uno de los principales baluartes de las conquistas de la sociedad cubana.

La mortalidad infantil ha disminuido en una progresión casi lineal desde cifras de alrededor de 60 x mil nacidos vivos a finales de los años 50 hasta 6,4 al terminar 1999. Una mirada al comportamiento de este indicador por provincias/regiones entre 1980 y 1999, muestra una disminución progresiva de las diferencias entre los valores máximo y mínimo de las tasas provinciales, con respecto a la cifra nacional, observándose un acercamiento al resultado global del país (fig.).

FIG. Comportamiento de las tasas de mortalidad infantil máximo y mínimo provinciales respecto a la cifra nacional. Años seleccionados 1980-1999.



Fuente: Dirección Nacional de Estadística

Otros indicadores de salud materno-infantil reflejan también este comportamiento. Los cambios en los niveles de fecundidad del país en períodos anteriores y posteriores a 1959, indican asimismo una reducción de las disparidades entre las zonas urbana y rural [Grupo de Expertos. Cuba: Transición de la Fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. CEDEM, ONE, MINSAP. La Habana, 1995:39-40].

Un indicador que intuitivamente evidencia una relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico y las condiciones de vida es el bajo peso al nacer (BPN), el cual a su vez repercute sobre la mortalidad. El índice de BPN ha mostrado también una tendencia francamente descendente, con una breve interferencia en su movimiento durante los años más críticos del período especial; lo que reafirma su asociación con los cambios socioeconómicos.

Aunque se conocen los esfuerzos de la Revolución por continuar reduciendo las diferencias, no se sabe si existen diferencias importantes en los niveles de salud materno-infantil entre los territorios del país y si estas diferencias están relacionadas con las condiciones de vida de su población, a pesar de los indiscutibles avances y resultados en los principales indicadores de la salud materno-infantil. Se presume que aun

hay diferencias en algunos índices de este tipo de atención que son expresión también de variaciones en las condiciones de vida de los habitantes de cada región.

Para comprobar esta hipótesis se ha tratado de determinar la presencia de diferencias en los niveles de salud materno-infantil entre municipios del país, clasificados de acuerdo con las características de sus condiciones de vida.

OBJETIVOS

1. Identificar diferencias en los niveles de salud materno-infantil entre municipios agrupados en estratos según sus condiciones de vida.
2. Determinar los indicadores de salud materno-infantil más afectados en los territorios de condiciones de vida más desfavorables.
3. Detectar asociaciones entre los diferentes indicadores de salud evaluados en cada estrato analizado.

Método

Estudio ecológico comparativo de múltiples grupos de población (municipios).

Para realizar el estudio se seleccionó un grupo de indicadores de salud materno-infantil, al disponer de datos en el nivel municipal y se comparó su distribución teniendo en cuenta la agrupación de todos los municipios en estratos, según condiciones de vida. Al mismo tiempo, se evaluó la relación entre algunos de estos indicadores en cada estrato para determinar la asociación entre ellos.

Los indicadores utilizados fueron:

- Mortalidad infantil (fallecidos x 1 000 nacidos vivos)
- Índice de bajo peso al nacer: BPN (% del total de nacidos vivos)
- Mortalidad materna (muertes por 10 000 nacidos vivos)
- Mortalidad fetal (muertes x 1 000 nacidos vivos)

Cada variable se obtuvo en el nivel de municipio y se utilizó como fuente la información preliminar correspondiente a los años analizados, 1997 al 1999, de los departamentos provinciales de Estadística.

La clasificación de los municipios en estratos según condiciones de vida se obtuvo del procedimiento final resultante del cálculo de un indicador sintético: el índice de condiciones de vida (ICV), elaborado mediante el procesamiento de un grupo de variables seleccionadas para operacionalizar el concepto de condiciones de vida y agrupar los municipios en 3 estratos según el valor del ICV [Astraín Rodríguez ME, Gran Álvarez M, Alonso Alomá I, Sánchez Labrada H. Construcción de un índice de condiciones de vida. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública, 1998]. Esta clasificación señala al grupo I como el de mejores condiciones socioeconómicas, según los resultados de las variables incluidas y el III como el de condiciones más desfavorables.

Las variables utilizadas finalmente fueron:

- Apartamentos
- Bohíos
- Habitantes favorecidos con una red de acueducto
- Habitantes favorecidos con red de alcantarillado
- Viviendas buenas
- Viviendas tipo IV (tipo constructivo de madera y techo de cartón o guano)
- Médicos por habitantes
- Razón de inmigrantes/emigrantes
- Mujeres en edad laboral que trabajan

Para realizar las comparaciones entre los estratos se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado y se determinó el coeficiente de correlación de Pearson para detectar asociación entre los parámetros utilizados en el estudio. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico EPIDAT 2.0

Resultados

La clasificación de los municipios del país en estratos según condiciones de vida se recoge en la tabla 1. Como se aprecia, casi el 40 % de estos territorios pertenecen al grupo III, es decir el de situación más desfavorable, comparado con los dos primeros.

Los niveles de fecundidad más altos se registran en el segundo estrato, seguido por el III (tabla 2). El primer estrato presenta el índice más bajo a pesar de concentrar el 47,3 % de las mujeres en edad fértil del país.

TABLA 1. Clasificación de los municipios según condiciones de vida. Cuba 1998

| Estrato | No. de municipios | % |
|---------|-------------------|------|
| I | 54 | 31,9 |
| II | 49 | 28,9 |
| III | 66 | 39,1 |

TABLA 2. Niveles de fecundidad por estratos en el período. Cuba 1997-1999

| Estrato | Nacidos vivos | Mujeres de 15 a 49 años | Fecundidad x 1 000 nacidos vivos |
|---------|---------------|-------------------------|----------------------------------|
| I | 211 949 | 2 220 517 | 95,45 |
| II | 112 090 | 1 135 894 | 98,68 |
| III | 129 679 | 1 340 655 | 96,73 |

MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil es un indicador altamente sensible del nivel de desarrollo sanitario de una nación y del estado de salud de su población.¹¹ En los 3 años analizados se produjeron en el país un total de 454 546 nacimientos, de los cuales fallecieron 3 134, lo que significa una mortalidad de 6,8 x 1 000 nacidos vivos en ese período, con el valor más alto del municipio Cauto Cristo (15,8 x 1 000 nacidos vivos) y el más bajo en Candelaria (1,12 x 1 000 nacidos vivos).

Un análisis global por estratos de condiciones de vida, mostró diferencias significativas entre ellos, con el comportamiento más desfavorable de la mortalidad infantil en el grupo III, con una tasa global de 7,64 x 1000 nacidos vivos. En los otros el indicador se mantuvo por debajo de 7 x 1 000 nacidos vivos (tabla 3).

TABLA 3. Mortalidad infantil por estratos para el período. Cuba 1997-1999

| Estrato | Fallecidos | Tasa x 1 000 nacidos vivos |
|---------|------------|----------------------------|
| I | 1 446 | 6,82 |
| II | 688 | 6,13 |
| III | 991 | 7,64 |

$X^2 = 20,3$ $p = 0,000043$

BAJO PESO AL NACER

Este indicador ha sido consistentemente asociado a la mortalidad infantil;¹²⁻¹⁴ en Cuba numerosos estudios confirman también esa aseveración.¹⁵⁻¹⁸ En el análisis realizado, aunque se detectaron diferencias significativas entre los estratos, el índice más elevado se observa en el III (6,88 %) y el comportamiento más favorable en el II (tabla 4).

TABLA 4. Índice de bajo peso al nacer por estratos en el período. Cuba 1997-1999

| Estrato | Bajo peso | Índice (%) |
|---------|-----------|------------|
| I | 14 466 | 6,82 |
| II | 7 268 | 6,48 |
| III | 8 923 | 6,88 |

$X^2=17,79$ 2 gl $p=0,000125$

MORTALIDAD FETAL

Como en los indicadores anteriores, la tasa más elevada se observó en el tercer estrato (12,58 x 1 000 nacidos vivos), mientras que la más baja se presentó en el I(11,25). En este caso se encontraron también diferencias significativas entre las 3 agrupaciones de municipios (tabla 5).

TABLA 5. Mortalidad fetal por estratos en el período. Cuba 1997-1999

| Estrato | Muertes fetales | Tasa x 1 000 nacidos vivos |
|---------|--------------------|-------------------------------|
| I | 2 384 | 11,25 |
| II | 1 279 | 11,41 |
| III | 1 632 | 12,48 |

$X^2= 13,34$ $p= 0,00127$

MORTALIDAD MATERNA

En este indicador no se encontraron diferencias significativas entre los estratos estudiados, no obstante ser esta variable la que mostró las mayores distancias entre los 3 grupos. Nuevamente el estrato III presenta el indicador más negativo con una tasa de 38,55 x 100 000 nacido vivos, superior a la del país para el mismo período (31,73 x 100 000 nacidos vivos) (tabla 6).

TABLA 6. Mortalidad materna por estratos en el período. Cuba 1997-1999

| Estrato | Muertes maternas | Tasa x 100 000 nacidos vivos |
|---------|---------------------|---------------------------------|
| I | 64 | 30,2 |
| II | 30 | 26,8 |
| III | 50 | 38,5 |

$X^2= 2,93$ $p=0,2307$

Un análisis de correlación entre algunos de los parámetros estudiados y la mortalidad infantil indica de forma global, para todo el país y para cada estrato por separado, una fuerte correlación entre el bajo peso al nacer y los fallecidos menores de un año ($r=0,9459$), entre las muertes fetales y las posnatales ($r=0,8811$). Solo la mortalidad materna no mostró tener una relación importante con la mortalidad infantil.

Precisamente en el tercer estrato se detectó el coeficiente más alto entre las dos primeras variables y las muertes infantiles; en ambos casos fue superior a 0,9.

Discusión

Como ya se ha expresado la salud materno-infantil tiene una prioritaria atención por parte del Estado y el sistema de salud cubano y existe un alto nivel de conciencia en la comunidad de la importancia del cuidado de estos grupos de población. Se ha puesto de manifiesto, sin embargo, que a pesar de ello se reflejan diferencias en los niveles de salud de acuerdo con los principales indicadores de este programa.

Como era de esperar, los índices más desfavorables de este programa se presentan en el estrato III según sus condiciones de vida. En estudios realizados hace algunos años se evidenció también que los territorios con esa categoría presentaban los peores índices de mortalidad.¹⁹ En este caso, se evidencia también dicha relación, pues entre los 10 municipios con los índices más altos de mortalidad infantil, 7 pertenecen a este grupo de municipios del tercer estrato, mientras en aquellos con más bajas cifras para el trienio pertenecen en su mayoría a los estratos I y II (90 %).

Un aspecto llamativo en este análisis es el hecho de que los mejores resultados para casi todos los indicadores estudiados, se presentan en el estrato II, pues en ellos se observan los mejores índices de mortalidad infantil, bajo peso al nacer y mortalidad materna. Esto puede tener su explicación en el hecho de que en este grupo de territorios se ubican municipios cabecera de provincia o cercanos a ella, con acceso rápido a las instituciones de salud que brindan atención a los casos que lo demanden con menos riesgo de complicaciones perinatales.

Por otro lado, son municipios con un sostenido trabajo en la prevención del bajo peso al nacer y la mortalidad del menor de un año.

En el caso de la mortalidad materna, se evidencia una distribución irregular de los índices con notables diferencias en los grupos estudiados por condiciones de vida, aunque esas diferencias no fueron estadísticamente significativas, a causa de la reducida cantidad de eventos observados en los estratos. Este comportamiento de gran variabilidad se corresponde con el comportamiento de la mortalidad materna en el nivel nacional.

La relación entre el bajo peso al nacer se reafirma como muy sólida, lo cual demuestra la influencia de un déficit ponderal en la evolución del niño menor de un año y su mayor predisposición a complicaciones que ponen en peligro su vida en este período.

Los estudios realizados en Cuba y en otros países apoyan esta afirmación.

Por todo lo anterior concluimos que la existencia de diferencias en las condiciones de vida se refleja también en los indicadores de salud de la población. En el caso de la salud materno-infantil esto se hace más evidente por ser ésta un área altamente sensible a los cambios en el desarrollo social.

En Cuba a pesar de haberse alcanzado una clara reducción de las diferencias socioeconómicas entre las principales regiones, aun se manifiestan desiguales resultados en este aspecto. En virtud de estas evidencias es necesario continuar profundizando en el análisis y la identificación de variaciones entre territorios y los factores que permitan continuar reduciendo esas diferencias.

SUMMARY: The detection of health inequalities and their relation with socio-economic factors is a widely discussed subject at present. The social development in Cuba and the achievements of the public health care system has favored the reduction of the great differences that existed in Cuba before 1959 among populations with unequal living conditions. In spite of these results, there are still differences in the performance of some health indicators. Through the analysis of the relation between a living conditions index and some child and maternal health indicators, the existence of differences in health care levels and their living condition index among the municipalities of the country was evaluated. To make comparisons, the infant mortality, low birth weight, fetal mortality and maternal mortality rates for the period 1997-1999 were calculated. It was proved that municipalities with the most unfavorable living conditions showed the worst health care indicators. These differences were significant as far as infant mortality, low birth weight and fetal mortality rates were concerned. Similarly there was a strong correlation between these last parameters and under one-year old deaths during the studied period.

Subject headings: **MATERNAL AND CHILD HEALTH; LIVING CONDITIONS; HEALTH STATUS INDICATORS; INFANT MORTALITY.**

Referencias bibliográficas

1. McGahey PJ, Starfield B. Child health and the social environment of white and black children. *Soc Sci Med* 1993;36(7):867-74.
2. Chen J, Millar WJ. Birth outcome, the social environment and child health. *Health Rep* 1999;10(4):57-67.
3. MINSAP. Sistema Nacional de Vigilancia según condiciones de vida. Grupo Multidisciplinario de Estudios en Salud. La Habana, 1994.
4. Castellanos PL. Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad. Programa de análisis de situación de salud y sus tendencias. Washington, DC: OPS, 1992:18-20.
5. Engels F. Prefacio a la situación de la clase obrera en Inglaterra. En: Marx C, Engels F. *Obras escogidas*. La Habana: Editora Política, 1963;t 3.
6. Whitehead M. William Farr's legacy to the study of inequalities. *Bull World Health Organ* 2000;78(1):86-7.
7. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Inequalities in health. Report of a Research Working Group DHSS, London 1980; y *Health Inequalities in Europe*. *Soc Sci Med* 1990;31(3):14.
8. Breilt J, Granda E. *El deterioro de la vida*. Quito: CEAS, 1990.
9. CEPAL, PNUD. Magnitud de la pobreza en América Latina. Dc, LCL 533, Mayo 1990.
10. González Rego R. Influencia del medio ambiente en zonas de asentamientos irregulares sobre el estado de salud de la población. El caso de Chimalhuacan, Estado de México. UNFPA-Facultad de Geografía, Universidad de La Habana, Julio 1996.
11. Addressing Health Disparities. The NIH Program for Action. Washington DC: US Department of Health and Human Services, 2000.
12. Becerra JE, Hogue CJ, Atrash HK, Pérez N. Infant mortality among Hispanics: a portrait of heterogeneity. *Jama* 1991;265:217-21.
13. Becerra JE, Smith JC, Pérez N. Evaluation of a regional perinatal care system through linked infant birth weight and death certificates: Puerto Rico 1980-1984. *Pr Health Sci J* 1988;8:305-11.
14. Becerra JE, Atrash HK, Pérez N, Saliceti JA. Low birth weight and infant mortality in Puerto Rico. *Am J Public Health* 1993; 83:1572-6.
15. González PG, Silva LC. Factores de riesgo de la mortalidad infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1988;4(1):7-21.
16. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;1(2):109-11.
17. Campa Cruz M, Martínez Camejo JM, Russel Glez AV. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un Área de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1988;11(2):121-9.
18. Rodríguez Pino M. Enfermedad hipertensiva gravídica: su influencia en la morbimortalidad perinatal. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996;22(1):120-6.
19. Astrain ME, Prial MC, Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. *Rev Cubana Salud Pública* 1998;23(1):23-31.

Recibido: 23 de marzo del 2001. Aprobado: 12 de abril del 2001.
Dr. *Ricardo Batista Moliner*. Bellavista 516, e/ Colón y 39, Nuevo Vedado, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.