

INVESTIGACIÓN

Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública

*PANORAMA DE SALUD DE LA MUJER CUBANA**

Rosa M. Torres Vidal,¹ Miriam A. Gran Álvarez²

RESUMEN: El trabajo se propone ofrecer un panorama actualizado, basado en datos estadísticos, de las características, demográficas y de salud reproductiva y general de la mujer. Se presenta un análisis de la información estadística producida por los sistemas de información estadísticos oficiales y encuestas complementarias realizadas por el Ministerio de Salud Pública. Se constata un aumento en el envejecimiento de la población femenina entre 1990 y 2001; para este último año, 14,4 % del total de mujeres rebasa los 60 años de edad. La natalidad mantiene su tendencia descendente, 12,4 por 1 000 habitantes en 2001. Igual se manifiesta la fecundidad general, 26,4 % de reducción en los últimos 11 años. Se encontró 72,1 % de cobertura con anticonceptivos basado en métodos modernos. Los abortos inducidos por 1 000 mujeres entre 12 y 49 años han descendido de 45,6 a 21,2 entre 1990 y 1991. Las tasas de regulaciones menstruales durante el mismo período han aumentado. La mortalidad no ha modificado sus causas en los últimos años, son las 5 primeras: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedad cerebrovascular, influenza y neumonía y accidentes. La mortalidad materna mantiene niveles bajos. La frecuencia de seropositividad al VIH en mujeres es 18,7 % del total en 2001, pero con aumento en el número de casos. Los indicadores de salud analizados de la mujer cubana, corresponden con los de la población total y no muestran una desventaja de género. El aumento de la mortalidad en los últimos años por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón se considera asociado a factores de riesgo, en especial al incremento del hábito de fumar en las mujeres. La mayor causa de muerte en adolescentes y jóvenes está en el grupo de las violencias, donde la mayor reserva para su reducción se aprecia en los accidentes del transporte.

DeCS: SERVICIOS DE SALUD DE LAS MUJERES, FECUNDIDAD, MORTALIDAD, CUBA.

INTRODUCCIÓN

Existe un conjunto de necesidades específicas de las mujeres que merece atención especial, pues la población femenina difiere fisiológicamente de la masculina y esas diferencias implican la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivos del sexo femenino o que afectan más a las mujeres.¹⁻⁵ También existen necesidades provenientes de las diferencias socioeconómicas que originan asimetrías de género, en la exposición a riesgos para la salud, enfermedad, así como para las oportunidades de acceso y control sobre los recursos necesarios para la acción.⁶⁻¹⁰

En Cuba, las políticas establecidas desde hace más de 4 décadas han permitido la incorporación de la mujer a los diferentes sectores económicos y sociales en forma activa y decisiva, aunque en ocasiones se haya tropezado con obstáculos originados en épocas anteriores. Lograr que la mitad de la población alcanzara niveles de competencia en todos los escenarios de la vida, ha requerido garantizar de forma priorizada, el acceso a servicios de salud, educación, y otros planes y programas de beneficio social concebidos y desarrollados por el Estado cubano.¹¹ La mujer está beneficiada por la cobertura de salud del país y en particular por

* Publicación duplicada. Tomada de «Temas de Estadísticas de Salud». Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud Pública. La Habana, 2002.

¹ Especialista en Biostatística y Medicina General Integral. Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP.

² Especialista en Biostatística. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP. Profesora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

programas dirigidos a ella específicamente. El peso fundamental de estos programas radica en la prevención y para ello la atención primaria de salud constituye sin duda la clave del éxito.¹²

La voluntad del Gobierno de la República de Cuba en la etapa revolucionaria, ha sido la de proteger y privilegiar a la mujer por su condición, en la legislación y en otros programas sociales. En los últimos años las acciones han sido objeto de un redimensionamiento sobre la base de concepciones nacionales y otras del ámbito internacional, derivadas de reuniones globales, donde se han trazado planes de acción que constituyen retos para la sociedad contemporánea, necesarios si se desea alcanzar un desarrollo humano sostenible.^{13,14} Por ello, el estado de salud de la mujer cubana es objeto permanente de interés y describir periódicamente sus características, es un acto necesario.

En este trabajo, se pretende ofrecer un panorama actualizado de ciertas características demográficas y de salud de la población femenina. La información se ha obtenido de las salidas de los sistemas de información estadísticos oficiales del país, así como de encuestas especiales realizadas por el sector salud en torno a este segmento de la población cubana.

Se muestra una información estadística organizada por tiempo, espacio y grupos de edad. Se particulariza en el subgrupo de mujeres en edad fértil en las áreas de morbilidad y mortalidad. Se presentan tasas y proporciones de forma tabular y gráfica.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La población femenina cubana estimada hasta 30 de junio de 1990 era de 5 271 300 habitantes y en el año 2001 esta cifra se incrementa a 5 610 832, lo que representa el 50,0 % del total de la población del país. El 53,6 % de las mujeres cubanas reside en zonas urbanas, el 28,5 % en zonas intermedias o urbano-rurales y el 17,9 % en zonas rurales. Para el año 2001 hay un incremento de la proporción de mujeres de 60 años y más (de 12,1 % del total de la población femenina del país en 1990 a 14,4 % en el 2001). Contribuye a este incremento la mayor expectativa de vida al nacer de las mujeres.

Se reduce también la proporción de las adolescentes y jóvenes. Estos cambios son el resultado del proceso de envejecimiento poblacional que acontece en el país (tabla 1).

NUPCIALIDAD Y DIVORCIALIDAD

La tasa de nupcialidad ha descendido durante la década de los años 90, de 9,5 por 1 000 habitantes en 1990 descendió a 4,8 en el año 2001. Por otra parte, la tasa de divorcialidad se incrementó en la primera mitad de los años 90 (3,5 por 1 000 habitantes en 1990 y 5,2 en 1994). En la segunda mitad de este período la tasa desciende y en el año 2001 es de 3,3, inferior a la de inicios de década.

NATALIDAD

En la década de los años 90 hay un descenso mantenido de la natalidad, de 17,6 nacidos vivos por 1 000 habitantes en 1990 a 12,4 en el 2001 (29,5 % de reducción). Las provincias de tasas más bajas son: Villa Clara (10,9), Sancti Spíritus (11,1), Ciudad de La Habana y Matanzas con una tasa de 11,3 respectivamente.

FECUNDIDAD

Los niveles de fecundidad general (TFG) disminuyen de 62,1 por 1 000 mujeres de 15 a 49 años en 1990, a 45,7 en el 2001, lo que representa el 26,4 % de reducción para el período.

Por otra parte, las tasas específicas de fecundidad por edades quinquenales aunque muestran una curva de cúspide temprana (máxima fecundidad entre 20 y 24 años) evidencia el ascenso en los grupos menos jóvenes (35-39 y 40-44) en correspondencia con los patrones reproductivos contemporáneos de posponer la maternidad a edades más avanzadas por razones socioculturales complejas, entre ellas las relacionadas con ideales reproductivos donde se prioriza el finalizar procesos de capacitación, seguridad laboral y consolidación de la pareja.

TABLA 1. Mujeres según grupos de edad. Cuba, 1990 y 2001

Grupos de edad	1990		2001	
	Número	%	Número	%
<1 año	90 400	1,7	73 156	1,3
1 a 9	717 600	13,6	677 923	12,1
10 a 19	908 900	17,2	784 084	14,0
15 a 24	1 109 600	21,0	738 509	13,2
15 a 49	3 006 900	57,0	3 036 062	54,1
50 a 59	452 500	8,6	591 294	10,5
60 y más	637 500	12,1	806 827	14,4

Porcentaje calculado contra el total de la población femenina en cada año.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas.

En la figura 1 se presentan los desplazamientos de la fecundidad proporcional por edad de la madre hacia grupos de edad más avanzados que se hace más evidente a inicios del nuevo siglo y expresa la transición a una fecundidad no temprana propia de países desarrollados.

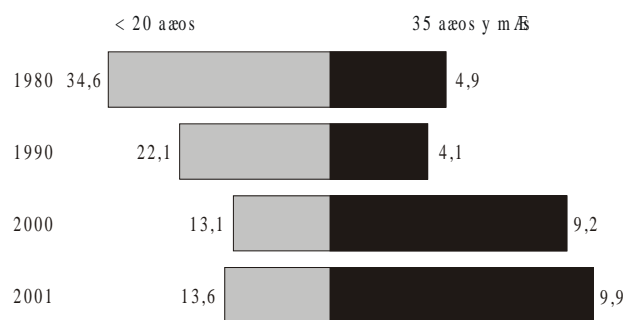


FIG 1. Porcentaje de nacimientos vivos en mujeres menores de 20 años y de 35 años y más. Cuba, 1980, 1990 - 2001.

Según provincias, en Ciudad de La Habana y Cienfuegos se presentan los mayores porcentajes de nacimientos en mujeres de 35 y más años.

La edad media de la fecundidad se incrementa, de 25,2 años en 1990 a 26,2 años en el 2001, para una diferencia de 1 año a favor de la posposición de la fecundidad.

El comportamiento de los indicadores analizados traza una tendencia hacia un patrón de fecundidad tardía.

La tasa global de fecundidad (TGF) -número de hijos promedio por mujer-, ha mantenido su declinación en los últimos años de 1,83 en 1990 a 1,60 en el 2001. La tasa bruta de reproducción (TBR) -número de hijas promedio por mujer-, mantiene sus valores por debajo del nivel de reemplazo poblacional (al menos una hija por mujer) desde finales de la década de los años 70.

ANTICONCEPCIÓN

En nuestro medio se conocen los métodos anticonceptivos, desde edades tempranas; lo que ha favorecido el incremento y generalización del uso de estos.¹⁵

Según los resultados de la encuesta por conglomerados de indicadores múltiples (MICS) -por sus siglas en inglés-, realizada en el año 2000, por especialistas de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública con apoyo de UNICEF, aplicada a 7 263 hogares y en especial a 4 984 mujeres de 15 a 49 años con actividad sexual, Cuba posee una adecuada y alta cobertura anticoncepcional: 72,1 % de cobertura anticoncepcional basada en métodos modernos. Apenas hay diferencias entre regiones o entre la zona urbana o rural. Discreta diferencia se observa entre grupos de edad con poca desventaja para las mujeres de menor nivel educacional.¹⁶

Estos resultados sitúan a la mujer cubana en posición favorable en cuanto al riesgo y derechos reproductivos, no obstante es aún insuficiente la oferta y diversidad de los métodos disponibles.¹⁵

ABORTOS INDUCIDOS Y REGULACIONES MENSTRUALES

Durante los últimos años las tasas de abortos inducidos por 1 000 mujeres de 12 a 49 años han mantenido una tendencia al descenso; de 45,6 en 1990 a 21,2 por 1 000 mujeres de la edad en el 2001, para una reducción porcentual del 54 %. Similar comportamiento tiene lugar para las tasas de abortos por cada 100 partos y por cada 100 embarazadas (tabla 2).

Al comparar las tasas de abortos inducidos y de regulaciones menstruales (las que representan en más del 68 % de los casos, la interrupción de un embarazo¹⁷) en el período

TABLA 2. Indicadores seleccionados sobre abortos inducidos. Cuba 1990-2001

Años	Total	Abortos inducidos		
		× 1 000 mujeres*	× 100 partos	× 100 embarazadas
1990	147 530	45,6	78,3	43,9
1991	124 059	38,3	78,4	43,9
1992	111 107	33,8	70,0	41,1
1993	86 906	26,6	56,6	36,0
1994	89 421	27,4	60,2	37,5
1995	83 963	25,9	56,6	36,0
1996	83 827	25,9	59,3	37,1
1997	80 097	24,8	52,0	34,1
1998	75 109	22,8	49,3	32,9
1999	80 037	24,3	52,4	32,0
2000	76 293	23,0	52,7	34,5
2001	69 563	21,2	49,8	33,2

*Mujeres entre 12 y 49 años de edad.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2001.

1990-2001, se observa que para el aborto inducido las tasas descienden mientras que las tasas de regulaciones menstruales ascienden, lo que indica su uso como método alternativo de interrupción.

De tal manera puede afirmarse que la interrupción del embarazo no planificado, no deseado, ni aceptado y por ende interrumpido por aborto o regulación menstrual, continúa siendo un método de control de la natalidad en el país; de descender ambas tasas podría suponerse un control de la natalidad mayor a expensas de la anticoncepción (fig. 2).

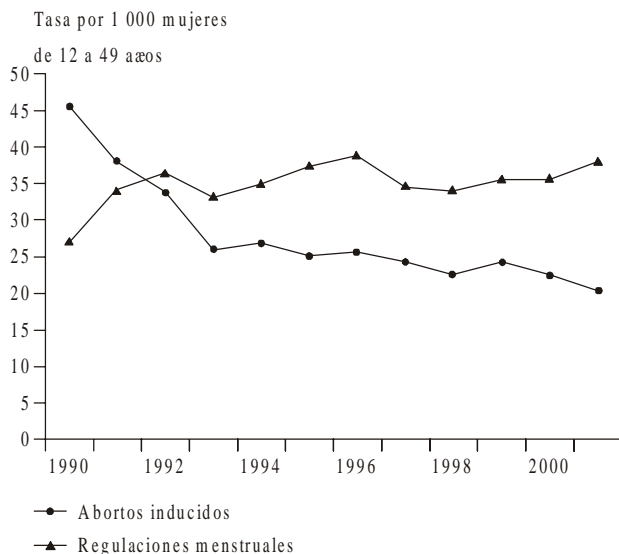


FIG. 2. Tasas de abortos inducidos y regulaciones menstruales. Cuba, 1990 - 2001.

COMPORTAMIENTO TERRITORIAL DE LOS INDICADORES DE ABORTO Y REGULACIONES MENSTRUALES

ABORTOS INDUCIDOS

Las tasas de abortos inducidos por 1 000 mujeres de 12 a 49 años descienden a finales de la década de los 90 (trienio 1998-2000) en todas las provincias del país, para corresponder las mayores reducciones a Ciego de Ávila (55,9 %) y Santiago de Cuba (55,0 %).

REGULACIONES MENSTRUALES

En el segundo trienio (1998-2000) las tasas de regulaciones menstruales incrementan su valor en 9 de las 15 provincias del país, con mayores incrementos para La Habana (87,6 %) y Pinar del Río (80,7 %).

Redujeron sus tasas en más del 15 % Camagüey, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo.

ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Durante la década de los años 90, el promedio de consultas prenatales fue superior a 10 por parto, con un incremento en el porcentaje de embarazadas captadas en el primer trimestre (antes de las 14 semanas de gestación). El porcentaje de captación en este primer trimestre se eleva de 87,6 % en 1990 a 95,0 % en el 2001.

Se incrementa el volumen de servicios prestados por asistencia social en los hogares maternos para aquellas embarazadas que así lo requieran. Los hogares maternos se incrementaron de 115 en el año 1990 a 267 en el año 2001.

La atención obstétrica, las acciones preventivas y la alta cobertura del sistema de atención primaria en salud, ha continuado perfeccionándose, y ya desde 1997 el 99,9 % de los nacimientos ocurre en instituciones de salud.

El índice de bajo peso al nacer se incrementó durante la primera mitad de los años 90, de 7,6 % en 1990 a 8,9 % en 1994, los años más críticos de la década de los 90, donde la situación de déficit alimentario incidió en la salud de la población en general y muy especialmente en la de la mujer embarazada. Dadas las medidas aplicadas de protección de la alimentación de las gestantes se logró reducir el índice de bajo peso al nacer de 8,9 % en 1994 a 5,9 % en el 2001.

MORTALIDAD

Desde hace 3 décadas las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, la influenza y neumonía y los accidentes figuran como las 5 primeras causas de muerte en la mujer con tasas de 173,8, 131,2, 73,2, 57,9 y 33,5 por 100 000 mujeres respectivamente durante el año 2001 y fueron las 3 primeras responsables del 58,4 % del total de las defunciones para este sexo en este año. Es poca la diferencia con la mortalidad causal del sexo masculino (tabla 3).

En la tabla 3 se presentan las primeras 5 causas de muerte del sexo femenino según grupos de edad para el año 2001.

Las enfermedades del corazón, redujeron discretamente su mortalidad (4,6 %) en el período 1990-2001. No sucede así con los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares que incrementan sus tasas en el 21,0 % y el 12,1 % respectivamente durante estos años.

La mortalidad por influenza y neumonía se expresa en tasas que fluctúan en un rango de 31,7 (1990) a 57,9 (2001) por 100 000 mujeres, con una tendencia al incremento a finales de década, lo que hace que figure como cuarta causa de muerte en este grupo poblacional desde 1997.

La mortalidad por accidentes exhibe una tendencia ascendente durante la primera mitad de la década de los 90, de 28,8 por 100 000 mujeres en 1990 se eleva a 39,1 en 1995. A partir de este año los niveles de mortalidad por esta causa

TABLA 3. Primeras 5 causas de muerte del sexo femenino según grupos de edad. Cuba 2001

Orden	< 1 *		1 -9 **		10 - 19 **		15 - 24 **		25 - 59 **		60 y más **		Total**	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1	Ciertas afec. originadas en el periodo perinatal		Accidentes		Accidentes		Accidentes		Tumores malignos		Enfermedades del corazón		Enfermedades del corazón	
	165	2,5	44	6,5	60	7,7	61	8,3	2273	78,7	8651	1072,2	9749	173,8
2	Malformaciones congénitas		Tumores malignos		Tumores malignos		Lesiones autoinfligidas intencionalmente		Enfermedades del corazón		Tumores malignos		Tumores malignos	
	105	1,6	35	5,2	33	4,2	47	6,4	1069	37,0	4993	618,8	7362	131,2
3	Influenza y neumonía		Malformaciones congénitas		Lesiones autoinfligidas intencionalmente		Tumores malignos		Enfermedad cerebrovascular		Enfermedad cerebrovascular		Enfermedad cerebrovascular	
	17	0,3	35	5,2	30	3,8	45	6,1	476	16,5	3618	448,4	4106	73,2
4	Accidentes		Influenza y neumonía		Malformaciones congénitas		Agresiones		Lesiones autoinfligidas intencionalmente		Influenza y neumonía		Influenza y neumonía	
	13	0,2	8	1,2	15	1,9	27	3,2	255	8,8	2989	370,5	3251	57,9
5	Meningitis bacteriana		Enfermedades del corazón		Influenza y neumonía		Malformaciones congénitas		Accidentes		Enf. arterias, arteriolas y vasos capilares		Enf. arterias, arteriolas y vasos capilares	
	12	0,2	7	1,0	9	1,1	14	1,9	253	8,8	1951	241,8	2007	35,8

*Tasa por 1 000 nacidos vivos.

**Tasa por 100 000 mujeres de la edad.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

descienden, y alcanzan la cifra de 33,5 durante el año 2001 y ocupan el sexto lugar como causa de muerte en este sexo, al ser desplazado por las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares las que elevan su importancia relativa.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN SEGÚN CAUSAS

El mayor aporte a la mortalidad por enfermedades del corazón, en este sexo correspondió a la enfermedad isquémica, y fue responsable del 72,1 % del total de las defunciones por esta causa en las mujeres durante el año 2001. Aunque prevalece la sobremortalidad masculina para esta causa, la mortalidad femenina reduce su brecha con el sexo opuesto.

El riesgo de morir por enfermedad isquémica y enfermedad reumática crónica se reduce, no obstante en el 11,4 y 29,6 % respectivamente durante el período 1990-2001, mientras que para la enfermedad hipertensiva y otras formas de enfermedades del corazón los niveles de mortalidad se han incrementado. En ello influye además el mayor número de mujeres que arriban a edades de la perimenopausia, donde el descenso de los niveles de estrógenos se añade como factor de desprotección en la mujer para estas enfermedades. Ello sugiere la atención de programas especializados en estas edades, dada la reserva de reducción y evitabilidad

de la muerte por estas causas con acciones solo preventivas en muchos casos.

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGÚN LOCALIZACIÓN

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en Cuba. Las mayores tasas de mortalidad en orden de importancia en la mujer son: tráquea, bronquio y pulmón, mama e intestino (excepto recto). Los mismos incrementaron su mortalidad en 28,8, 24,4 y 41,2 % respectivamente con respecto a inicios de la década de los noventa (fig. 3).

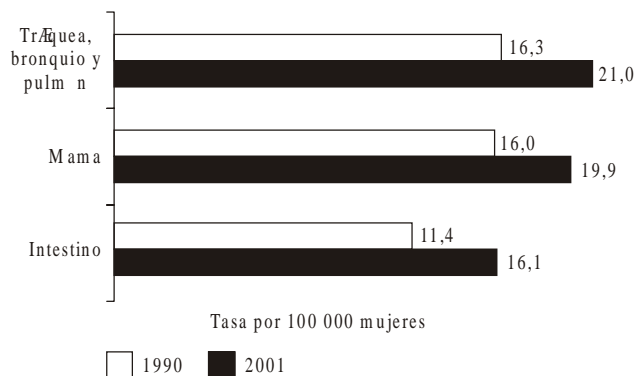


FIG. 3. Mortalidad por tumores malignos en la mujer según localización. Cuba, 1990 y 2001.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR SEGÚN CAUSAS

En el grupo de las enfermedades cerebrovasculares, las hemorrágicas son las que implicaron un mayor riesgo de muerte en el año 2001 para las mujeres, a diferencia de lo sucedido en 1990 donde las causas oclusivas predominaban. El incremento de la prevalencia de hipertensión arterial y la mortalidad por enfermedades hipertensivas resultan coherente con este resultado.

Además se produce un incremento importante en el grupo de otras causas donde quedan incluidas la aterosclerosis cerebral, encefalopatía hipertensiva y angiopatía cerebral amiloide.

AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS (AVPP) (CALCULADOS ENTRE 1 Y 74 AÑOS)

Las mayores tasas de años de vida potencial perdidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la mujer durante el 2001, correspondieron a los tumores malignos, seguidos de las enfermedades del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

Los años de vida potencial perdidos se incrementaron solamente para los tumores malignos como causa de muerte, se produce también incremento en el caso de la influenza y neumonía, aunque la tasa continúa muy baja. Para la mortalidad por enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y los accidentes, las tasas de AVPP se reducen en el período, con mayores reducciones para los accidentes (fig. 4).

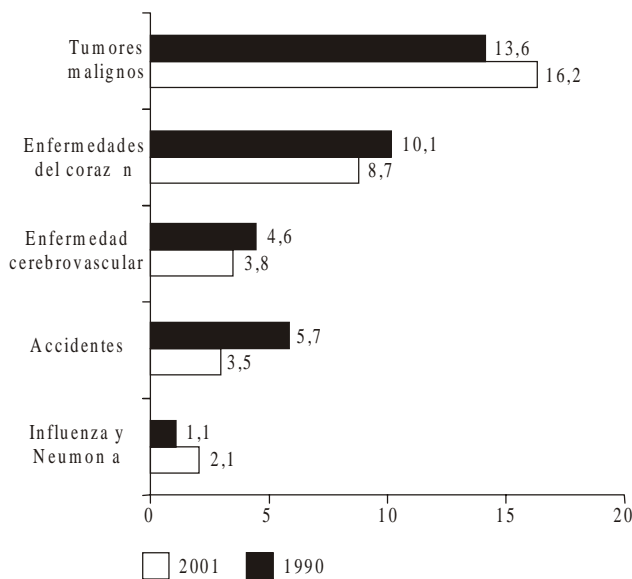


FIG. 4. Años de vida potencial perdidos por 1 000 mujeres de 1 a 74 años. Cuba, 2001.

Las enfermedades crónicas no transmisibles y las muertes violentas se ubican dentro de las 5 primeras causas de muerte para las mujeres en edad reproductiva, y corresponden a los tumores malignos los mayores niveles de mortalidad, con una tasa de 34,3 defunciones por 100 000 mujeres de 15 a 49 años durante el año 2001. El aporte a la mortalidad de las causas violentas en el grupo de 15 a 34 años es del 34,2 %, mientras que en el de 35 a 49 años es sólo del 10,2 % (tabla 4).

COMPORTAMIENTO TERRITORIAL DE LA MORTALIDAD SEGÚN CAUSAS

Se han estudiado indicadores de mortalidad por causas y trienios extremos de la década de los años 90: 1990-1992 y 1998-2000.

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

En el primer trienio (1990-1992), los mayores niveles de mortalidad por enfermedades del corazón correspondieron a las provincias Ciudad de La Habana (242,7), Matanzas (236,7) y La Habana (221,1).

En el trienio 1998-2000 los valores más altos continúan en la capital del país (226,5) y La Habana (204,5), y se le agrega Sancti Spiritus (201,0).

TUMORES MALIGNOS

Ciudad de La Habana es la provincia con más altas tasas de mortalidad por tumores malignos en los 2 períodos analizados, con cifras de 150,2 (1990-1992) y 160,1 (1998-2000) por 100 000 mujeres respectivamente. Coherentemente con el comportamiento ascendente en general para la tasa nacional, se observa un aumento de la mortalidad por esta causa en todas las provincias del país, con mayores incrementos en Holguín (38,4 %) y las Tunas (34,7 %). Sólo Ciego de Ávila disminuye discretamente su tasa (2,7 % de reducción).

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Las tasas más altas de mortalidad por esta causa correspondieron a Ciudad de La Habana durante los 2 trienios, con cifras de 84,7 en el período 1990-1992 y 96,5 en el período 1998-2000.

INFLUENZA Y NEUMONÍA

Las tasas más elevadas de mortalidad se presentan en Matanzas y Ciudad de La Habana, con tasas de 50,2 y 40,8

TABLA 4. Principales causas de muerte en mujeres de 15 a 49 años. Cuba 2001

Orden	15 a 34		35 a 49		Total	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1	Tumores malignos 208	11,4	Tumores malignos 833	68,7	Tumores malignos 1 041	34,3
2	Accidentes 144	7,9	Enfermedades del corazón 321	26,5	Enfermedades del corazón 380	12,5
3	Lesiones autoinfligidas intencionalmente 120	6,6	Enfermedad cerebrovascular 156	12,9	Accidentes 257	8,5
4	Agresiones 91	5,0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente 120	9,9	Lesiones autoinfligidas intencionalmente 240	7,9
5	Enfermedades del corazón 59	3,2	Causas* 113	9,3	Enfermedad cerebrovascular 179	5,9

*Accidentes, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus con igual frecuencia.

Tasas calculadas por 100 000 mujeres de la edad.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

por 100 000 mujeres respectivamente en el primer trienio. En el segundo trienio se mantienen las cifras más altas en ambas provincias y se le añade Cienfuegos.

ACCIDENTES

Las provincias que registraron los mayores niveles de mortalidad por accidentes en el primer trienio fueron Ciudad de La Habana (40,9), Cienfuegos (40,3), Ciego de Ávila (40,1) y Villa Clara (39,9). En el segundo trienio las tasas más altas continúan en Ciudad de La Habana (45,7), Villa Clara (46,4) y Ciego de Ávila (38,3), y se le agrega Sancti Spíritus (38,7).

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna ha mantenido niveles bajos durante los últimos años. Durante el año 2001 se produjeron 47 defunciones maternas para una tasa de 33,9 por 100 000 nacidos vivos. El 87,2 % de las defunciones maternas correspondieron a causas directas.

SITUACIÓN TERRITORIAL

En el trienio final de la década de los 90 se observa una reducción de la tasa de mortalidad materna en 10 de las 15 provincias del país. Las mayores reducciones (más del 45 %) se presentan en Matanzas y Holguín.

MORBILIDAD

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Sífilis y blenorragia

Los grupos de edades más jóvenes y en plena edad reproductiva continúan siendo los más afectados por estas infecciones, lo cual se relaciona directamente con hábitos y conductas sexuales, así como a mayor uso de los servicios de salud con el consiguiente reporte, para corresponder la mayor incidencia a las jóvenes de 15 a 24 años.

La incidencia continúa siendo mayor para la blenorragia, con una tasa de 69,9 por 100 000 mujeres durante el año 2001, mientras que para la sífilis fue de 51,1.

En relación con 1990 el riesgo de enfermar por blenorragia se redujo en 44,1 %, y para la sífilis en 32,7 %.

SITUACIÓN TERRITORIAL

La reducción de la incidencia de blenorragia para las mujeres (tabla 5), se produjo en todas las provincias del país, excepto en Guantánamo, donde se incrementan las tasas en el 43,5 %. En relación con la sífilis sucede algo similar, es decir un descenso de las tasas de incidencia en todas las provincias, a excepción de La Habana y Ciego de Ávila, que incrementan sus cifras, esta última a más de la mitad de su valor inicial (76,2 %).

TABLA 5. Incidencia de sífilis y blenorragia en la mujer según provincias. Cuba 1990 y 2001

Provincias	Sífilis		Blenorragia	
	1990	2001	1990	2001
Pinar del Río	32,4	22,7	46,4	29,9
La Habana	30,8	32,9	49,6	48,2
Ciudad de La Habana	93,7	36,3	184,4	96,5
Matanzas	86,4	51,0	199,8	85,4
Villa Clara	36,2	30,7	71,2	28,3
Cienfuegos	90,6	49,3	148,0	81,8
Sancti Spíritus	46,2	31,1	45,7	31,1
Ciego de Ávila	62,1	109,5	138,8	81,4
Camagüey	88,0	69,0	196,7	111,5
Las Tunas	90,9	60,8	95,0	63,9
Holguín	52,0	45,0	99,6	48,1
Granma	54,2	43,5	77,7	55,5
Santiago de Cuba	122,5	105,5	165,6	91,8
Guantánamo	135,0	64,0	48,1	69,1
Isla de la Juventud	160,7	58,0	265,9	48,0
Total	75,9	51,1	125,1	69,9

Tasa por 100000 mujeres

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

INCIDENCIA DE VIH/SIDA

El programa especial para esta enfermedad mantiene un pesquisaje activo, lo que permite lograr niveles elevados de diagnóstico precoz en el período asintomático de la enfermedad y las consiguientes acciones, a fin de evitar su mayor diseminación.

En el período 1990-2001, el número de casos notificados como seropositivos al VIH en el sexo femenino, se incrementó de 39 a 120, esta última cifra representa el 18,7 % del total de casos detectados en el 2001. La morbilidad sigue siendo más baja con respecto a los hombres, pero se aprecia un incremento en la incidencia, aunque siempre a un ritmo menor que en el sexo masculino (1,5 por 1 000 000 de mujeres en 1990 y 7,7 en el 2001).

En 1990 del total de casos diagnosticados como seropositivos en el sexo femenino, el 46,2 % correspondió a Ciudad de La Habana y el 23,1 % a Villa Clara, y en el 2001 el 39,2 y el 10,8 % respectivamente. Son estas provincias también las que registran mayores tasas de incidencia de SIDA, con cifras de 14,9 para Ciudad de La Habana y 21,6 para Villa Clara por cada 1 000 000 de mujeres respectivamente durante el 2001.

INTENTO SUICIDA

Durante el año 2001 se reportaron 12 604 casos de intento suicida, de los cuales 9 408 (74,6 %) ocurrieron en el sexo femenino, cifra inferior a la reportada en el año 1990 (10 527). El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 24 años. El riesgo de morir por esta causa se reduce de 17,8 defunciones por cada 100 000 mujeres en 1990 a 8,0 en el 2001, lo que representa el 55,1 % de reducción para el período (tabla 6).

SITUACIÓN TERRITORIAL

Las tasas de incidencia de intento suicida en la mujer disminuyeron en comparación con el año 1990 en 10 provincias del país; los mayores descensos se registraron en Ciego de Ávila (46,0 %) y Las Tunas (40,8 %).

TUMORES MALIGNOS

Según datos obtenidos del Registro Nacional del Cáncer, la incidencia de tumores malignos en este grupo poblacional ha tenido un comportamiento ascendente durante la década de los noventa (40,9 % de incremento), para alcanzar la cifra de 232,0 por 100 000 mujeres en 1999. Este ha sido el comportamiento en la población general del país. Las principales localizaciones en orden decreciente correspondieron a cáncer de mama, piel, cuello de útero, pulmón y colon, con tasas de 40,2; 36,6; 25,5; 21,9 y 17,2 por 100 000 mujeres respectivamente durante el año 1999. En el incremento debe considerarse la mejoría del reporte de estas enfermedades.

En nuestro país se brinda atención especial al cáncer de cuello de útero desde 1968 a través del Programa Nacional para la Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino y desde 1987 entró en marcha el Programa Nacional para la Detección Precoz del Cáncer de Mama. Durante el período 1990-1992 y 1998-2000 más del 80 % de los casos de cáncer cervicouterino detectados por el programa, correspondieron a la etapa clínica 0, 88,3 % y 81,5 % respectivamente. Obsérvese que se produce un descenso en el porcentaje de casos diagnosticados en etapa 0 durante la década, que indica casos diagnosticados fuera del programa y en

TABLA 6. Intento suicida y mortalidad por suicidio en el sexo femenino. Cuba 1990-2001

Años	Intento suicida	Suicidio	Intentos por fallecida	Fallecidas por 100 intentos
1990	199,7	17,8	11,2	8,9
1991	188,5	19,9	9,5	10,6
1992	193,9	17,9	10,8	9,2
1993	137,2	17,8	7,7	13,0
1994	99,1	15,3	6,5	15,4
1995	156,1	14,9	10,5	9,5
1996	145,8	12,1	12,1	8,3
1997	169,3	11,4	14,9	6,7
1998	149,8	11,8	12,7	7,9
1999	159,0	10,5	15,1	6,6
2000	183,8	9,6	19,1	5,2
2001*	167,7	8,0	21,0	4,8

*Provisional.

Tasa por 100 000 mujeres.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

etapas más avanzadas de la enfermedad. La reducción porcentual de los casos detectados en la etapa 0, durante el trienio final en relación con el inicial fue del 7,7 % (tabla 7).

TABLA 7. Porcentaje de casos positivos de cáncer cérvico uterino detectados por el programa según etapa clínica. Cuba 1990-1992 y 1998-2000

Etapa clínica	1990-1992	1998-2000
0	88,3	81,5
I	10,4	15,1
II	1,1	2,9
III	0,2	0,5
IV	0,0	0,0

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

TABLA 8. Incidencia de cáncer por todas las localizaciones según provincias. Sexo femenino. Cuba 1992 y 1999.

Provincias	1992	1999	% de cambio
Pinar del Río	152,1	228,3	50,1
La Habana	147,5	245,7	66,6
Ciudad de La Habana	178,8	318,1	77,9
Matanzas	116,5	312,0	167,8
Villa Clara	207,9	328,0	57,8
Cienfuegos	230,4	268,1	16,4
Sancti Spíritus	153,0	247,8	62,0
Ciego de Ávila	207,2	179,9	-13,2
Camagüey	177,3	201,1	13,4
Las Tunas	135,9	129,0	-5,1
Holguín	152,8	151,1	-1,1
Granma	126,2	162,5	28,8
Santiago de Cuba	159,6	210,1	31,6
Guantánamo	121,5	127,2	4,7
Isla de la Juventud	137,6	129,2	-6,1
Total	164,7	232,0	40,9

Fuente: Registro Nacional del Cáncer. INOR.

Las tasas de incidencia de cáncer por todas las localizaciones en el sexo femenino superan a la media nacional (232,0 en 1999) en las provincias: La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos y Sancti Spíritus (tabla 8). Estas provincias a su vez incrementaron sus tasas en más de la mitad de su valor en comparación con el año 1992 (excepto Pinar del Río).

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE ALGUNAS ENFERMEDADES SUJETAS A DISPENSARIZACIÓN

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles sujetas a dispensarización, la incidencia más alta reportada fue para la hipertensión arterial. El riesgo de enfermar por esta causa presenta una tendencia ascendente en el período analizado, de 7,2 por 1 000 mujeres en 1990 a 17,3 en el 2001. Este incremento está dado además por la mejora del reporte de esta entidad a través del sistema de información estadístico de dispensarización a partir de la máxima prioridad otorgada al programa de atención de la hipertensión arterial. Según el registro de atención de los médicos de familia, la hipertensión arterial presenta una prevalencia de 184,7 por 1 000 mujeres durante el año 2001 (tabla 9).

TABLA 9. Prevalencia en mujeres dispensarizadas por algunas enfermedades. Cuba 1990 y 2001

Enfermedad	1990	2001
Hipertensión arterial	78,6	184,7
Asma bronquial	44,0	82,6
Diabetes mellitus	24,5	32,3

Tasa por 1 000 mujeres.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

CONSIDERACIONES FINALES

- Los indicadores de salud analizados de la mujer cubana, se corresponden con los de la población en general y no muestran aparentemente una desventaja de género importante. La dinámica demográfica del país se refleja en sus patrones reproductivos expresados por la natalidad, fecundidad, mortalidad y morbilidad.
- Son las enfermedades crónicas no transmisibles las que figuran por tanto como las primeras causas de muerte en la mujer, al igual que en la población del país en su conjunto. El mayor riesgo de muerte se le atribuye a las enfermedades del corazón; el mayor incremento de la mortalidad en el período se produce por tumores malignos, y entre ellos incidieron más el cáncer de tráquea, el de bronquios y pulmón, con niveles de mortalidad superiores al cáncer de mama, lo cual se ha venido estableciendo paulatinamente y sugiere la presencia de factores de riesgo de diferentes tipos, dentro de los cuales el incremento del hábito de fumar en la mujer o el de fumadoras pasivas son los de mayor peso.
- Las causas violentas son las responsables del mayor número de muertes en las adolescentes y jóvenes, comportamiento causal típico de este grupo poblacional. Esto supone el logro de reducciones a partir de la intervención intersectorial en el componente accidental e intencional. Las mayores reservas de reducción en las mujeres jóvenes y adolescentes se encuentran en los accidentes del transporte.
- La hipertensión arterial constituyó la enfermedad de mayor prevalencia, lo que la convierte en un problema de salud prioritario y en un factor de riesgo importante para otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares. Esta última exhibe desde hace varios años sobremortalidad femenina y en el caso de la cardiopatía isquémica los niveles de riesgo se han ido acercando paulatinamente a los niveles del sexo masculino. La relación de la prevalencia y mortalidad por estas enfermedades con el envejecimiento poblacional y por tanto con un mayor número de mujeres que arriban a las edades del climaterio debe ser considerado con especial interés en las acciones y servicios de salud. Ello unido a otros factores socioeconómicos y de estilos de vida y desempeño de roles de género, conlleva una intervención intersectorial a fin de propiciar condiciones de vida más favorables que prevengan estas dolencias.
- Las adolescentes y jóvenes presentan un riesgo importante de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, por lo que la acción educativa y preventiva diferenciada sobre este grupo poblacional en lo referente a hábitos y conductas sexuales, continúa siendo de suma importancia.

SUMMARY: This paper is aimed at offering an updated panorama based on the statistical data of the demographic characteristics and of the reproductive and general health of women. An analysis of the statistical information produced by the official systems of statistical information and by the complementary surveys done by the Ministry of Public Health is presented. It was observed an increase of aging among women from 1990 to 2001. In 2001, 14.4 % of the total of women were over 60. Natality maintained a descending trend, 12.4 per 1 000 inhabitants in 2001, whereas general fecundity had 26.4 % of reduction in the last 11 years. There was a coverage of 72.1 % with contraceptives based on modern methods. Induced abortions per 1 000 women aged 12-49 dropped from 45,6 to 21.2 between 1990 and 1991. The rates of menstrual regulations during the same period rose. Mortality has not modified its causes during the last years. Heart diseases, malignant tumors, cerebrovascular disease, influenza and pneumonia, and accidents are the first five. Maternal mortality kept its low levels. The frequency of HIV seropositivity was 18.7 % of the total, in 2001, but there was an increase in the number of cases. The health indicators analyzed in Cuban women were in correspondance with those of the total population and no gender disadvantage was detected. The rise of mortality in the last years due to trachea, bronchus and lung cancer was associated with risk factors, specially with the increase of smoking in women. The main cause of death in adolescents and youth is in the group of violences, where traffic accidents should be considerably reduced.

Subject headings: **WOMENS HEALTH SERVICES; FERTILITY, MORTALITY, CUBA.**


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Salud de la mujer. Vol I. Washington, 1994.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. Mortalidad derivada de la maternidad. N.Y. FNUAP, 1999.
3. Report of the National Institute of Health: Opportunities for research on women's health. Washington D.C, NIH, 1992.
4. Lane R, McDonald G. Reducing the economic burden of depression. *Int Clin Psychopharmacology* 1996; 9:229-43.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. Mortalidad y morbilidad derivada de la maternidad. N.Y. FNUAP, 2000.

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. Mujeres pobres, salud deficiente. N.Y. FNUAP, 1997.
 7. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta para la promoción y desarrollo de investigaciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo. Adaptado del Informe «Propuesta para la promoción y desarrollo de investigaciones sobre la mujer, la salud y el desarrollo», presentado en la XIII Reunión del Subcomité de la Mujer del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Bol of Sanit Panam 1993;114(6):561-4.
 8. Programa de Naciones Unidas para el desarrollo. Desarrollo humano para erradicar la pobreza. N.Y. PNUD, 1997.
 9. Health, Empowerment, Rights & Accountability. Hoja de Acción: Salud, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. N.Y. HERA, 1998.
 10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. Promoción de la educación. N.Y. FNUAP, 1997.
 11. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Caguayo, 2000.
 12. Álvarez M, Rodríguez I, Popowski P, Castañeda A. Situación de la niñez, la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer (FMC), 2000.
 13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial, 2002. N.Y. FNUAP, 2002.
 14. Cuba. Gaceta Oficial. Mayo 5, 1997. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. La Habana, GO, 1997.
 15. Gran M, Nieto M, Gutiérrez L. Características socioculturales del aborto en Cuba. Dinámica Demográfica y Cambio Social. México, D.F. XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, 1996: 91-106.
 16. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Encuesta por conglomerados de indicadores múltiples. Informe final. La Habana, MINSAP, 2001.
 17. Gran M, Álvarez M. Estudio de Regulaciones Menstruales en tres hospitales ginecoobstétricos del país. En: Temas de Estadísticas de Salud. No.1. La Habana: Dirección Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública, 1998.
- Recibido: 2 de junio de 2003. Aprobado: 7 de julio de 2003.
Rosa M. Torres Vidal. Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP, Ciudad de La Habana, Cuba.

Una persona sana es un humano con un buen equilibrio corporal y mental, y bien adaptado a su medio físico y social. Ejerce pleno control en sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales, siempre y cuando sobrepasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus posibilidades. Por tanto, la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida le impone a las personas.

Henry E. Sigerist
 1891-1957



Fuente: OPS. Salud. Celebrando 100 años de salud. Washington, 2002.