

Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública y Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana

## ***EVOLUCIÓN DEL DIFERENCIAL POR SEXO DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER. CUBA, SIGLO XX***

*Libia Margarita López Nistal,<sup>1</sup> Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira<sup>2</sup> y Miriam Alicia Gran Álvarez<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Para identificar componentes explicativos de la evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer de la población cubana en el siglo xx, con énfasis en los últimos veinte años se realizó un estudio documental y analítico en el que se utilizaron diversas medidas descriptivas. Se empleó el método de Arriaga para analizar la contribución de las edades y las causas de muerte a la esperanza de vida al nacer y se adaptó para los fines de este estudio (el diferencial por sexo). Se enmarcan tres etapas por las que ha transitado el diferencial cubano: deterioro sostenido (1900-1925), progreso (1925-1955) y oscilación y estabilización (1955-2000). Las mujeres cubanas han experimentado un ritmo de incremento en su esperanza de vida al nacer más lento que los hombres, estando más comprometidas, las mujeres menores de 5 años y las de 40 a 59 años en las etapas descritas, por sobremortalidad en causas como: las enfermedades transmisibles, las anomalías congénitas, la diabetes, el asma y las enfermedades musculoesqueléticas. La mortalidad por enfermedades transmisibles, en comparación con las no transmisibles, ha afectado algo más a la mujer cubana, por lo que su reducción, contribuiría a elevar su supervivencia. La evolución favorable y el cambio del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer, constituye un reto para la sociedad cubana. Su incremento estaría en función directa del aumento de la calidad de vida de la población y en particular la de la mujer, desde edades tempranas y hasta el final de la vida.

**Palabras clave:** Diferencial por sexo, esperanza de vida al nacer, mortalidad, siglo XX, Cuba.

### ***INTRODUCCIÓN***

Durante el siglo que recién concluyó, la capacidad de supervivencia de la población cubana, entendida como la extensión de la vida y medida a través de la esperanza de vida al nacer ( $e^0$ ), mostró un progreso que muchos entendidos señalan como aleccionador y fue producto de un proceso de transición de la mortalidad que sólo tiene equivalentes, por su carácter completo, acelerado y homogéneo, en poblaciones como la de Japón.

En el transcurso de sólo 90 años, en el período que media entre 1900-1990, el incremento de la esperanza de vida al nacer de la población cubana superó en más de 10

años la ganancia experimentada por las poblaciones europeas en ese indicador en el mismo espacio de tiempo.

Dos características distinguen la transición de la mortalidad cubana y por ende de la esperanza de vida al nacer, de la europea. En primer lugar, que se produjo en medio de un bajo desarrollo económico, demostrando que ello no es un obstáculo infranqueable para el progreso de la capacidad de supervivencia y, en segundo lugar, que el progreso de los hombres fue superior al de las mujeres. Sobre ese segundo rasgo es que versa este trabajo.

Como promedio, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es de unos 7 años mayor que la de los hombres en poblaciones de mortalidad baja. Sin embargo existen varios

<sup>1</sup> Master en Estudios de Población. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Económicas. Centro de Estudios Demográficos. Universidad de La Habana.

<sup>3</sup> Doctora en Ciencias de la Salud. Dirección Nacional de Estadística. MINSAP.

países en el mundo que se apartan de este valor y por tanto registran un diferencial por sexo relativamente bajo y entre ellos se encuentra Cuba donde apenas rebasa los 4 años a lo largo del siglo xx e inicio del XXI. El hecho de que el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer sea tan reducido, teniendo en cuenta los niveles ya alcanzados, constituye una preocupación y un número importante de autores lo han señalado en diferentes momentos.

El diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer ( $e_0^o$ ) es el resultado de la diferencia entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres y la de los hombres ( $e_0^o$  femenina -  $e_0^o$  masculina). Permite conocer en qué grado un sexo aventaja al otro en materia de extensión de la sobrevivencia.

Son múltiples las causas que podrían estar influyendo en la evolución del diferencial por sexo cubano e intentar el abordaje en todas sus dimensiones impondría un estudio multidisciplinario. En el presente trabajo pretendemos iluminar algunas sombras en el conocimiento de este problema; en él se delimitan las etapas de su evolución y se determinan las contribuciones de grupos de causas y edades a los cambios experimentados en el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer cubano, con énfasis en la última década del siglo xx.

### MÉTODO

Se utilizaron las principales causas de muerte de hombres y mujeres según los códigos de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) para el período 1988-2000. A continuación se relacionan las causas: enfermedades circulatorias, tumores malignos, influenza y neumonía, causas violentas, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad

pulmonar obstructiva crónica, asma, bronquitis y enfisema, enfermedades musculoesqueléticas, demencias y otros desórdenes del sistema nervioso central degenerativo y hereditarios, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas, meningitis, sepsis, enfermedades digestivas, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles.

Se empleó el método de Arriaga para determinar la contribución de los grupos de edad y causas, en cada sexo, a la esperanza de vida en dos momentos y se adecuó este método para determinar estas contribuciones al diferencial por sexo de la esperanza de vida. La interpretación de los resultados obtenidos es:

1. Si el valor de las diferencias entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres y los hombres es positivo, el diferencial se amplía debido a la sobremortalidad masculina para el grupo de edad  $x, y(o)$  causa de muerte  $j$ .
2. Si es igual cero, el diferencial toma el valor cero, debido a que ambos sexos tienen igual mortalidad para el grupo de edad  $x, y(o)$  causa de muerte  $j$ .
3. Si el valor es negativo, el diferencial se estrecha debido a la sobremortalidad femenina para el grupo de edad  $x, y(o)$  causa de muerte  $j$ . La información se presenta de forma tabular y gráfica.

### RESULTADOS

El siglo pasado comenzó con un valor del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer de 3,96, el que fluctuó hasta llegar a finales del siglo a 3,85. El valor promedio del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer en el siglo xx, fue de 3,26 años con una desviación estándar de 0,8 (fig. 1).

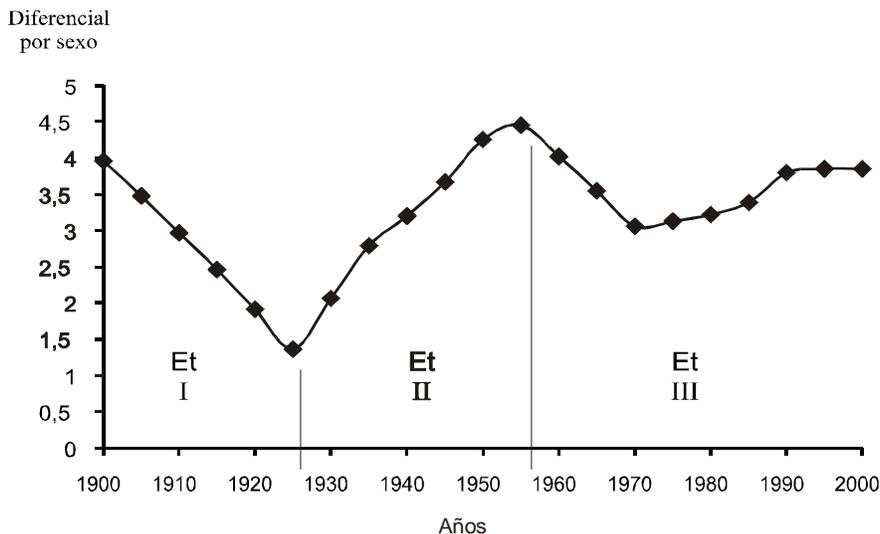


FIG. 1. Diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer según etapas. Cuba, 1900-2000. Fuente: Tablas de vida estimadas por Albizu-Campos.

Desde una perspectiva temporal y metodológica en la tendencia del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer durante el siglo xx, pueden distinguirse tres etapas:

- I. Deterioro sostenido (1900 hasta 1925): En esta etapa el diferencial por sexo pasa de un valor de 3,96 a 1,36. El aumento porcentual de la esperanza de vida al nacer de los hombres en esta etapa fue de 21,3 años, mientras que para las mujeres fue de 11,5.
- II. Progreso (1925 hasta 1955). Se produce un incremento sostenido del diferencial por sexo, con valores que van desde 1,36 en 1925 hasta 4,45 en 1955. El aumento porcentual de la esperanza de vida al nacer de los hombres en esta etapa, fue de 50,4 años, mientras que para las mujeres fue de 60,5.
- III. Oscilación y estabilización (1955 hasta el 2000). El diferencial por sexo desde 1955 al 2000 es, como promedio, de 3,4 años. Desde 1955 a 1995 los hombres aportan mayor número de años a su esperanza de vida que las mujeres; 26,1 para los hombres y 23,3 para las mujeres. Se realizaron los cálculos hasta 1995 y no hasta el 2000 para mantener la homogeneidad de la fuente de datos.

El análisis de la contribución de los grupos de edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer en momentos de su evolución (tabla 1), muestra para 1925, año de menor valor del diferencial por sexo, contribuciones negativas en los grupos de 1 a 14 años, lo que expresa sobremortalidad femenina para estas edades. Las contribuciones del grupo de 15 a 39 años se reducen en un 85 %. Entre 1925 y 1955, el diferencial, creció en 3,09 años, este aporte se debió al aumento de la supervivencia de las mujeres en la mayoría de los grupos de edades, especialmente en las edades de la infancia y de la adolescencia en que la contribución pasa de valores negativos a valores positivos.

**TABLA 1. Contribución de los grupos de edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba 1900, 1925, 1955 y 1995**

Edades	Contribución por años			
	1900	1925	1955	1995
Menores de 1	1,68	1,03	1,28	0,16
1-4	0,05	-0,47	0,13	0,07
5-14	0,12	-0,14	0,08	0,09
15-39	0,82	0,12	0,68	0,92
40-59	0,95	0,53	1,11	0,90
60 y más	0,34	0,29	1,17	1,71
Diferencial por sexo	3,96	1,36	4,45	3,85

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (cuadro 14, p. 68).

En 1995 el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer volvió a disminuir a 3,85 (de 4,45 cifra alcanzada en 1955), lo cual se debió a la disminución en la supervivencia de las mujeres, menores de un año, de 1 a 4 y de 40 a 59 años.

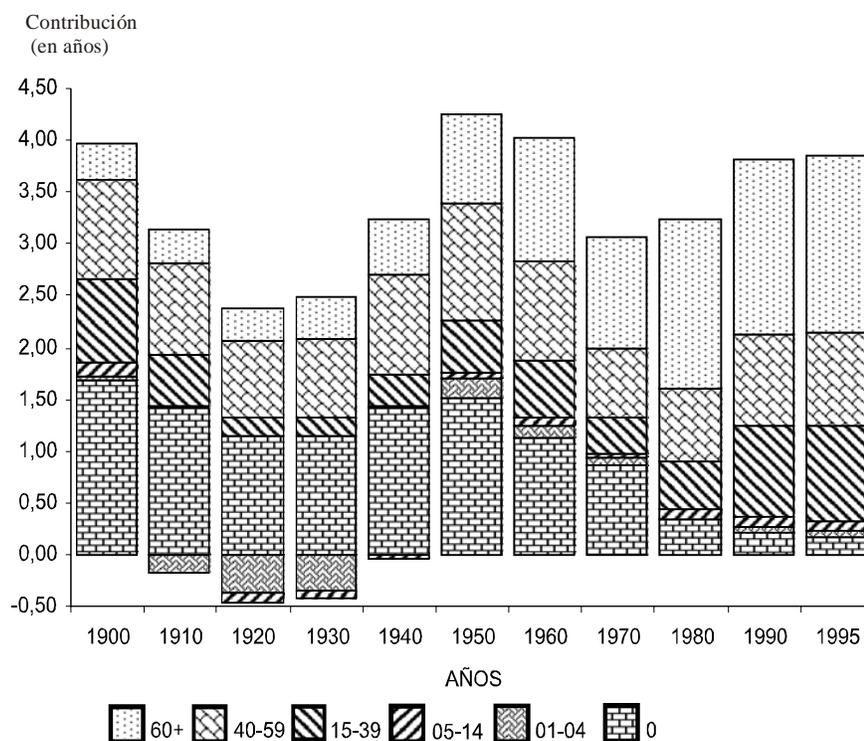
Una descripción más detallada de la contribución de las edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer se muestra en la tabla 2 y en la figura 2.

El análisis de la contribución de las causas de muerte a los cambios del diferencial es difícil, por la escasez de información detallada de la mortalidad por causas disponibles en los primeros años del siglo pasado. Sin embargo al agrupar las causas de muerte, en trasmisibles y no trasmisibles, se observa un comportamiento diferenciado por sexo para estas causas de muerte (tabla 3). Para la primera mitad del siglo, hay una mayor tasa de mortalidad por enfermedades trasmisibles para el sexo femenino con relación al masculino. En las enfermedades no trasmisibles existe sobremortalidad masculina durante todo el siglo xx.

**TABLA 2. Contribución de los grupos de edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, años seleccionados**

Edades	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1995
Menores de 1	1,68	1,42	1,16	1,15	1,41	1,52	1,14	0,86	0,35	0,20	0,16
1 - 4	0,05	-0,17	-0,37	-0,34	0,02	0,19	0,11	0,07	0,00	0,07	0,07
5 - 14	0,12	0,02	-0,09	-0,08	-0,03	0,05	0,07	0,04	0,10	0,10	0,09
15 - 39	0,82	0,51	0,17	0,16	0,31	0,50	0,56	0,35	0,46	0,87	0,92
40 - 59	0,95	0,87	0,73	0,77	0,97	1,13	0,97	0,67	0,71	0,87	0,90
60 y más	0,34	0,34	0,32	0,39	0,52	0,86	1,18	1,06	1,62	1,69	1,71
Diferencial por sexo	3,96	2,98	1,92	2,06	3,20	4,25	4,02	3,06	3,23	3,80	3,85

Fuente: Estimaciones realizadas por Albizu-Campos.



**FIG. 2. Contribución de las edades, en ambos sexos, al diferencial de la esperanza de vida al nacer. Cuba, años seleccionados.**

Fuente: Tabla 2.

**TABLA 3. Mortalidad\* según causas y sexos. Cuba. 1924, 1955, 1995**

Años	No transmisibles		Trasmisibles	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
1924	660,2	610,1	628,6	633,5
1955	615,4	483,9	55,8	69,8
1995	728,5	593,9	54,8	41,9
% de cambio (1924/1955)	-6,8	-20,7	-91,1	-89,0
% de cambio (1955/1995)	18,4	22,7	-1,8	-39,9

Fuente: López Nistal, L. El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (cuadro 15, p. 72). \* Tasas por 100 000 hab.

A finales del siglo xx, el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer desciende 0,06 años, al comparar dos períodos; 1988-1989 y 1994-1996, donde el diferencial toma los valores de 3,91 y 3,85 años respectivamente. Este descenso se debe a la disminución de la supervivencia de las mujeres en este último período (1994-1996), en las menores de 1 año, de 5 a 14 y de 60 y más años.

En el trienio 1998-2000, el diferencial aumenta discretamente a 3,88, esto se debe a un aumento de la supervivencia de las mujeres a partir de los 40 años (tabla 4).

Para los períodos analizados de finales del siglo xx, las enfermedades trasmisibles y no trasmisibles han hecho contribuciones diferentes al diferencial por sexo de la esperan-

za de vida al nacer (tabla 5), mientras las enfermedades no trasmisibles hacen aportes positivos al diferencial en todos los períodos analizados, las trasmisibles hacen contribuciones negativas para dos períodos (88-89 y 94-96). Las enfermedades trasmisibles hacen los mayores aportes negativos en el trienio 1994-1996, período con menor valor del diferencial (3,85), con desventajas para las mujeres.

En el período 1998-2000 el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer aumenta a 3,88 años y ambos grupos de causas de muerte hacen aportes positivos, lo que expresa sobremortalidad masculina y un mejoramiento de la salud de la mujer.

**TABLA 4. Contribución de los grupos de edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, períodos seleccionados**

Edades	Contribución por años		
	88-89	94-96	98-2000
Menores de 1	0,23	0,16	0,14
1 - 4	0,04	0,07	0,01
5 - 14	0,13	0,09	0,07
15 - 39	0,80	0,92	0,79
40 - 59	0,89	0,90	1,05
60 y más	1,82	1,71	1,81
Diferencial por sexo	3,91	3,85	3,88

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (tabla 9 en anexos).

Las contribuciones de estas causas de muerte por grupos de edad, muestra en 1988-1989, sobremortalidad femenina por enfermedades transmisibles en las edades de 0 a 14 años y a partir de los 40 años, expresado por las contribuciones negativas en estas edades al diferencial. Para el período 1994-1996, las mujeres presentaron sobremortalidad para esta causa a partir de los 60 años. En el período 1998-2000 el diferencial aumenta en relación con el trienio anterior, debido a un incremento de la supervivencia de las

mujeres en las mayores de 60 años por enfermedades transmisibles y en las mujeres de 40 a 59 años por las enfermedades no transmisibles (tabla 6).

En las tablas 7 y 8 se presentan, de forma detallada, las contribuciones por causas al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer.

En los tres períodos analizados, las mujeres presentan mayor mortalidad que los hombres por: diabetes mellitus, asma bronquial y enfermedades musculoesqueléticas. La sobremortalidad de la mujer por estas causas de muerte se evidencia a partir de los 15 años, y especialmente a partir de los 60 años.

En el primer período (1988-1989) la sobremortalidad femenina se debe a las contribuciones de las cuatro causas de muerte ya mencionadas. La diabetes mellitus es la causa de muerte que más contribuye a esta sobremortalidad. En el segundo período (1994-1996) el diferencial disminuye, por lo que la salud de la mujer se ve más comprometida y esto se produce en edades más jóvenes. Existe sobremortalidad femenina para ocho causas de muerte (enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, asma bronquial, anomalías congénitas, meningitis, bronquitis y enfisema, enfermedades transmisibles y enfermedades musculoesqueléticas). Las anomalías congénitas y las enfermedades transmisibles, en las edades de 0 a 14 años son las que más afectan la salud de la mujer en este período (tabla 9).

**TABLA 5. Contribución por causas al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, períodos seleccionados**

Trienios	Transmisibles	No transmisibles	Diferencial por sexo
1988 - 1989	-0,22	4,12	3,91
1994 - 1996	-2,22	6,07	3,85
1998 - 2000	0,17	3,71	3,88

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (cuadro 20, p. 99).

**TABLA 6. Contribución por causas y grupos de edades al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, períodos seleccionados**

Grupos de edades	88-89		94-96		98-2000	
	Trasm.	No trasm.	Trasm.	No trasm.	Trasm.	No trasm.
Menores de 1	-0,05	0,28	0,03	0,14	0,02	0,13
1 - 4	-0,02	0,05	0,01	0,07	0,00	0,01
5 - 14	-0,01	0,14	0,00	0,09	0,00	0,07
15 - 39	0,00	0,80	0,03	0,89	0,02	0,77
40 - 59	-0,01	0,89	0,05	0,85	0,04	1,01
60 y más	-0,13	1,95	-2,34	4,04	0,08	1,73
Diferencial por sexo	-0,22	4,12	-2,22	6,07	0,17	3,71

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (tabla 7 en anexos).

**TABLA 7. Contribución de las causas de muerte a la esperanza de vida al nacer para cada sexo. Cuba, períodos seleccionados**

Causas	Hombres			Causas	Mujeres		
	88-89 vs 94-96	94,96 vs 98-2000	88-89 vs 98-2000		88-89 vs 94-96	94-96 vs 98-2000	88-89 vs 98-2000
Accidentes	-0,19	0,24	0,38	Violentas*	0,10	0,12	0,24
Enfermedades cardiovasculares	0,30	0,52	0,26	Enfermedades cardio- vasculares	-0,76	0,45	0,16
Condiciones perinatales	0,13	0,06	0,18	Condiciones perinata- les	0,09	0,04	0,14
Anomalías congénitas	0,04	0,05	0,10	Accidentes	0,42	0,14	0,12
Enfermedades trasmisibles	-0,16	0,08	0,08	Diabetes mellitus	-0,06	0,31	0,10
Meningitis	-0,02	0,02	0,04	Anomalías congénitas	0,04	0,02	0,09
Diabetes mellitus	0,01	0,06	0,04	Enfermedades trasmisi- bles	0,10	0,11	0,07
Bronquitis y enfisema	0,07	0,03	0,04	Enfermedades cerebro- vasculares	-0,09	0,05	0,05
Asma	-0,01	0,01	0,04	Asma	-0,02	0,10	0,04
Violentas*	0,03	0,08	0,03	Meningitis	0,00	0,01	0,03
Enfermedades cerebrovasculares	0,07	-0,04	0,01	Bronquitis y enfisema	-0,12	0,01	0,03
Úlcera gástrica	0,00	-0,01	0,00	Enfermedades digestivas	-0,01	0,03	0,02
Enfermedades digestivas	0,01	0,01	0,00	Enfermedades neuropsiquiá- tricas	0,18	0,02	0,02
Enfermedades musculoesqueléticas	0,00	-0,02	0,00	Enfermedades musculoes- queléticas	-0,01	0,01	0,01
Tumores malignos	0,18	-0,01	0,00	Cirrosis hepática	-0,01	0,01	0,01
Enfermedades neuropsiquiátricas	-0,20	0,05	-0,01	Úlcera gástrica	0,01	0,00	0,00
Influenza y neumonía	-0,24	-0,01	-0,01	Sepsis	-0,02	0,03	0,00
Sepsis	-0,01	0,04	-0,01	Influenza y neumonía	0,14	-0,07	-0,01
Cirrosis hepática	-0,03	0,06	-0,02	Otras	0,01	0,12	-0,03
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	-0,04	0,01	-0,04	Tumores malignos	-0,35	-0,10	-0,03
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	-0,29	-0,01	-0,06	Enfermedad de las arterias, arteriolas y vasos capilares	-0,30	0,02	-0,04
Otras	0,00	0,10	-0,07	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,21	-0,05	-0,06
Total	-0,37	1,34	0,96	Total	-0,43	1,37	0,94

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (cuadro 21, p.101).

\* Excepto accidentes.

En el tercer período (1998-2000) la salud de la mujer mejora discretamente en relación con el período anterior, aunque persiste sobremortalidad femenina para la diabetes, el asma y las enfermedades musculoesqueléticas.

## DISCUSIÓN

La descripción de las etapas, que marcan la evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer, muestran aspectos que han participado en los cambios de la esperanza de vida al nacer de nuestra población a lo largo del siglo xx.

### ETAPA I. DE DETERIORO SOSTENIDO (1900 HASTA 1925)

En esta etapa, la población cubana se encontraba en el período de la postguerra (guerra de 1895-1898), en el que se

conjugaron problemas sociales y políticos. El siglo xix termina para la población cubana, con niveles de mortalidad impresionantes: 50,98; 77,34 y 89,19 por cada mil habitantes para los años 1896, 1897 y 1898 respectivamente.<sup>1</sup> De 1900 a 1902 se organizó la administración de salud pública, por el gobierno interventor, en dos grandes ramas, de Sanidad y Beneficencia, a punto de partida de la completa destrucción en que quedó la organización de la salud pública colonial española después de la guerra; y se realizaron enérgicas y bien dirigidas campañas de saneamiento. El primer servicio sanitario que comenzó a funcionar en esta etapa de la salud pública fue el de inspección sanitaria de las casas en cada ciudad y pueblo.<sup>2</sup>

En términos organizativos se producen algunos avances en la salud pública. Dentro de esta etapa se encuentran 2 de los 3 períodos en los que *Delgado*<sup>2</sup> divide el desarrollo de la administración de salud pública; el primero que abarca desde el 20 de mayo de 1902, inicio de la república, hasta el

**TABLA 8. Contribución de las causas de muerte al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, períodos seleccionados**

Causas	Períodos		
	88-89	94-96	98-2000
Enfermedades cardiovasculares	1,04	0,78	0,95
Accidentes	1,19	1,11	0,77
Tumores malignos	0,78	0,51	0,65
Violentas*	0,22	0,28	0,47
Enfermedades neuropsiquiátricas	0,12	0,30	0,17
Otras	0,15	0,53	0,17
Influenza y neumonía	0,13	0,13	0,17
Cirrosis	0,06	0,11	0,13
Enfermedad de las arterias, arteriolas y vasos capilares	0,06	0,10	0,12
Condiciones perinatales	0,13	0,35	0,08
Enfermedades cerebrovasculares	0,07	-0,03	0,08
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0,02	0,13	0,07
Anomalías congénitas	0,05	-0,37	0,04
Enfermedades transmisibles	0,05	-0,28	0,04
Úlcera gástrica	0,04	0,02	0,04
Enfermedades digestivas	0,01	0,03	0,03
Bronquitis y enfisema	0,06	-0,01	0,03
Sepsis	0,00	0,51	0,01
Meningitis	0,02	-0,08	0,01
Asma bronquial	-0,02	-0,03	-0,03
Enfermedades musculoesqueléticas	-0,05	-0,04	-0,03
Diabetes mellitus	-0,24	-0,19	-0,10
Diferencial por sexo	3,91	3,85	3,88

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (cuadro 22, p. 102).

\* Excepto accidentes.

**TABLA 9. Contribución de las causas de muerte y los grupos de edad al diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, períodos seleccionados**

Causas	Años 88 - 89						Total
	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 39	40 - 59	60 y más	
Diabetes mellitus	0,000	0,000	0,000	0,005	-0,047	-0,194	-0,237
Asma bronquial	0,001	0,000	0,000	-0,009	-0,013	0,004	-0,017
Sepsis	-0,001	0,000	0,000	-0,002	0,000	-0,001	-0,004
Enfermedades musculoesqueléticas	0,000	0,000	0,000	-0,021	-0,013	-0,015	-0,049
Diferencial por sexo	0,231	0,038	0,134	0,798	0,886	1,822	3,908
Causas	94 - 96						Total
	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 39	40 - 59	60 y más	
Enfermedades cerebrovasculares	-0,011	0,000	0,009	-0,009	-0,039	0,021	-0,029
Diabetes mellitus	0,000	0,000	0,000	0,019	-0,045	-0,166	-0,192
Asma bronquial	0,000	0,000	0,000	-0,014	-0,016	0,002	-0,027
Anomalías congénitas	-0,371	-0,014	0,000	0,011	0,003	0,002	-0,370
Meningitis	-0,098	0,000	0,000	0,012	0,005	0,003	-0,078
Bronquitis y enfisema	-0,011	0,000	0,000	-0,002	-0,005	0,003	-0,015
Enfermedades transmisibles	-0,349	-0,028	-0,013	0,017	0,032	0,066	-0,275
Enfermedades musculoesqueléticas	0,011	0,000	0,000	-0,027	-0,015	-0,010	-0,041
Diferencial por sexo	0,164	0,070	0,090	0,918	0,899	1,706	3,847
Causas	98 - 2000						Total
	<1	1 - 4	5 - 14	15 - 39	40 - 59	60 y más	
Diabetes mellitus	0,000	0,000	0,000	0,001	-0,013	-0,086	-0,098
Asma bronquial	0,000	0,000	0,000	-0,006	-0,014	-0,006	-0,026
Enfermedades musculoesqueléticas	0,001	0,000	0,000	-0,014	-0,009	-0,007	-0,030
Diferencial por sexo	0,144	0,013	0,070	0,793	1,051	1,813	3,884

Fuente: López Nistal, L. *El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba*. Tesis presentada para la obtención del grado de Master en Estudios de Población. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. Inédito. CEDEM, La Habana, 2003 (tabla 7 en anexos).

28 de enero de 1909, final de la segunda ocupación norteamericana, y el segundo que comprende desde 1909, restauración de la república, hasta el 10 de octubre de 1940, en que se puso en vigor una nueva constitución. En estos algo más de 30 años, la administración de salud pública, lleva su organización a categoría ministerial, primer país del mundo en hacerlo.

Datos de 1924 (Registro de Defunciones de 1924 de la Dirección Nacional de Estadística), muestran que el 16,0 % de las defunciones se producían en el grupo de 1 a 14 años. Las enfermedades transmisibles representaban el 84,0 %, del total de defunciones de 1 a 4 años de edad. Dada la situación social de la época, la salud de los adolescentes estuvo también afectada. El 10 % de las defunciones por enfermedades del embarazo, parto y puerperio, se producían en mujeres de 15 a 19 años.

Una serie de programas y mecanismos introducidos en este período ejercieron su efecto en la declinación de la mortalidad, en el que las reformas sanitarias tuvieron un importante impacto.<sup>3</sup> Entre 1900 y 1920 la mortalidad general declinó de 46 a 22,7 por 1 000 habitantes, y la mortalidad infantil (estimada en 380 para 1895), se redujo a 348,0 en 1900 y a 271,0 por cada 1 000 nacidos vivos en 1920.<sup>3</sup>

Sin embargo, el beneficio en términos de salud, no alcanzó a todos por igual. Los hombres aportaron 5,3 años a su esperanza de vida al nacer de 1900 a 1920, mientras que las mujeres sólo aportaron 3,2 (tablas de mortalidad construidas por Albizu-Campos).

Mientras que en el escenario histórico, los hombres construían una sociedad que promulgaba la libertad, el patriarcado se afianzaba, las mujeres participaban muy poco en este proyecto social, sus reclamos y protestas quedaban en la sombra y una sociedad cada vez más desigual se fomentaba.<sup>4</sup>

Las mujeres cubanas, a diferencia de la mayoría de sus congéneres del resto del mundo, se beneficiaban menos que los hombres de los logros de la salud. A inicios del siglo xx, en Cuba entró el contingente migratorio más importante de su historia, que traía a nuestro país su cultura, hábitos, costumbres y enfermedades. Según se reporta por los censos de 1907<sup>5</sup> y 1919<sup>6</sup> el mayor porcentaje de los inmigrantes eran hombres. El mayor número de hospitalizados en esta época eran hombres (71,43 % en 1919), predominantemente extranjeros, que por ser inmigrantes carecían además con frecuencia de atención familiar. Por otra parte entre los nativos de la isla, la costumbre de enviar las mujeres enfermas a los hospitales, no estaba tan extendida como la de enviar a los hombres.<sup>4</sup>

En la etapa de deterioro sostenido la población se enfrenta a la epidemia de influenza entre 1917 y 1919, y se reportan brotes de fiebre amarilla y de peste bubónica entre otras.<sup>7</sup> La oferta de servicios asistenciales era insuficiente y desigual. A las unidades de salud mutualistas y clínicas privadas, no tenía acceso una parte de la población. Estadísticas del censo de 1919 muestran la existencia de un mé-

dico por cada 1 631 habitantes, con grandes disparidades entre el campo y la ciudad, en esta última se concentraba el mayor número de médicos. En la capital había un médico por cada 531 habitantes, mientras que en el resto de la república se reportaba 1 por cada 2 415.<sup>6</sup>

En el orden social, existía marcada discriminación racial. Bajo el gobierno de *José Miguel Gómez* se asesinaron unos tres mil cubanos negros y mulatos.<sup>6</sup> Los progresos de la mujer, en esta etapa, no fueron notables, la proporción de varones que sabían leer en 1909 era mayor que la de las mujeres,<sup>4</sup> solo el 2 % de los graduados de medicina que ejercían en 1917 eran mujeres, las que tenían que superar múltiples dificultades y prejuicios para graduarse y ejercer. En 1917 sólo se graduó una mujer en medicina.<sup>6</sup>

En esta etapa Cuba se expone a diversas situaciones internas y externas que frenan el desarrollo del país, como intentos insurreccionales y la primera guerra mundial. Con posterioridad, se desploman los precios del azúcar (crisis de 1920-1921) y se entra en la etapa del deterioro del modelo neocolonial, matizada por contradicciones y reducciones en las inversiones extranjeras, así como el estancamiento y la inestabilidad de la economía nacional.<sup>3</sup>

## ETAPA II. DE PROGRESO (1925 HASTA 1955)

En esta etapa los indicadores de salud de nuestra población mejoran. La esperanza de vida al nacer pasa de 48 a 62 años,<sup>8</sup> aproximadamente. Se partía de una reserva amplia de reducción de la mortalidad a expensas de causas exógenas fundamentalmente.

Se llevan a cabo numerosos programas para el control de las principales causas de muerte (ej: tuberculosis). Se introducen antibióticos y medicamentos más eficaces (ej: penicilina, cloranfenicol y las sulfas). Entre 1936 y 1940 se crean una serie de instituciones de salud especializadas en el tratamiento de ciertas enfermedades (Consejo Nacional de la Tuberculosis, Corporación Nacional de Salud Pública, Instituto Técnico de Salubridad Rural, Centro de Orientación Infantil, Patronato para la Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas, entre otros).

Desde el punto de vista social las mujeres se agrupan y logran su derecho al voto en 1934. En el II Congreso Nacional Obrero celebrado en 1940 se planteó al menos crear asociaciones de mujeres y familiares en todas las organizaciones obreras y campesinas que habrían de trabajar por elevar el nivel cultural y de vida mediante enseñanza de corte y costura, mecanografía, enseñanza primaria y otros, así como, la creación en los municipios y por el gobierno central, de escuelas para los hijos de los(as) trabajadores(as), creches donde las madres obreras dejaran a sus hijos durante las horas de trabajo, casas de socorro, parques infantiles, y otras medidas de beneficio para la niñez.<sup>9</sup>

El Seguro de Salud y Maternidad, se creó en 1934, fue modificado en 1937 y reglamentado en 1942; en él fue estatuida la protección de la mujer trabajadora que se encontra-

ba en estado de gestación, la que al cumplir el séptimo y medio mes de embarazo, podía retirarse de su trabajo y disfrutar de licencia durante seis semanas antes del parto y seis semanas después del mismo.<sup>9</sup>

Se eleva la proporción de mujeres con instrucción en la mayoría de las provincias del país en 1931 y 1943.<sup>9</sup> Según los reportes del censo de 1943 los varones se dedican a trabajar desde muy jóvenes y en mayor número que las hembras, con menoscabo de su instrucción. Las hembras, dedicadas a las labores domésticas, y bajo una más severa disciplina de los padres, generalmente, tienen mayores oportunidades de adquirir instrucción que los varones.

Si bien estas medidas, apenas alcanzaban a la población necesitada, entraron en vigor partiendo prácticamente de cero, por lo que algún impacto beneficioso se produjo en la tendencia de los indicadores.

### ETAPA III. DE OSCILACIÓN Y ESTABILIZACIÓN (1955 HASTA EL 2000)

Esta etapa comienza con una esperanza de vida al nacer de alrededor de 60 años y con el valor más alto del diferencial por sexo del siglo xx (4,45), a partir de esta fecha el diferencial desciende hasta 3,06 en 1970. De 1970 hasta la actualidad el valor del diferencial por sexo fluctúa alrededor de los 3,4 años.

En los inicios de esta etapa, de 1956 a 1958, existen en el país inestabilidades políticas, donde se agudizan las confrontaciones entre el pueblo y el Gobierno. A partir de 1959 se instala el Gobierno Revolucionario, que dirige sus máximos esfuerzos hacia el bienestar de la población, para lo cual lleva a cabo una serie de medidas como la campaña de alfabetización, la ley de reforma agraria, la reorganización y consolidación de la salud pública que extendió sus servicios gratuitos a toda la población e inició la práctica sistemática de la medicina preventiva, citando lo más relevante.

En el pensamiento político de la revolución aparecen como elementos claves, eliminar las desigualdades entre grupos sociales, razas y género. No cabe duda que la sociedad cubana ha sido un laboratorio social, en el que la mujer cubana ha sido el emergente social de cambio, portavoz de la necesidad de una esencial transformación de su rol tradicional.<sup>10</sup>

No obstante la equidad de hombres y mujeres en nuestra sociedad, no se ha dado aún. El mayor problema que se resiste a esto es el conflicto que ha tenido que enfrentar, la mujer cubana, entre el legado cultural y el mandato de cambio social.<sup>11</sup>

En el año 2000, según reporte de la Organización Mundial de la Salud el valor del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer cubano según orden descendente, ocupa el lugar 123 (68 países tienen un diferencial por sexo inferior). La esperanza de vida al nacer de los hombres cubanos ocupa el lugar 31 en relación con la de los hombres de 191 países ordenados por este indicador, en el caso de la mujer, su esperanza de vida al nacer ocupa el lugar 43 (12

puntos más abajo que los hombres cubanos de los 191 países). De acuerdo con esta distribución en el contexto internacional, la mujer cubana se presenta con mayor desventaja que los hombres.

En Cuba, la estructura de la mortalidad por causas sufrió su mayor variación, a finales de la primera mitad del siglo pasado. Las enfermedades diarreicas y la tuberculosis en 1910, eran la primera y segunda causa de muerte en el país, con tasas de 355,2 y 147,5 por 100 000 habitantes respectivamente. El número de defunciones por estas causas descendió paulatinamente. A partir de 1946, las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar, lo que se mantiene hasta nuestros días; los tumores malignos ocupan el segundo lugar a partir de 1950.<sup>12</sup>

La tendencia general de las enfermedades transmisibles a lo largo del siglo xx es a la disminución aunque de manera irregular. Se destacaron tasas de mortalidad elevadas por estas causas para los años 1933, 1934 y 1935 (170,0, 178,9 y 153,7 defunciones por cada 100 000 habitantes, respectivamente), a partir de 1943 comienza un descenso ininterrumpido. Por ejemplo, las enfermedades diarreicas a lo largo del siglo pasado, pasaron, como causa de muerte, del primer lugar en 1910 al séptimo en 1968, mientras que la influenza y la neumonía adquirió mayor importancia dentro de este grupo de causas. La tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias descendió de 45,4 por 100 000 habitantes en 1970 a 5,5 en el año 2000.<sup>13</sup>

Por otra parte, las enfermedades no transmisibles desplazan a las transmisibles a partir de 1946, adquiriendo mayor importancia relativa con el tiempo, donde el proceso de envejecimiento poblacional, las mejoras sociales, económicas y de salubridad fueron fundamentales en la transición epidemiológica de la morbilidad del país. Así, para 1924, las enfermedades no transmisibles representaban el 50,2 % del total de las causas de defunción y para el año 2000 el 92 %. La tasa cruda de mortalidad por enfermedades del corazón de la población cubana para 1910 fue de 124,8 y en el año 2000 de 181,1 por 100 000 habitantes, para los tumores malignos era de 45,3 en 1910 y de 149,6 por cada 100 000 habitantes en el 2000. La disminución de la mortalidad ha sido a expensas, fundamentalmente, de la disminución de las enfermedades transmisibles, las que se reducen en más de un 93 % para ambos sexos de 1910 al año 2000.

De acuerdo con la información que se presenta en este estudio, se observa que la reducción porcentual de la mortalidad por causas transmisibles en las mujeres fue algo menor en relación con los hombres en la primera mitad del siglo xx y mucho mayor en la segunda mitad, en que por otra parte, estas enfermedades no son ya las que más afectan a la población; ya en estos años predomina la mortalidad por causas no transmisibles donde justamente el aumento porcentual de la mortalidad es mayor para las mujeres. Puede afirmarse, en términos generales, que las mujeres cubanas se beneficiaron menos que los hombres con el cambio del cuadro epidemiológico de la mortalidad por causas transmisibles a no transmisibles y que se expresa a partir de

las reducciones y ganancias en el diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

- A pesar del progreso alcanzado en el *status* de la mujer en la sociedad cubana y de los diferentes programas de salud ejecutados en pos de este progreso, la esperanza de vida femenina en Cuba tiene un ritmo de incremento más lento que el de los hombres, especialmente en las menores de un año, de 1 a 4 y de 40 a 59 años.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles predominan como causas de muerte, lo que hace que adquieran un importante papel en la dinámica de la esperanza de vida al nacer en ambos sexos.

- Las enfermedades transmisibles han afectado más a la salud de las mujeres que a la de los hombres, especialmente en momentos de crisis. Estas causas de muerte, aún, se sitúan entre las primeras causas para diferentes grupos de edad, por lo que su reducción favorecerá la supervivencia femenina.
- Elevar la esperanza de vida hasta valores biológicamente posibles, equivale a disminuir la mortalidad en grupos de edades donde la acción combinada de factores de naturaleza diversa, endógenos y exógenos, conducen la supervivencia de ambos sexos. Ello requiere la intervención y tratamiento multidisciplinario y multisectorial para modificar favorablemente el indicador, así como, el análisis territorial diferenciado.

**SUMMARY:** A documentary analytical study was made, using several descriptive measures, in order to identify explanatory components of the evolution of sex differential of life expectancy at birth in the Cuban population during the 20th century, making emphasis on the last 20 years. Arriaga's method was used and adapted to the objectives of this study (sex differential) so as to analyze the contributions by ages and causes of death to life expectancy at birth. Three stages by which the Cuban sex differential has gone through are considered in this study: Steady deterioration (1900-1925), Progress (1925-1955) and Oscillation and Stabilization (1955-2000). The Cuban women have experienced a slower rate of increase of their life expectancy than that of the men, being females aged under 5 and 40-59 years more affected in the above-mentioned periods due to overmortality caused by conveyable diseases, congenital abnormalities, diabetes, asthma and musculoskeletal diseases. Mortality from conveyable diseases as compared to non-conveyable diseases has affected slightly more the Cuban women, so its reduction will raise their survival rate. Favorable evolution and change of sex differential of life expectancy at birth is a challenge for the Cuban society. The increase of such differential would directly depend on the improvement of the general population's quality of life and particularly of that of the women from early ages to the end of life.

*Key words:* sex differential, life expectancy at birth, mortality, 20th century, Cuba.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Le Roy y Cassá J. Desarrollo de la Estadística Demográfica en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. No. 37, La Habana 1968.
2. Delgado G. La Salud Pública en Cuba durante la primera ocupación norteamericana. Cuadernos de Historia No. 81. Conferencia Seis. La Habana, 1996. Acceso en URL [http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol\\_1\\_96/his08196](http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_96/his08196) en mayo de 2003.
3. García OR. La Transición de la Mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico. La Habana: CEDEM; 1996.
4. Dirección política de las FAR. Historia de Cuba. FAR. La Habana 1986.
5. Cuba. Censo de la República de Cuba. Bajo la administración Provisional de los Estados Unidos. 1907. Oficina del Censo de los Estados Unidos. Washington, 1908. 1907. Washington.
6. Cuba. Censo de la República de Cuba. 1919. Edit. Maza, Arroyo y Caso SenC. La Habana S/F.
7. Dihigo Llanos ME. Recuerdos de una larga vida. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. No. 60. 1974:1-184.
8. González F, Ramos O. Balance e indicadores demográficos estimados del período 1900-1959. CEDEM y ONE. La Habana, 1995.
9. Cuba. Censo del Año 1943. Informe General. Edit. P. Fernández y Cia, s en C. La Habana, 1945.
10. Álvarez M. Mujer cubana: problemas de estudio. Temas, 1995(1):77-84.
11. Arés P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas en género, salud y cotidianidad. La Habana: Edit Científico Técnica; 2000.
12. Fuster O, Valdés J, Ríos N, Rojas F. Estudio de algunos indicadores de mortalidad para la medición del nivel de salud. La Habana: MINSAP; 1969.
13. García V, Padilla P, Toledo H, Rodríguez A. Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba, 1987-1993. Rev Cubana Med Trop 1998;50(1):66-70.

Recibido: 4 de agosto de 2004. Aprobado: 28 de enero de 2005.  
Libia Margarita López Nistal. E-mail: libia@mspdne.sld.cu