

La mortalidad en Cuba según el color de la piel

Mortality in Cuba according to the color of the skin

Recibido: 15 de mayo de 2014

Aceptado: 15 de septiembre de 2014

*Dr. C. Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira**

*MSc. Fabian Cabrera Marrero***

Resumen

En una población que está situada en las fases finales de la Transición Sanitaria, y con una esperanza de vida de las más elevadas en el contexto internacional, es preciso diseccionar la mortalidad, a través de cualquier criterio de desagregación, en los diversos componentes que la forman. Se aíslan así aquellos sectores: generaciones, grupos, sexo, etcétera, que frenan un potencial de vida mayor aún al observado. Es en este sentido que el trabajo hace una aportación al conocimiento de la demografía cubana, en tanto devela el papel que juega en la actualidad el color de la piel como criterio de diferenciación de la mortalidad en el país, tanto a nivel nacional como provincial.

Palabras clave

Cuba, mortalidad, color de la piel, esperanza de vida, mortalidad infantil.

Abstract

In a population placed in the final stages of the Health Transition, and with a life expectancy among the highest in the international context, it is necessary to dissect mortality by any criteria of disaggregation in the various components that form it. Thus, it is imperious isolate those sectors: generations, groups, gender, etcétera, which hinder a potential life even greater than that observed. It is in this sense that the work makes a contribution to the knowledge of the Cuban demographics since it unveils the role played today by the color of the skin as a criterion for differentiation of mortality in the country, both at national and at provincial level.

Key words

Cuba, mortality, color of the skin, life expectancy, infant mortality.

* Doctor en Ciencias Económicas de la Universidad de La Habana, Doctor en Demografía de la Universidad de París X. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de la Habana. albizu@cedem.uh.cu

** Master en Demografía del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana. fabian@cedem.uh.cu

Introducción

El estudio y la comprensión de la mortalidad de una población pasa necesariamente por los diferenciales que se observan atendiendo a características diversas, que en definitiva pueden indicar segmentos de población cuya supervivencia no se corresponde con los avances en materia de salud de determinada región o país. En el caso cubano estas aproximaciones son menos sistemáticas, generalmente basadas en indicadores poco refinados.

Dentro de este panorama nacional, el color de la piel sería una de las variables menos estudiadas, entre otras razones por la ausencia de este dato en los modelos de recogida de la información continua. A eso debiera sumarse la dificultad metodológica propia de la recogida de este tipo de información, que implica en la mayoría de las ocasiones sesgos atribuibles a la persona que clasifica. No obstante, la inclusión del dato del color de la piel en los certificados de defunción en el año 2003 permitió por primera vez profundizar en las diferencias de mortalidad observadas en la población cubana.

Para ese entonces la hipótesis de que el color de la piel podía analizarse como un diferencial ante el riesgo de muerte se fundamentó en la historia de Cuba y las marcadas diferencias socioclasistas que tienen origen en un pasado esclavista, así como el hecho de que dicha característica del color de la piel, había sido explorada y confirmada como marcadora de diferencias para otras variables demográficas como la fecundidad.

Se publicaron entonces dos trabajos pioneros, que si bien perseguían objetivos similares, en su forma de elaboración y alcance se aprecian diferencias importantes relacionadas con la disponibilidad de la información más precisa a la hora de ofrecer las estimaciones. El primero de ellos centró el análisis en el año 2003 a partir de estimar las estructuras por color de la piel de la población cubana, no disponibles aún, del censo de población de 2002. El siguiente pudo corregir las estimaciones iniciales, consolidar los hallazgos que anteriormente se habían alcanzado y plantearse hipótesis acerca de la dinámica del fenómeno.

En la propia línea de investigación, una reciente tesis de maestría indagó acerca de las particularidades que se observaban en el comportamiento del diferencial comentado, al incorporar una visión

espacial que intenta trascender la clasificación regional típicamente utilizada en otras indagaciones de carácter diverso en nuestro país. De ahí entonces que en este capítulo se expongan los hallazgos de estos trabajos.

El diferencial de mortalidad cubano por color de la piel. Estudios pioneros¹

«Cuba. La muerte y el color»² es una investigación en la que por primera vez, y debido a la entonces reciente disponibilidad de información, pudo darse cuenta del rol jugado por el color de la piel como diferencial de la mortalidad. Para ese momento no pudieron establecerse hipótesis sobre la dinámica del fenómeno, y solo se describió, de manera transversal, lo observado en ese momento, dando respuesta a aquellas preguntas que se conocían o intuían a partir de otros estudios, más generales, del proceso de transición de la mortalidad experimentado por la población cubana.³

Los resultados de dicho trabajo demostraron que, como ocurría con otras variables demográficas, el color de la piel se revelaba como un diferencial de mortalidad que hace depositaria a la población no blanca, de una clara desventaja. En ese escenario de inequidad, las mujeres no blancas son la que experimentan mayor desigualdad. Sólo a partir del alcance de edades avanzadas, el signo de la desventaja se invierte y, como resultado de un efecto de selección, es entonces la población blanca la que experimenta menos capacidad de supervivencia. En esa desventaja de los no blancos están presentes casi todas las causas de muerte, durante casi toda la vida, incluyendo a los menores de un año, sobre todo si se ven afectados por bajo peso al nacer.

Las desigualdades encontradas se producían siempre sobre niveles de esperanza de vida al nacer en el entorno de los 75 años y de una mortalidad infantil que ya caía por debajo de las 6 defunciones

¹ Todos los datos y análisis contenidos en este epígrafe se extrajeron de Juan Carlos Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color».

² Juan Carlos Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color».

³ R. García: *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*.

por cada mil nacidos vivos, como promedio. Expresión última y refinada del desarrollo social y de salud, el cierre de los diferenciales de mortalidad por color de la piel observado en los últimos cincuenta años no es posible comprenderlo sin dar cuenta del profundo proceso de transformación que experimentó la sociedad cubana, en general, y el sector de la salud, en particular, desde 1960 como parte de los profundos cambios políticos y sociales experimentados por el país desde esa fecha.

La disponibilidad de información para los años 2003, 2004 y 2005, permitió volver sobre las preguntas de investigación que animaron la primera indagación, añadiendo una referida a la dinámica del fenómeno:

¿Existe en la población cubana un diferencial de exposición al riesgo de muerte según el color de la piel de los individuos? ¿Las desventajas de la población no blanca, en términos de su capacidad de supervivencia, afectan de manera diferenciada en dependencia de la edad y el sexo? ¿Esta desventaja también se verifica a nivel de la mortalidad infantil a pesar de la robustez y alcance del programa materno-infantil en el país? Y, ¿la desigualdad de la mortalidad según color de la piel es un hecho aislado o forma parte de una tendencia más general y es un rasgo distintivo del patrón de mortalidad cubano actual?

El color de la piel y la muerte

Las estimaciones de tasas brutas de mortalidad,⁴ esperanza de vida al nacer y de mortalidad infantil, ya para 1792, reflejan con claridad una significativa desigualdad social marcada por el accionar del color de la piel,⁵ mostrando una clara desventaja de la población no blanca en más de 9 años en términos de extensión de su supervivencia, así como un exceso de mortalidad de 29%.

Hacia 1949 la esperanza de vida al nacer en Cuba había superado, en cualquier caso, los 50 años, siendo lo más notable el caso de las mujeres blancas, en las que el indicador se situaba ya próximo a los 61 años, luego de un proceso sostenido de

incremento de la capacidad de supervivencia de toda la población. Ya en ese entonces el país se encontraba, junto a Argentina y Uruguay, a la cabeza de América Latina y mostraba una diversificación del sector de salud, en términos de servicios generales y de especialidades médicas, que no tenía paralelo en la región y que se sumaba a los sistemas asistenciales mutuales y privados que, de conjunto, cubrían una parte considerable de la población.⁶

Lo más notable de este período es que el diferencial por color de la piel de la esperanza de vida al nacer se cierra de manera significativa sobre todo en los hombres, lo que no ocurre exactamente así con las mujeres. La desventaja de los hombres no blancos se situaba por debajo de los 4 años, mientras que en sus equivalentes femeninos se mantenía en una cota superior a los 9 años, a pesar de todo el progreso registrado. Expresión última de una desarticulación de género en las que la combinación de la feminidad con el color de piel no blanco mostraba ser particularmente desventajosa, daba cuenta de una brecha socioeconómica engendrada en las condiciones de esclavitud en que permaneció la población no blanca durante varios siglos y que fue un nutriente instrumental de la polarización epidemiológica⁷ que se verificó en ese período histórico de la nación.

Así entonces, y basada en los principios básicos sobre los que se asentaron las profundas transformaciones experimentadas por el sector de la salud desde 1960 –1- Acceso libre y gratuito de toda la población a todos los servicios de salud; 2- La reducción de la disparidad interprovincial y urbano-rural en el acceso a los servicios y a los niveles de salud, fundamentalmente materno-infantil; y 3- La salud de la población considerada como responsabilidad del Estado⁸–, en 2005 la esperanza de vida al nacer de la población cubana, en su conjunto, superaba notablemente los 77.4 años, de hecho, desde 2003 ya había atravesado la frontera de los 77 años cuando el indicador se encontraba en un

⁶ G. Delgado: «La salud pública en Cuba en el período republicano burgués».

⁷ R. García: Ob. cit.

⁸ P. Hollerbach: *Mortality-related policies and trends in pre and post-revolutionary Cuba*; MINSAP: *La salud en la Revolución*; MINSAP: *Atención médica primaria en Cuba*.

⁴ R. García: Ob. cit.

⁵ Juan Carlos Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color».

proceso de clara tendencia al incremento. El sexo masculino se situó en una cota superior a los 75 años (75.41), mientras que las mujeres superaban los 79 años (79.5) y el país se había colocado, junto a Costa Rica, Barbados, Argentina, Chile y Uruguay, en la franja superior de desarrollo humano en el mundo.⁹

Entre 1949 y 2005 el notable progreso del indicador se verificó en toda la población, independientemente de su color. De hecho, fue la población no blanca la que más avanzó. En promedio, para los dos sexos reunidos, ganó poco menos de 25 años en todo el período, aproximadamente 4 años más que lo obtenido por la población blanca. Sin embargo, su desventaja no pudo ser borrada. Y es que «la Revolución, más allá de los derechos y garantías alcanzados por todos los ciudadanos de cualquier etnia y origen, no ha logrado el mismo éxito en la lucha por erradicar las diferencias en el status social y económico de la población negra del país, aun cuando en numerosas áreas de gran trascendencia, entre ellas la educación y la salud, desempeñan un importante papel».¹⁰

En la mortalidad infantil el peso fundamental del avance en materia de supervivencia lo conduce la población blanca, cuyo nivel se redujo desde una cota próxima a 94 a algo más de 3, lo representó una disminución del número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en casi 28 veces, mientras que en el caso de los no blancos, el nivel pasó de más de 96 a poco menos de 7 defunciones infantiles, lo que supuso una reducción de poco menos de 14 veces, aproximadamente la mitad de lo experimentado por los blancos. Esta diferencia de velocidad en el progreso es notable en el sentido en que aun habiendo alcanzado niveles del indicador tan reducidos, en la población no blanca se observa aún dos veces más mortalidad que en la blanca, siendo las mujeres no blancas las que menos avanzaron entre mediados del siglo pasado y la década presente,

con un nivel de mortalidad que, en 2003, llegó a ser superior a la de los hombres de su color.

Sin embargo, lo observado en 2005 representa un retroceso de importancia con relación a 2004 en el sentido en que toda la población cubana, independientemente de su color, vio reducirse su esperanza de vida al nacer. Las pérdidas en extensión de la supervivencia fueron conducidas por la población no blanca, 0.60 años, 2.7 veces más que la observada en la población blanca, 0.18 años. Téngase en cuenta que la pérdida promedio de toda la población entre ambos años, 0.23 años, equivale a toda el retroceso de esperanza de vida al nacer del trienio 1992-1994, 0.24 años, en pleno auge de la crisis económica de esa etapa.¹¹

Este retroceso de esperanza de vida al nacer se produjo igualmente en presencia de una reducción de la mortalidad infantil (con la excepción de las mujeres no blancas, en las que se incrementa), repitiendo lo ocurrido en el quinquenio 1990-1994, en lo que pareciera ser la persistencia de una fragilidad demográfica en términos de mortalidad, ya descrita para ese período.¹²

Aun cuando el avance ha sido abrumador y muestra una más que notable reducción de la brecha social en torno a la capacidad de supervivencia según el color de la piel, puede afirmarse que la población no blanca continúa estando en desventaja con respecto a la blanca. No se trata sólo ya de un suceso aislado que en el año 2003 pudo constatar, sino de una desventaja persistente que incluso hacia el 2005 se amplía significativamente, dando muestra así de una «fragilidad, vulnerabilidad en las coyunturas y quizás hasta reversibilidad en ciertos casos»¹³ que afecta a toda la población, pero particularmente a la población no blanca.

Así entonces, para el año 2003, la población no blanca tenía una esperanza de vida al nacer, en promedio, de 76.17 años, 1,93 años más baja que la de la población blanca. Los hombres no blancos mostraban una desventaja de 1.92 años mientras que las mujeres no blancas tenían 1.94 años menos que las blancas, para una extensión de la supervivencia

⁹ PNUD: *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*, pp. 310-313.

¹⁰ Fidel Castro: *Las ideas son el arma esencial en la lucha de la humanidad por su propia salvación*, p. 29; Esteban Morales: *Desafíos de la problemática racial en Cuba*, pp. 189-196.

¹¹ Juan Carlos Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90», p. 73.

¹² *Ídem*, p. 141.

¹³ *Ibidem*. D. Tabutin: «Un tour d'horizon des théories de mortalité», p. 11.

de 74.30 y 78,19 años, respectivamente. Se pudo corroborar el rasgo fundamental de esta desventaja de la población no blanca en el sentido de que son las mujeres de esa subpoblación las que mostraban mayor desventaja. De la misma forma, en términos de mortalidad infantil, se verificó no sólo que la de la población no blanca era superior a la de la blanca, sino que la de las mujeres no blancas era algo mayor que la de su contraparte masculina.

De esa manera, la combinación de sexo femenino y color de piel no blanco parecer seguir constituyendo un marcador de riesgo importante en términos de una mayor exposición a la muerte. La desventaja de las mujeres no blancas con relación a las blancas continúa siendo la mayor, tanto en términos de esperanza de vida al nacer como de mortalidad infantil, y supera a la de los hombres no blancos, lo que se verifica en los años 2003 y 2005.

Lo más notable de lo ocurrido en el año 2004 es que el incremento de la esperanza de vida al nacer, tanto en blancos como en no blancos, se hizo acompañar de una ampliación, en promedio para ambos sexos, del diferencial por color de la piel de ese indicador, alcanzando 2.1 años. Y esa ampliación del diferencial sigue estando conducida por lo experimentado por las mujeres no blancas. Mientras en los hombres no blancos se observa un ligero descenso de su desventaja, que pasa de 1.92 a 1.84 años, en el sexo femenino esta supera la cota de los dos años y se sitúa en 2.21 años menos de extensión de la supervivencia con relación a las blancas. Y todo ello a pesar del notable cierre de su diferencial en materia de mortalidad infantil.

Luego, entre 2004 y 2005, se refuerza la tendencia al incremento de la desventaja de capacidad de supervivencia de la población no blanca. Esta desventaja en los hombres no blancos supera los 2.2 años mientras que la de las no blancas se situó en un nivel próximo a 2.4 años. En la mortalidad infantil el comportamiento no sólo es similar en el hecho de que son las mujeres no blancas las que muestran mayor desventaja, sino que es en ellas únicamente en las que se produce un incremento notable de la probabilidad de muerte de las menores de un año, que pasó de 4.3 a 6.7 defunciones por cada mil niñas de edad 0, cota muy próxima al nivel de mortalidad experimentado por los varones no blancos en el mismo tramo de edad.

Todas estas evidencias serían el resultado, de una desarticulación sociocultural secular hartamente difícil de disipar en apenas medio siglo de transformaciones revolucionarias, de modo que persisten sesgos que se convierten en retardadores de los efectos positivos que se esperan de la política de desarrollo social. Y es que no basta con garantizar el acceso universal, *in situ* y gratuito a los servicios del sector de la salud, sino que la población debe igualmente estar preparada, tener capacidad y desear acceder.

Así entonces, existe un sinnúmero de combinaciones de factores que lastran desde el acceso y la correcta interpretación de la información hasta la capacidad económica y la postura psicológica de los individuos en términos de sus prácticas de salud y de la utilización eficiente de los servicios que hoy están a la disposición de la población y que contrarrestan la presencia de un sector hospitalario robusto y maduro. El hecho es que la eficacia de ese sector se ve socavada, por muy potente que sea su infraestructura, si el nivel de vida es bajo, si el estado nutricional de la población es pobre y el hábitat es degradado, explicando así la persistencia de la desventaja en supervivencia de la población no blanca, en general, y de las mujeres con ese color de piel, en particular.

Supervivencia, edad y color de la piel

Correspondería ahora descomponer la desventaja hallada en la población no blanca según la edad e intentar responder algunas interrogantes. ¿La desventaja de la población no blanca cubre todas las edades? ¿La desventaja es similar en todas las edades? ¿Existen grupos de edades en los que se hace más marcada la diferencia?

Lo que muestra la evidencia es que los rasgos fundamentales de la desventaja en capacidad de supervivencia de la población no blanca son, sobre todo, tres: 1- Cubre todas las edades y en cada uno de los sexos; 2- La desventaja es diferencial mostrando un patrón creciente con la edad, exceptuando en los menores de un año, en los que el peso que representa su desventaja particular es notablemente importante, y 3- En la tercera edad se verifica una sobrevulnerabilidad de los no blancos, que ha sido creciente durante el período de

estudio, aunque al interior de ese grupo pueden encontrarse tendencias de signo diverso.

Las desventajas en capacidad de supervivencia de la población no blanca son mucho mayores de lo que anteriormente se pensó,¹⁴ aunque continúan las tendencias generales que ya se habían descrito. Exceptuando sobre todo las edades de 1 a 39 en todos los años del análisis, las mujeres no blancas siempre muestran mayor desventaja que los hombres de su color de piel. Es muy marcada la sobremortalidad de las mujeres no blancas en las edades a partir de 60 años, una desventaja acusadamente mayor que la de sus pares masculinos, lo cual incluso se verifica para menores de un año durante todo el trienio. Ello es también observable en las edades de madurez económica, de 40 a 59 años.

La desventaja de capacidad de supervivencia según el color de la piel en la población senescente no es homogénea y muestra signos contrarios en la medida en que se alcanzan edades avanzadas. De 60 a 74 años se percibe una tendencia general de incremento de la desventaja de los no blancos entre 2003 y 2005. Dicha desventaja igual cubre hasta los 84 años e, incluso, hasta los 94 años en las mujeres no blancas, en 2004 y 2005. Sólo a partir de los 95 años es que pareciera revertirse el signo y entonces es la población blanca la que experimenta desventaja.

Una exploración a las edades en que muere el 25, 50, 75 y 95% de ambas subpoblaciones, muestra que la desventaja de la población no blanca se extiende incluso hasta la primera mitad de la década de los 90 años de vida. Hasta la frontera de los 94 años, la población no blanca muere siempre a edades más tempranas. Una vez atravesado ese lindero etario, en los no blancos quedan, por efecto de selección, aquellos que han desarrollado mayor resistencia a la muerte y entonces el diferencial se invierte.

Es notable que los rasgos que distinguen al sexo femenino no blanco sean que, en primer lugar, su desventaja siempre es mayor y, en segundo, que al llegar a aquellas edades por encima de los 94 años, en las que alcanzan una condición de mayor supervivencia que las mujeres blancas, su

ventaja es casi 8 veces menor que la de los hombres no blancos, muestra ello de la presencia de una desarticulación de género que aún persiste a pesar de todos los esfuerzos hechos en el desarrollo social y en la salud.

Diferencias por sexos y color de piel

La diferencia de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres, lejos de incrementarse, como hubiera podido esperarse que ocurriera paralelamente al proceso de mejoramiento general de la capacidad de supervivencia de toda la población, cayó por debajo de 4 años, manteniéndose en un estado cuasi estacionario, lo que parece indicar que la mujer cubana es depositaria de unos modos de vida que la someten a una sobremortalidad relativa que no es otra cosa sino la expresión sinérgica del accionar combinado de factores de naturaleza diversa, de tipo económico, cultural, nutricional y de estatus social, llevándola a acumular una desventaja histórica promedio de poco más de 3 años de expectativa de vida con relación a la mujeres en las poblaciones que más han avanzado en materia de mortalidad a nivel internacional.¹⁵

Es notable que, en ese contexto, sean las mujeres no blancas las menos favorecidas. Hasta los 39 años, son las mujeres no blancas las que más aventajan a sus hombres. Sin embargo, a partir de los 40 años son las blancas las que ganan mayor dinamismo e, incluso, su ventaja aumenta en 2005 a pesar del descenso general de esperanza de vida registrado para toda la población en ese año. Las niñas no blancas menores de un año se distinguen por no mostrar haber alcanzado una ventaja decisiva sobre sus equivalentes masculinos, yendo desde una clara desventaja, en 2003, hasta un cuasi equilibrio en 2005.

Tal comportamiento se explica, entre otras cosas, por la persistencia de una sobremortalidad general femenina en múltiples causas de muerte tales como la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro-vasculares, las psicosis, las caídas accidentales y los accidentes no relacionados con la circulación,

¹⁴ Juan Carlos Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color», pp. 25-26.

¹⁵ Juan Carlos Albizu-Campos: «La esperanza de vida en Cuba en los 90», p. 32.

los tumores malignos del aparato génito-urinario y el considerable papel jugado por las mujeres en el incremento del nivel de la mortalidad debido al consumo de tabaco y alcohol registrado desde la década de 1990.

Habría incluso que mencionar que la transición de la mortalidad en el país, cuya culminación tuvo lugar en ausencia de desarrollo económico, parece ser uno de los casos que sobresale por el hecho de que todo indica que la mujer cubana no pudo beneficiarse, en toda su magnitud, de las ventajas provenientes del progreso médico y de las transformaciones socioculturales y de la conducta que a él están asociados; y que la disociación entre la evolución de la medicina y el resto de la evolución socioeconómica le ha impuesto ciertos límites al incremento de su capacidad de supervivencia.

Color de la piel, peso al nacer y mortalidad infantil

Una elevada mortalidad por bajo peso al nacer, varias veces superior a la de los nacidos con peso normal, se convierte en un obstáculo importante al progreso en extensión y calidad de la supervivencia. Es en la resistencia de los niños a las enfermedades y la muerte donde mejor se expresa el grado de calidad con que vive una familia. Por ello, no puede esperarse el alcance de una adultez sana partiendo de un bajo peso al nacer y de deficientes condiciones nutricionales ulteriores, generalmente acompañados de un hábitat degradado y un nivel de vida desarticulado, en el que persiste una elevada competencia por la satisfacción de las necesidades entre los miembros de la familia.

Siendo la mortalidad materno-infantil uno de los pilares en los que se asienta el desarrollo de la salud, los indicadores han mostrado progresos que resaltan en el contexto regional e internacional, situándose la mortalidad infantil en 5,9‰ en 2003 y cayendo a 4,4‰ en 2005. En los niños nacidos con peso normal este indicador fue de 4,3 y 3,4‰, respectivamente para los años estudiados. Sin embargo, en los nacidos con bajo peso, aun evidenciando un progreso importante, los niveles observados fueron de algo más de 30‰ en 2003 y 21‰ en 2005, una mortalidad en promedio siete veces superior y equivalente a la que puede hallarse en

países como Perú, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.¹⁶

En cualquier caso, la mortalidad infantil de la población no blanca es siempre superior a la de los blancos, llegando a ser de algo más del doble en 2005 (5,5‰ y 2,6‰, respectivamente). Si bien se trata de niveles en extremo inferiores, no deja de resaltar la selectividad presente del color de la piel. Ello se hace aún más evidente cuando se introduce el peso al nacer como nuevo factor de selección. Mientras que en los blancos con bajo peso, el nivel pasaba de 23,3 a 16,6‰ entre 2003 y 2005, en los no blancos la mortalidad asociada se registraba en más de 46 (dos veces más que la de los blancos con igual condición de bajo peso) en 2003 y descendía a 30‰ en 2005.

El caso más notable lo constituyen los varones no blancos con bajo peso, cuyo nivel de mortalidad se situó en una cota de 64‰ en ese mismo año, lo que representaba un nivel de mortalidad incluso superior al nivel general de la mortalidad infantil de todo el país en 1960 (62,3‰). Aún para 2005, su riesgo de muerte a la edad 0 se cifra en más de 31, más de 1,5 veces superior a la de todos los niños con bajo peso al nacer y 7,2 veces más elevada que la de todos los nacidos vivos en el país, independientemente de su condición de peso.

En las niñas no blancas, por su parte, pareciera que el progreso se ralentiza e incluso se invierte entre 2004 y 2005. En las nacidas con bajo peso, la mortalidad baja sólo de 31 a 29‰, mientras que en las nacidas con peso normal, el indicador, después de caer de 6,8 a 2,4% entre 2003 y 2004, hacia 2005 experimenta un significativo incremento a 5,2‰, casi alcanzando a las de sus similares varones, 5,7‰. Dos elementos sustanciales han de ser acotados. Primero, que en presencia de un bajo peso al nacer, la selectividad de los no blancos está dando cuenta de prácticas de salud y de vida en los grupos humanos en los que nacen, que acusan una más baja eficiencia para solventar la problemática.

Segundo, la combinación de color de piel no blanco y bajo peso al nacer se distingue porque nos habla de manera directa de claras desarticulaciones persistentes en nuestra sociedad, de forma general, y de problemas de malnutrición de

¹⁶ PNUD: Ob. cit., pp. 310-313.

un grupo de las madres y familias no blancas, de forma particular, y marca una nítida frontera en la capacidad de supervivencia en sus hijos, cuya exposición al riesgo de muerte no evoluciona al mismo ritmo que se observa en el resto de los niños.

Y es que el bajo peso al nacer es sólo una consecuencia en un recién nacido, cuya causa ha de buscarse, ante todo, en las condiciones de vida de la madre y de la familia, que como ya se ha visto, son portadores de una clara vulnerabilidad de tipo multidimensional, que se opone a la ruptura de patrones históricos de transmisión de una cultura de la marginalidad y de sus consecuencias, en generaciones sucesivas, a pesar de todo el dispositivo del sistema de salud y de los programas de desarrollo social.¹⁷

La causas de muerte y el color de la piel

Las causas de muerte no son, por sí mismas, los determinantes próximos de la manera de morir de una población, sino la externalidad última y visible de la acción de un conjunto de factores de índole económico-ambiental, individual-grupal-social y político-cultural, cuya primera función es erigirse en los factores de selección (acceso a las diferentes categorías socio-ocupacionales), de condiciones de vida (medio social donde se nace, así como las condiciones de vida y de trabajo ulteriores) y del comportamiento (la pertenencia a un grupo social determinado, como mecanismo engendradora de actitudes y conductas diferenciadas de salud y consumo médico, a los que se agrega el sustrato cultural propio del grupo) que rigen la conformación de grupos humanos que se distinguen, en primer lugar, unos de otros por el grado de exposición al riesgo de contraer ciertas y determinadas enfermedades, de recibir cierta forma de agresiones, que finalmente desencadenan los procesos que conducen a un fatal desenlace.

Es así entonces que esos factores se refuerzan mutuamente y se oponen a los esfuerzos desplegados para equiparar la exposición al riesgo de enfermedad o muerte determinando así el grado de tal exposición, la desigualdad del acceso a las

diversas prácticas de salud y, por último, las desigualdades frente a la muerte, por lo que las enfermedades específicas y las carencias nutricionales de la población han de ser percibidas como indicadores biológicos de la operación de factores componentes del nivel de vida y del comportamiento humano, y la mortalidad, por ende, será entonces la consecuencia de la acumulación de múltiples padecimientos y de su interacción bio-psico-social.

Luego, pareciera que el color de la piel (condición biológica individual), por lo que históricamente ha representado, da cuenta de una significativa acumulación de desarticulaciones y se erige como un marcador de riesgo en el que el hecho de no ser blanco impone una carga adicional de riesgo. Entendida esta sobremortalidad como el exceso de riesgo relativo de muerte de la población no blanca, se evidencia en que, con la excepción de la muerte materna tardía, todas las demás causas de muerte afectan diferenciada y excesivamente a los no blancos desde el nacimiento hasta más allá de los 74 años. Es decir, poco menos que durante toda la vida. Notable es la sobreincidencia que experimentan por enfermedades del corazón, cerebro-vasculares, meningitis bacteriana (excepto meningocócica) y los tumores malignos o no malignos, así como las violencias debido a agresiones y eventos de intención no determinada.

Se unen a estas últimas, los accidentes y las lesiones autoinfligidas, los trastornos mentales y los otros comportamientos debido al consumo de alcohol, así como las cirrosis y otras afecciones crónicas del hígado, mostrando un escenario particularmente ligado al alcoholismo y a las secuelas que se le asocian, que parecieran afectar particularmente a los no blancos, tal y como ocurre con la diabetes mellitus y las enfermedades del aparato digestivo, todas ellas ligadas a los modos de vida y de consumo.

Relacionadas con la degradación del hábitat y la baja calidad del agua que se consume, son de notar los casos de las enfermedades infecciosas intestinales, la tuberculosis (también correlacionada con carencias nutricionales) la septicemia y la meningoencefalitis viral. Destacan en ese sentido, la desnutrición, anemias, hepatitis viral, la influenza y la neumonía, así como las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, estas últimas de claro

¹⁷ Fidel Castro, en Ignacio Ramonet: *Cien horas con Fidel*, p. 263.

correlato con factores económicos-ambientales asociados a la residencia habitual de las personas.

Otras causas de muerte consideradas igualmente como de compleja evitabilidad en la actualidad también muestran ser singularmente más agresivas para esa subpoblación. Se trata de las enfermedades glomerulares y renales, los trastornos sistémicos del tejido conjuntivo, las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares, hiperplasia prostática, así como la pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas.

Véase en el caso de la mortalidad de los menores de un año, la presencia de sobremortalidad de los no blancos por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas que, unidas a la desnutrición, las infecciosas intestinales, la meningitis bacteriana y meningoencefalitis viral, las enfermedades del corazón, los accidentes, la influenza y neumonía, así como la hernia y obstrucción intestinal, explican no sólo el exceso que muestran de mortalidad en primer año de vida, sino igualmente lo relacionado a la menguada capacidad de supervivencia de los no blancos que nacen con bajo peso.

Siendo la mortalidad materna en Cuba uno de los principales objetos de atención por parte del sector de la salud, aún se aprecia la sobremortalidad de las mujeres no blancas, en las edades reproductivas fundamentales —desde los 15 hasta los 39 años— por mortalidad materna directa y por secuelas de causas obstétricas directas. Pareciera que el color de piel no blanco se configura como un elemento que reclama urgente atención en el marco del programa materno-infantil.

Igualmente sería el caso de la mortalidad por SIDA, enfermedad que provoca mayor mortalidad en la población no blanca en aquellas edades que se consideran claves para el control de la epidemia, desde los 15 hasta los 49 años. Ello igualmente alerta sobre una posible desarticulación en términos de salud reproductiva que pudiera estar determinando una menor resistencia frente a la enfermedad, lo que tendría mucho que ver con la ingeniería social necesaria no sólo para captar la información que se distribuye por diferentes vías, sino para convertir esa información en conocimiento, moldear la conducta sexual y adoptar prácticas de mayor protección.

El caso de las complicaciones de la atención médica y quirúrgica, que provoca una sobremortalidad de la población no blanca entre los 5 y los 74 años, es un grupo que incluye rúbricas que van desde los efectos adversos a medicamentos y drogas administradas durante la atención, hasta las diversas secuelas de los tratamientos, pasando por los diversos incidentes en las maniobras médicas de diverso grado de invasión en el organismo. Pareciera que el comportamiento de este grupo está ligado, más que a una selectividad en la calidad del servicio de salud que se presta y que estaría por probar, a la sobremortalidad que sobreviene a nivel asistencial al enfrentar las consecuencias de prácticas de salud ineficientes y de sus complicaciones en la subpoblación objeto de atención. Es característico del recurso tardío al servicio especializado de salud luego de haberse ensayado vías de curación no formales, que muchas veces es un efecto provocado por la recurrencia a mecanismos de tipo simbólico(mágico)-religioso.

No habría que abundar mucho sobre la presencia de este tipo de práctica en Cuba cuando se conoce que en la formación de nuestra nación e idiosincrasia se produjeron fuertes sincretismos que incorporaron todo un ajuar de prácticas curativas y de salud a la memoria colectiva. De ello da cuenta toda una colección de trabajos y escritos de larga data.¹⁸ Está documentado en la literatura, además, que el mal uso de prácticas tradicionales de salud, muchas veces ineficientes, proviene de los miembros más envejecidos del grupo familiar y pueden conducir a complicaciones serias,¹⁹ reduciendo la efectividad de una acción asistencial institucional.

Ello incluso es más frecuente en presencia de un nivel educacional más bajo y está reconocido que, en tales circunstancias, las creencias de orden mágico-religioso pueden llegar a conformar comportamientos perniciosos en cuanto al origen de las enfermedades y condicionan las prácticas ulteriores de los individuos; la recurrencia a practicantes, brujos, padrinos/madrinas; la adopción

¹⁸ A. Gordon y Acosta: *Medicina indígena en Cuba y su valor histórico*; Fernando Ortiz: *Hampa afrocubana. Los negros brujos*; Emilio Roig de Leuschenring: «Cómo se curaban nuestros pobres abuelos».

¹⁹ H. W. Mosley y L. C. Chen: «An analytical framework for the study of child survival in developing countries», pp. 35-36.

de acciones curativas rituales; el consumo de preparados de diversa naturaleza; procederes alimentarios e, incluso, la negativa del enfermo y del grupo familiar a ciertos actos médicos modernos, lastrando así la capacidad del sector de salud de reaccionar con eficacia frente a los problemas de salud que aquejan a la población. Es lo que se ha dado en llamar «subutilización de los servicios» en una buena parte de la literatura que ha estudiado el fenómeno.²⁰

No es que la explicación sea esa exclusivamente, pero lo que nos está indicando la sobremortalidad de la población no blanca por complicaciones de la atención médica y quirúrgica es la elevada complejidad del abordaje que impone la naturaleza propia del problema y que la solución no puede ser diseñada exclusivamente desde el ámbito médico, teniendo que intentarse una aproximación multidisciplinaria que permita proyectar verdaderas acciones integrales de salud.

Finalmente, las afecciones mal definidas así como el resto de causas de muerte son grupos que demandan una atención más precisa, pues de conjunto muestran provocar una clara sobremortalidad de los no blancos desde el nacimiento hasta los 74 años, dando cuenta, así, de que en ambos grupos se esconde una importante miríada de enfermedades y causas de defunción que efectivamente son de urgente observación para el sector. Habrá que indagar qué se está clasificando hoy como afección mal definida y qué condiciones propician tal clasificación, así como han de buscarse nuevas agrupaciones de causas de muerte que abran el necesario espacio de clasificación a aquellas afecciones que demandan una indispensable individualización.

Lo que ha quedado claro es que el comportamiento diferenciado de las causas de muerte según el color de la piel nos está hablando de temas que van más allá de la capacidad exclusiva de resolución del sector de salud cubano. Y no podía ser diferente pues la mortalidad, como fenómeno, es una expresión refinada del estado de la interrelación población-desarrollo, y eso que la demografía y/o las ciencias médicas reconocen como una

variable macro de la dinámica poblacional, se construye a nivel del ser humano y depende de su exposición a la muerte, que en última instancia es un acto individual atravesado por el eje articulador del bienestar humano, determinado en primer lugar por el estado de las condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas en las que la población debe desarrollar las actividades de su vida.

Espacios de vida, supervivencia y color

Cualquier estudio de las condiciones de mortalidad de una población no estaría completo si no se traspasaran las fronteras regionales que componen el nivel nacional en el que sólo pueden ser observadas las tendencias promedio más generales que se producen en su perfil epidemiológico. Si, además, tenemos en cuenta las diferencias históricas que en Cuba se han manifestado en su proceso de formación como nación, tales tendencias nacionales sólo pueden comprenderse a partir del estudio del comportamiento de los fenómenos en espacios de vida más reducidos y concretos. Así, y en lo que sigue, se abordarán las diferencias urbano-rurales y entre regiones, tal y como se ha hecho para otros estudios de otras variables demográficas.²¹

Los niveles de mortalidad muestran claramente un estadio muy avanzado en términos del proceso de transición de la mortalidad, independientemente de la zona de residencia que observemos, resultado, en primer lugar, del establecimiento de un nuevo modelo económico-social cuyo pilar fue «el compromiso de la dirección del país con la reducción de las desigualdades y una inequívoca voluntad política con la promoción de los territorios y grupos poblacionales tradicionalmente marginados».²²

En términos de la política de salud de los últimos cincuenta años, el eje articulador ha sido la cobertura universal, *in situ* y gratuita, de toda la población. La batalla por la reducción de las

²⁰ H. Fábrega: «Medical anthropology»; A. Kleinman, P. Krustadtter, A. Russell y J. L. Gale: *Medicine in chinese cultures*.

²¹ Juan Carlos Albizu-Campos: *Determinantes de la fecundidad en Cuba y sus regiones, 1987*; INSIE-CEE: *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987, Cuba*.

²² Juan Carlos Albizu-Campos: «La esperanza de vida en Cuba en los 90», p. 16.

desigualdades se libró fundamentalmente en las zonas rurales, produciéndose así una suerte de «urbanización» acelerada del campo, y la población rural pudo entonces acceder masivamente, y en un corto lapso, a los beneficios de los servicios básicos tradicionalmente concentrados en las ciudades.²³ Así, independientemente del color de la piel, el progreso de la capacidad de supervivencia fue mayor en las zonas rurales. La esperanza de vida al nacer en esa zona supera al nivel alcanzado en la zona urbana, mientras que la mortalidad infantil es claramente inferior. Pareciera que la desventaja en este indicador tiene claramente un rostro urbano.

Independientemente de la zona de residencia y el sexo, la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil de la población blanca son más avanzadas que los de la no blanca. Resulta llamativo, incluso, lo relativamente elevado que es el nivel de la mortalidad infantil en uno y otro sexo de la población no blanca a nivel urbano con relación a lo que se observa en la población blanca. La desventaja de las mujeres no blancas supera la de los hombres de su color de piel con respecto a los blancos, y sobre quienes muestran un diferencial por sexo, en la zona rural, muy reducido, de poco más de 1 año de esperanza de vida al nacer. Ello incluso se agrega como un tercer factor de desigualdad que hace de la combinación mujer-rural-no blanca, la depositaria de una triple desventaja relativa en términos de capacidad de supervivencia. Sorprendentemente, su mortalidad infantil es incluso superior a la de los hombres rurales no blancos, sobre quienes aún exhiben un exceso de 4 defunciones por cada 10 000 menores de un año.

Si bien el problema es notablemente de naturaleza urbana, resalta el hecho de que la desventaja de las mujeres no blancas rurales (-1.72 años de esperanza de vida al nacer en la zona rural) es casi 5.4 veces superior a la de los hombres no blancos con respecto a sus similares blancos. En ambos sexos y zonas se manifiesta el mismo signo ya comentado a nivel nacional: luego de superar una significativa desventaja en el primer tramo de edad de la vida, que no es superada sino a partir de los 39 años, la desigualdad en términos de supervivencia

es siempre creciente con la edad, por lo menos entre 1 y 74 años, y se extiende, exceptuando en los hombres blancos rurales, hasta 89 años. Entonces, a partir de 90 años, es la población no blanca la que gana ventaja hasta el final de la vida y, como ya se ha dicho, debido al efecto de selección de los individuos de mayor resistencia frente a la muerte, ya más aptos en ese sentido que sus pares blancos, después de sobrevivir un patrón de mortalidad más agresivo en toda la vida anterior. Incluso en la zona rural, a partir de 100 años, las mujeres no blancas mantienen una capacidad de supervivencia inferior a la de las blancas.

Independientemente de la región del país de que se trate, la esperanza de vida al nacer supera siempre, y de manera significativa, los 70 años. Incluso en las mujeres blancas desde Ciudad de La Habana²⁴ hasta el oriente del país, se supera la cota de los 80 años. Mientras, en la mortalidad infantil los niveles caen por debajo de la cota de 8 defunciones por cada mil niños menores de un año, independientemente del sexo, el color de la piel y la región de residencia. Si se tiene en cuenta que, hacia 1959, existía un solo hospital rural en el país, situado en Santiago de Cuba, en la región oriental, con una capacidad de sólo 0,3 camas por mil habitantes para atender una población extensa y dispersa,²⁵ entonces el progreso alcanzado por la región oriental en materia de esperanza de vida al nacer adquiere relevancia y, efectivamente, se hacer notar con claridad que el pivote fundamental del cambio, en el que se apoyó la política social, fueron la zona rural, en general, y las provincias orientales, en particular, tradicionalmente las más atrasadas y donde se registraban las más profundas disparidades socioeconómicas.

La esperanza de vida al nacer tiende siempre a ser más elevada en la medida en que se recorre el eje territorial en dirección al Oriente del país, tanto en uno como en otro color. Y en ese recorrido, es notable el hecho de que la población blanca fue la que alcanzó mayor progreso, mientras que la

²³ CEDEM-ONE-MINSAP: *Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva.*

²⁴ Aunque la nueva División Político-Administrativa de 2011 cambia la denominación de la capital del país, en el presente artículo se mantiene el nombre de Ciudad de La Habana porque los datos primarios corresponden a los años 2003 al 2005.

²⁵ MINSAP: *La salud en la Revolución*, p. 15; G. Delgado: Ob. cit.

desventaja de la población no blanca es mayor en el extremo occidental, sobre todo en el caso de los hombres. Por su parte, las mayores desigualdades que experimentan las mujeres no blancas se encuentran en los extremos del país, mientras que en la capital, su desventaja es sólo poco más de 2 años.

En la mortalidad infantil se verifican sentidos de diverso signo. La tendencia en los hombres blancos es similar a la de la esperanza de vida al nacer. Los niveles más bajos se perciben en las regiones Centro-Este y Oriente, mientras que en los no blancos, esa tendencia se invierte y se observan niveles que llegan incluso a duplicar el de sus pares blancos. En las mujeres blancas, el sentido es completamente contrario. El indicador se incrementa, alcanzando los valores mayores hacia Oriente, mientras que en las mujeres no blancas, los niveles más elevados se registran en la capital y en la región Centro-Este, en las que incluso es superior a la de los hombres de su color de piel al igual que en Occidente, mientras que en casi todas las regiones, es siempre más de dos veces lo visto en las blancas.

El caso de Ciudad de La Habana resalta por la peculiaridad de que, siendo la provincia del país de más vasta y diversificada infraestructura de salud, es la que, en promedio, menor esperanza de vida al nacer y mayor mortalidad infantil muestra, exceptuando el caso de la mortalidad infantil de las mujeres blancas, el menor nivel registrado en todo el país en el período analizado. Son sus mujeres, independientemente del color de la piel, las que muestran mayores ventajas en capacidad de supervivencia con relación a sus hombres, con un diferencial que supera claramente los 5 años, mientras que en el resto del país permanece por debajo o superando por muy poco los 4 años, haciéndose notar las mujeres no blancas de la región oriental por mostrar la más reducida ventaja sobre sus pares masculinos, de menos de 3 años.

El patrón de desigualdad, comentado anteriormente, se verifica en toda su extensión a en cada una de las regiones del país en el sentido de que se trata de una desventaja en capacidad de supervivencia de la población no blanca que cubre casi toda la vida, en cualquier espacio de vida del que estamos hablando. Es notable que se trate de una desventaja creciente sobre todo de 15 a 74 años en todos los territorios. Incluso, con la excepción de la

región occidental, el nivel de la desventaja en menores de un año no es superado hasta las edades comprendidas entre 15 y 39 años. Es todavía más singular que, en el caso de las mujeres no blancas de Ciudad de La Habana y la región Centro-Este, la desigualdad que experimentan antes del primer cumpleaños no se supera hasta el alcance del grupo de 40-59 años, lo que llama la atención pues se trata de las dos regiones de menor desventaja total de la población no blanca. Resalta el Occidente por el hecho de que es la región donde se producen las mayores desigualdades que afectan a la población no blanca, independientemente del sexo, mientras que son las mujeres no blancas de la región oriental las únicas cuya desventaja con respecto a las blancas de su región supera la que experimentan sus hombres, al punto de duplicarla.

Sólo a partir del alcance de edades muy avanzadas, de 90 años en adelante, es que se hace notar el cambio de signo de la desventaja en capacidad de supervivencia y es entonces la población no blanca la que se coloca en una mejor posición, con la excepción de los hombres no blancos de la capital a partir de los 100 años y más. Así, se está en presencia de un proceso de selectividad que favorece a los no blancos que alcanzan con vida esas edades, después de haber sobrevivido a un patrón de mortalidad más agresivo, prevaeciente durante toda la vida anterior y que, finalmente, les proporciona mayor resistencia a la muerte hacia el final de la vida.

Lo expuesto hasta aquí permite, sin duda alguna, afirmar que el color de la piel es un diferencial de la capacidad de supervivencia de la población cubana. Lo fue desde la misma génesis de la nación. Su interacción con la capacidad de supervivencia de la población quedó oculta tras las tendencias generales y el deslumbrante progreso de la esperanza de vida y los demás indicadores de la mortalidad.

El rol actual del color de la piel como marcador de riesgo diferencial frente a la muerte muestra cuánto pesa la inercia tozuda de la historia y de una cultura ancestral sobre la dinámica de las poblaciones humanas, en general, y de la población no blanca en el país, en particular, dejando una huella indeleble en valores, construcciones sociales y los

comportamientos de los individuos,²⁶ muy a pesar de los esfuerzos neutralizadores de tal desigualdad que se han realizado en los últimos cincuenta años.

Espacio, color de piel y mortalidad. El caso de la región oriental

Una vez conocido que el color de la piel no blanco en Cuba, actúa como un marcador de riesgo ante la muerte, en las próximas páginas se intenta responder la interrogante de que características distintivas toma la influencia del color de la piel en los patrones de mortalidad a nivel subnacional, no ya desde el agrupamiento de las defunciones en tres grandes regiones y la capital, sino desde las desigualdades espaciales que se han ido configurando en el país a lo largo de su historia más reciente, utilizando como marco para el estudio la región oriental de Cuba. Responder a esta pregunta contribuye a una representación más exacta de un fenómeno que se expresa como resultado de cálculos promedio para toda la población cubana (o grandes grupos de esta), pero que puede tener manifestaciones específicas, tanto hacia el aumento como hacia la disminución del diferencial, al concentrar el punto de mira en áreas inferiores de la geografía de Cuba. Para ello se pretende trabajar desde una noción de espacio que contempla las dinámicas socioeconómicas no como añadido, sino como esencia que permite explicar los fenómenos.

Es importante tomar en cuenta las exigencias que imponen las estimaciones de indicadores refinados de mortalidad, en este caso la esperanza de vida y que en esencia son un volumen de defunciones observadas y de población base que permita la realización de los cálculos evitando las relativamente grandes variaciones a las que están sometidas las pequeñas poblaciones. De ahí que se opte por trabajar con agregados municipales, diferenciando las cabeceras provinciales del resto de los municipios. Si bien la reclasificación utilizada, tiene entre sus limitaciones no contemplar otros municipios de la región oriental, que pudiesen considerarse como «espacios luminosos» de acuerdo a

la reconcentración de inversiones, utilizada como estrategia para el enfrentamiento de la crisis económica de la década del 90 del pasado siglo, se cree que las cabeceras provinciales son portadoras de una historia de inversiones e infraestructuras, y por tanto dinámicas sociales diferentes, relevantes para esta indagación.

Como ya se ha comentado el universo del estudio se circunscribe a la región Oriental de Cuba, que fue elegida tomando en cuenta tres criterios fundamentales:

1. Revisión de trabajos de investigación en los que se muestra la heterogeneidad territorial de Cuba que destacan a las provincias de esta región como las más desfavorecidas. Entre estos trabajos se encuentran:
 - Mediciones del Índice de Desarrollo Humano por provincias.²⁷ El cálculo ubicaba las 5 provincias orientales entre las 6 provincias con menores valores del indicador.
 - Para 1999 Martínez et al.,²⁸ construyeron un Índice Territorial de Desarrollo Humano y Equidad para las provincias de Cuba. Los resultados ubican a las 5 provincias orientales entre las 7 provincias del país con los menores valores del indicador.
 - Más recientemente Méndez y Lloret²⁹ (2005) realizaron un cálculo del Índice de Desarrollo Humano Territorial (IDTH), las provincias se agruparon en tres niveles y las provincias orientales fueron ubicadas en el nivel bajo.
2. Revisión de cifras oficiales de indicadores refinados de mortalidad. En las publicaciones oficiales de la ONE³⁰ los cálculos de esperanza de vida en las provincias orientales sobrepasan la media nacional, a excepción de la provincia Santiago de Cuba.

²⁶ R. Gómez: «Dictamen del estudio "Cuba. La muerte y el color"», p. 3.

²⁷ O. Martínez et. al.: *Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba*, 1996, pp. 87-89.

²⁸ O. Martínez et. al.: *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999*, pp.

²⁹ E. Méndez y M. C. Lloret: «Índice de Desarrollo Humano a nivel territorial en Cuba. Período 1985- 2001».

³⁰ Oficina Nacional de Estadísticas-CEPDE: *Cuba: La Esperanza o Expectativa de vida 2001-2003. Cálculos y Análisis por sexo y edades*.

3. Hallazgos de Albizu-Campos,³¹ esencialmente que el diferencial de esperanza de vida por color de la piel disminuye a medida que se recorre un eje occidente-oriente en la geografía cubana.

En los análisis que siguen la población fue reclasificada como residente en cabeceras y residente en no cabeceras. La selección de estas agrupaciones municipales utilizadas como posibles espacios diferenciados dentro de la geografía cubana se basó en la consulta de trabajos pretéritos y publicaciones que se acercan a un análisis histórico geográfico de las estrategias económicas llevadas a cabo en el país y como estas han promovido cambios en las dinámicas poblacionales.

Íñiguez y Montes³² señalan que para el momento en que se instauró la división político-administrativa en 1976, existían ciudades que podían encabezar nuevos territorios de nivel provincial pues desde 1960 se había diseñado un plan de acciones inversionistas que priorizaba distintos centros regionales. Con el objetivo de conducir el desarrollo de otros territorios del país más allá de la capital, las denominadas cabeceras provinciales fueron durante varias décadas receptoras de los mayores volúmenes de inversión, al tiempo que se localizaron en ellas servicios de nivel superior para definir funciones político-administrativas de las provincias como salud, educación, deportes y cultura. Se crearon numerosos empleos y un diversificado sistema infraestructural.³³

Resultó también decisivo un trabajo que compara las migraciones del bienio 1995-1997 y 1998-2000³⁴ en el que se identifican entre otros municipios receptores, aquellos que albergan las capitales provinciales, donde es posible que se destaque la concentración de inversiones e infraestructura con participación en la reanimación de la industria.

Aun y cuando la crisis económica de la década de 1990 impuso, a partir de las medidas diseñadas para su enfrentamiento, nuevas desigualdades espacio-territoriales en Cuba,³⁵ las capitales provinciales continúan siendo los municipios mayormente poblados de cada provincia y conservan características diferenciales en el orden material y simbólico.

El diferencial en las cabeceras provinciales de la región oriental de Cuba

La tabla 1 resume las medidas fundamentales extraídas de las tablas de mortalidad calculadas para las subpoblaciones de diferente color de la piel. Las estimaciones realizadas muestran la clara desventaja de los clasificados como no blancos con relación a la población blanca.

En términos de esperanza de vida al nacer, resultan pertinentes varias observaciones. En primer lugar tanto hombres como mujeres, sin importar el color de la piel, presentan valores que sobrepasan los 73 años de edad y que no son otra cosa que el reflejo del positivo impacto de las transformaciones sociales del país en general y las del sector de la salud en particular, anteriormente documentadas.

Sin embargo no dejan de llamar la atención las distancias observadas entre los valores de las subpoblaciones en estudio con relación a los promedios nacionales oficialmente publicados para el trienio 2001-2003,³⁶ aun cuando estas comparaciones deban ser tomadas con precaución, atendiendo al momento y la manera en que se llegó a las estimaciones.

³¹ Juan Carlos Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color».

³² Luisa Íñiguez y M. Montes: «Espacio y poblamiento».

³³ Luisa Íñiguez y M. Montes: Ob. Cit., pp. 375-376.

³⁴ M. Montes, citado en Íñiguez, L. y Pérez, O. E.: «Espacio, territorio y desigualdades sociales en Cuba. Precedencias y sobreimposiciones», p. 440.

³⁵ Luisa Íñiguez: «Heterogeneidad territorial de Cuba. Entre herencias y renovaciones»; L. Íñiguez y O. E. Pérez: «Espacio, territorio, y desigualdades sociales en Cuba. Precedencias y sobreimposiciones»; L. Íñiguez y M. Montes, Ob. cit.

³⁶ Oficina Nacional de Estadísticas-CEPDE: Ob. Cit.

Tabla 1. Región oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Diferenciales de mortalidad por sexo y color de la piel, 2003-2005

Esperanza de vida al nacer (años)			
	Hombres	Mujeres	Diferencial por sexo
Blancos	77.07	80.93	3.86
No blancos	73.92	76.78	2.86
Diferencial por color	-3.15	-4.15	
Mortalidad infantil (‰)			
Blancos	3.18	3.71	-0.53
No blancos	8.95	5.84	3.11
Diferencial por color	-5.77	-2.13	

Nota: Los valores de mortalidad infantil corresponden a lo esperado para 1000 menores de un año de la probabilidad de muerte a la edad exacta 0 años, extraída de las tablas de mortalidad.

El signo negativo es indicador de desventaja, de no blancos y mujeres.

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

La esperanza de vida al nacer de los hombres de Cuba en el trienio 2001-2003 alcanzó los 75.13 años de edad, nótese como el valor estimado para los blancos, es superior a la media nacional, mientras que el de los no blancos es inferior. De manera similar ocurre en el caso del sexo femenino, para el que la estimación oficial asciende hasta los 78.97 años de edad.³⁷

Resulta relevante destacar también el hecho de que, aunque tanto para hombres como para mujeres, existen desventajas en la población no blanca, el caso de las mujeres es particularmente llamativo, pues la desventaja observada es 1 año mayor que en el caso de los hombres. Si se analiza el diferencial por sexos, se aprecia que este nunca llega a sobrepasar los 4 años y que es en la subpoblación no blanca, donde la mujer tiene menos ventajas con respecto al sexo masculino. Incluso el valor de la esperanza de vida al nacer de las mujeres no blancas (76.78) no logra sobrepasar al correspondiente

a los hombres blancos (77.07). Estos hallazgos son coherentes con lo que en otras investigaciones se ha descrito como una característica particular del diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba³⁸ y con lo descrito en secciones anteriores de este capítulo.

En el caso de la mortalidad infantil, la tendencia observada es diferente, en tanto son los hombres no blancos quienes evidencian mayores desventajas, sobrepasando en casi 6 defunciones por cada mil nacidos vivos, a sus pares blancos; en cambio las mujeres no blancas, aunque también en desventaja, sobrepasan a sus equivalentes blancas en poco más de 2 defunciones como promedio. Lo más llamativo en este sentido quizás, sea el hecho de que al evaluar el diferencial por sexos, las mujeres blancas son aquellas que portan una mayor desventaja, hecho este que no encuentra paralelo en los trabajos citados anteriormente. En este sentido una hipótesis explicativa pudiera ser la existencia de factores coyunturales en el momento de las estimaciones, que provocaron un mayor número de defunciones femeninas de color de piel blanca.

Correspondería ahora comentar cómo las edades contribuyen a la desventaja observada en la población no blanca para cada sexo, siendo este un ejercicio que permite comprender la participación de las edades en determinado patrón de mortalidad, en cuales tramos de la vida se localizan las diferencias más marcadas, lo que pueda derivar luego en el diseño de acciones y estrategias para combatir dichas desventajas.

La tabla 2 muestra que las desventajas de la población no blanca abarcan todos los grupos de edad considerados, analizando ambos sexos y cada uno por separado. Nótese en el caso de los hombres como la mortalidad infantil contribuye negativamente al diferencial en un número de años similar a como lo hace el grupo de edades de 75+, cercano también a la contribución de casi 0.5 años del grupo 15-39. En cambio esta contribución negativa es mayor que la que aporta el grupo de edades

³⁸ R. García: *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*; L. M. López: «El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba»; L. M. López, J. C. Albizu-Campos y M. A. Gran: «Evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, siglo XX»; J. C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color».

³⁷ *Ídem.*

desde 1 hasta 14 años. En términos relativos el aporte de los menores de un año representa cerca del 14 %, las edades 1-14 aportan poco más de un 7%, mientras que la contribución de 15-59 años y de los mayores de 60 años representan el 36,6% y 42.4%. Estas cifras nos advierten que para el sexo masculino la sobremortalidad no blanca es más evidente en los menores de un año, a todo lo largo de la vida activa y con mucha fuerza sobrepasado el umbral de los 60 años.

Tabla 2.Región oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Contribución de las edades al diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel. 2003-2005

Edades	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
0	-0.42934	-0.16414	-0.29821
01-04	-0.06983	-0.04420	-0.05611
05-14	-0.16193	-0.02698	-0.09916
15-39	-0.49279	-0.28186	-0.41072
40-59	-0.65946	-0.82996	-0.77019
60-74	-0.89530	-1.49506	-1.21705
75+	-0.44118	-1.31021	-0.87153
Total	-3.15	-4.15	-3.72

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

En el caso del sexo femenino la desventaja en las menores de un año representa solo cerca de un 4%, con respecto al total del diferencial, mientras que en el grupo 1-14 los aportes no alcanzan el 2%, al mismo tiempo, resulta notable que en este grupo de edades la fracción de años que se aporta al diferencial es mucho menor que en el caso de los hombres, lo que sugiere incluso cierta paridad entre las subpoblaciones femeninas. En las edades activas esta contribución se eleva a un 26.8% y para las edades más avanzadas a un valor relativo cercano al 67.6%. Se deriva de estas observaciones y de los datos del Cuadro 2 que si bien las mujeres no blancas tienen cierta ventaja sobre sus iguales masculinos hasta los 39 años, esta situación se invierte a partir de los 40 años, y es a partir de este grupo que se manifiesta con más fuerza el deterioro de las féminas no blancas, hasta alcanzar un diferencial que, como ya se había comentado, excede en 1 año al de los hombres no blancos en comparación con los blancos.

Al volver la mirada al interior del grupo de población en edad de retiro, tal y como se observa en la tabla 3, se constata que los aportes de cada grupo de edad a las diferencias por color de la piel no son siempre de signo negativo. Sin embargo las contribuciones que suponen ventaja para la población no blanca se observan solamente a partir del grupo 95-99, incluyendo el grupo abierto final, para el caso de los hombres, con valores de fracciones de año que no alcanzan la décima parte y por lo tanto no logran contrarrestar el efecto de los restantes grupos de edades.

El sexo femenino, tal y como se venía comentando muestra una situación más comprometida en términos de desventaja de supervivencia para las no blancas, las cuales a partir de los 60 años muestran mayores riesgos de mortalidad que los hombres y solamente en el grupo abierto final muestran mayor supervivencia que las blancas. En cada grupo de edades los aportes negativos en años siempre sobrepasan las cifras observadas para el sexo masculino.

Tabla 3.Región oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Contribuciones de las edades avanzadas al diferencial de esperanza de vida por color de la piel. 2003-2005

Edades	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
60-64	-0.28097	-0.42463	-0.35990
65-69	-0.32709	-0.50720	-0.42562
70-74	-0.28724	-0.56323	-0.43153
Subtotal	-0.89530	-1.49506	-1.21705
75-79	-0.24884	-0.50756	-0.38235
80-84	-0.14730	-0.41682	-0.28180
85-89	-0.06109	-0.26520	-0.16199
Subtotal	-0.45723	-1.18958	-0.82614
90-94	-0.01592	-0.15219	-0.08286
95-99	0.01199	-0.00584	0.00540
100 +	0.01998	0.03740	0.03207
Subtotal	0.01605	-0.12063	-0.04539
Total	-1.33648	-2.80527	-2.08858

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Si se consideran ambos sexos, se observa una desventaja de la población no blanca que abarca todos los tramos de edad hasta los 94 años, donde

Dr. C. Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira y MSc. Fabian Cabrera Marrero

se destacan con fuerza, las disparidades en términos de mortalidad infantil, en el grupo 15-39 años y en las edades de retiro activo de la población.

Nótese en la tabla 4 las edades a las que muere el 25, 50, 75 e incluso el 95% de las poblaciones masculina y femenina según color de la piel. Se advierte que la desventaja de los no blancos abarca prácticamente toda la vida y esta es mucho más evidente en el caso de las mujeres quienes, incluso fallecen a edades más jóvenes que los hombres blancos al analizar la extinción del 50, 75 y 95% de las poblaciones.

Tabla 4. Región oriental. Población residente en cabeceras. Medidas de posición de la probabilidad de muerte acumulada desde el nacimiento. 2003-2005

Medida	Hombres			Mujeres		
	Blancos	No blancos	Diferencia	Blancas	No blancas	Diferencia
P25	66.88	63.47	-3.41	71.87	67.09	-4.78
P50	77.18	74.41	-2.77	81.14	76.95	-4.19
P75	85.43	83.26	-2.17	88.41	84.90	-3.51
P95	95.41	93.95	-1.46	96.78	94.08	-2.70

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Al interior de las cabeceras provinciales de la región oriental del país, se verifican los hallazgos de Albizu-Campos³⁹ para toda la población de Cuba. En este sentido la población no blanca estudiada, está sometida a lo largo de la mayor parte de la vida a un patrón de sobremortalidad, al que sobreviven algunos individuos como resultado de cierta selectividad, que les permite, sobrepasado el límite de los 94 años, alcanzar un status de supervivencia más avanzado que los individuos de la población blanca.

Aun y cuando estos resultados develan en términos generales, el mismo patrón descrito en apartados anteriores, no debe dejar de señalarse que en las estimaciones presentadas para la región oriental, la relativa ventaja de la población no blanca se comenzaba a constatar a partir de los 90 años

³⁹ J. C. Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color»; «Contrapunteo cubano de la muerte y el color».

en el caso de los hombres y para el grupo abierto final en las mujeres. Las estimaciones que aquí se presentan, arrojan resultados ligeramente diferentes. Este es un tema sobre el que se volverá más adelante.

La figura 1 resume de manera visual los comentarios que se han venido realizando. En la misma se pueden apreciar el patrón diferencial de la desventaja de supervivencia para los no blancos de acuerdo a como contribuyen las edades al diferencial de esperanza de vida, y a la vez se puede observar como dicho patrón es diferencial para cada uno de los sexos.

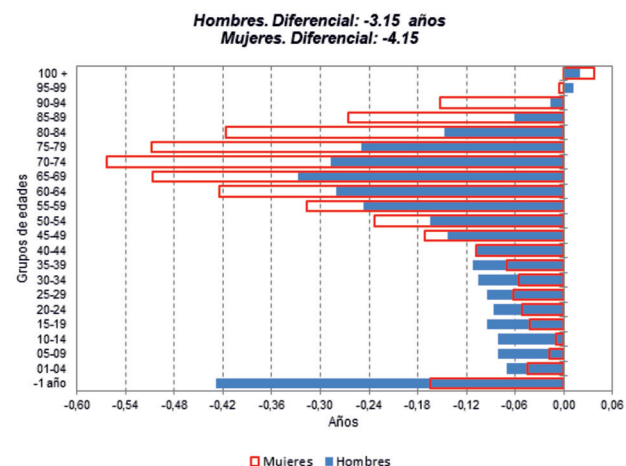


Figura 1. Región oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel. 2003-2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de los autores. MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Con la intención de corregir el efecto de la comparación de grupos de edades cuyos intervalos son diferentes, se ofrece la representación gráfica de la densidad de las contribuciones al diferencial (figura 2). Lo interesante aquí es que al hacer esta corrección, se acentúa la importancia de la contribución negativa de la mortalidad infantil, con marcada intensidad para el sexo masculino. En el caso del sexo femenino igualmente se evidencia esta acentuación, pero al mismo tiempo es notable el hecho de que entre los 65 y 79 años, aun eliminando el efecto que se comentaba, los valores están muy próximos a lo observado para el grupo de menores de un año.

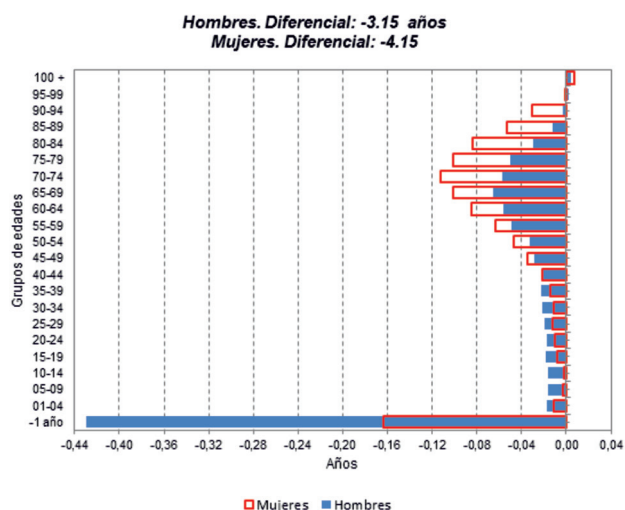


Figura 2. Región oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Densidad de la contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel. 2003-2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de los autores. MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

El diferencial en el resto de los municipios de la Región oriental de Cuba

Correspondería ahora responder a la pregunta de ¿qué sucede en términos del diferencial por color de la piel ante la muerte para el resto de la población de la región oriental?, reagrupada en lo que se ha dado en llamar población residente en no cabeceras.

La información de la tabla 5 confirma lo ya comentado acerca de los elevados valores que alcanza la esperanza de vida, independientemente de la subpoblación para la que se calcule. Este ofrece, además, una primera panorámica de cómo se comporta el diferencial que se ha venido analizando y que claramente denota una vez más, las desventajas de la población no blanca frente al riesgo de morir, si se le compara con la población blanca. No obstante resulta llamativo que en términos de esperanza de vida, se constata que la ventaja de los hombres blancos es mínima, de apenas 6 centésimas de año y tanto blancos como no blancos presentan valores del indicador por encima de la

media nacional en la publicación de referencia citada en la sección anterior.⁴⁰

En el caso de las mujeres, la diferencia asciende hasta 1,25 años en favor de ventaja para las blancas, refrendándose nuevamente el sexo femenino como el más afectado con relación al diferencial estudiado, aunque se observa que la esperanza femenina no blanca logra sobrepasar, no solo a sus iguales masculinos, sino también a los hombres blancos y ambas subpoblaciones femeninas (blancas y no blancas) alcanzan valores del indicador por encima de las estimaciones oficiales que se han venido manejando. Al girar el punto de análisis hacia el diferencial por sexos de la esperanza de vida, se aprecia que este es más marcado en la población blanca y sobrepasa en más de 1 año la cifra registrada para la población no blanca.

En cuanto a la mortalidad infantil, vuelve a ser el sexo masculino el que lleva el peso de la desventaja, en términos de color de la piel, revelando el indicador que en la población no blanca ocurrieron en promedio, 2,76 defunciones más por cada mil nacimientos, que en la población blanca. No obstante el sexo femenino aporta en este sentido 1,31 defunciones más en las no blancas que las blancas.

En este sentido, el diferencial por sexo aunque se comporta según lo teóricamente esperado, y apunta hacia una ventaja femenina, en el caso de la población blanca, esta se ubica en una cota bien baja, en tanto que para la población no blanca, en promedio se observaron casi 2 defunciones menos de mujeres que de hombres.

Tabla 5. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Diferenciales de mortalidad por sexo y color de la piel. 2003-2005

Esperanza de vida al nacer (años)			
	Hombres	Mujeres	Diferencial por sexo
Blancos	76.75	81.13	4.38
No blancos	76.69	79.88	3.19
Diferencial por color	-0.06	-1.25	
Mortalidad infantil (‰)			
	Hombres	Mujeres	Diferencial por sexo
Blancos	4.24	3.74	0.50
No blancos	7.00	5.05	1.95
Diferencial por color	-2.76	-1.31	

⁴⁰ Oficina Nacional de Estadísticas-CEPDE: Ob. Cit.

Dr. C. Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira y MSc. Fabian Cabrera Marrero

Nota: Los valores de mortalidad infantil corresponden a lo esperado para 1000 menores de un año de la probabilidad de muerte a la edad 0, extraída de las tablas de mortalidad.

El signo negativo es indicador de desventaja, de no blancos y mujeres.

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Avanzando hacia una mayor comprensión de cómo las edades contribuyen al diferencial constatado, se ofrece la información de la tabla 6, que resume, tal como se había hecho para las cabeceras provinciales, los grupos de edades que conducen las diferencias en cuanto esperanza de vida, que han sido verificadas para la población residente en no cabeceras.

Tabla 6. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Contribución de las edades al diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel. 2003-2005

Edades	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
0	-0.21268	-0.10494	-0.16161
01-04	-0.09293	-0.06922	-0.08309
05-14	-0.11157	-0.04702	-0.08642
15-39	-0.20953	-0.18042	-0.20381
40-59	0.02952	-0.50295	-0.23845
60-74	0.15605	-0.36015	-0.10437
75+	0.37550	0.01667	0.20463
Total	-0.07	-1.25	-0.67

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Nótese en el caso de los hombres que son las edades de los menores de 1 año y el grupo 15-39, aquellas que conducen al valor negativo del diferencial y entre las dos aportan más de 0.40 años, que corresponde aproximadamente a 2/3 de los aportes negativos, los cuales se verifican también en el grupo de 1-14 años. Aun y cuando estos aportes tienen un peso relativo muy importante, logran ser minimizados por la mayor supervivencia de los no blancos a partir de los 40 años, donde particularmente el grupo de 75+ años juega un papel instrumental en que el comportamiento del diferencial total sea tan discreto. Para el sexo femenino se observa nuevamente mayores riesgos de mortalidad, al analizarla por el color de la piel. No es

hasta el grupo de 75+ que las mujeres no blancas muestran más supervivencia, pero que no logra contrarrestar los aportes negativos fundamentales de las edades productivas 15-59 que aportan más del 54% de dicho diferencial, a las que se suman las edades infantiles y juveniles, aportando cerca del 18% de las diferencias a favor de la desventaja.

Tal y como se hizo para las cabeceras se analiza la contribución de las edades avanzadas con mayor detalle, siendo este un grupo de edades donde se aprecian diferencias entre uno y otro sexos. La tabla 7 da cuenta de este comportamiento.

Se puede apreciar sin dificultades, lo que ya se había anotado para las cabeceras, aunque en el caso de los hombres no blancos, como se comentaba, ya desde los 40 años comenzaban a mostrar un patrón de mayor supervivencia. Sin embargo en las mujeres no blancas esta inversión en la contribución de las edades no ocurre sino hasta los 85 años y no obstante, la contribución del grupo de edades avanzadas consideradas en su totalidad, tiene un valor negativo del orden de los 0.34 años, mientras que en los hombres se observa un comportamiento de signo contrario que supera medio año de contribución de estas edades. Apréciense que en total, las contribuciones que indican la mayor supervivencia de las mujeres no blancas solo aportan una fracción de 0.17 años.

Tabla 7. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Contribuciones de las edades avanzadas al diferencial de esperanza de vida por color de la piel. 2003-2005

Edades	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
60-64	0.03659	-0.12443	-0.04338
65-69	0.05354	-0.10796	-0.02912
70-74	0.06592	-0.12776	-0.03187
Subtotal	0.15605	-0.36015	-0.10437
75-79	0.09411	-0.11545	-0.00934
80-84	0.09686	-0.04230	0.02795
85-89	0.06407	0.07464	0.06533
Subtotal	0.25504	-0.08311	0.08394
90-94	0.05144	0.06029	0.05536
95-99	0.04175	0.03063	0.03964
100 +	0.02727	0.00886	0.02569
Subtotal	0.12046	0.09978	0.12069
Total	0.53155	-0.34348	0.10026

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Este comportamiento diferencial según sexos propicia entonces que la población no blanca que reside en no cabeceras describa un patrón de mayor mortalidad hasta los 79 años, umbral que marca el cambio de signo de la contribución positiva de las edades al diferencial por color de la piel, el cual es conducido por las mayores desventajas de la mortalidad femenina. Así las edades activas aportan más del 65% del diferencial a favor de los blancos, seguidos por una participación muy similar de los menores de 1 año y las edades juveniles que aportan ambas poco más del 24% a este diferencial. El grupo de 60-74 aporta cerca del 16% y el de 75+ un 30% que favorece a la población no blanca.

Sirva la tabla 8 para constatar las diferencias en la forma de morir de las subpoblaciones blanca y no blanca residentes en no cabeceras, las cuales resultan ser mucho más sutiles. Nótese que en el caso de los hombres, la edad en que fallece el 50% de la generación, es mayor para los no blancos y esta ventaja se mantiene hacia el final de la vida. El caso de las mujeres es diferente en tanto el fallecimiento del 25% de la población femenina no blanca ocurre en promedio, casi 2 años antes que el de la población blanca del mismo sexo. La desventaja se va reduciendo al extinguirse el 50 y 75% de la población y se invierte al analizar el momento en que desaparece el 95% de la generación inicial.

En la región oriental del país, la población residente en no cabeceras reproduce el patrón de mortalidad descrito anteriormente, con la característica distintiva en este caso de que la supervivencia de los no blancos pareciera estar mucho más cercana a la de sus equivalentes blancos. Este comportamiento es conducido por el sexo masculino donde a pesar de que la contribución negativa de los menores de 1 año y las edades juveniles es importante, la inversión del diferencial a partir de los 40 años de edad logra prácticamente borrar las diferencias de las edades precedentes. Por el contrario el patrón de mortalidad femenino se ratifica como portador de mayores riesgos de para las no blancas, donde solo a partir de los 85 años se observa la inversión de la capacidad de la supervivencia a su favor. Al comparar el diferencial de la esperanza de vida por color de la piel entre hombres y mujeres, llama poderosamente la atención que el valor estimado para estas últimas es casi 18 veces mayor que el observado entre los hombres.

Tabla 8. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Medidas de posición de la probabilidad de muerte acumulada desde el nacimiento. 2003-2005

Medida	Hombres			Mujeres		
	Blancos	No blancos	Diferencia	Blancas	No blancas	Diferencia
P25	67.23	67.11	-0.12	71.96	70.02	-1.94
P50	77.26	77.62	0.36	81.49	80.37	-1.12
P75	85.17	85.76	0.59	88.93	88.64	-0.29
P95	94.44	95.62	1.18	97.30	97.68	0.38

Fuente: Estimaciones de los autores a partir de MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

La figura 3 muestra los comentarios que se han venido realizando. En la misma se aprecia el patrón diferencial de la desventaja de supervivencia para los no blancos de acuerdo a como contribuyen las edades al diferencial de esperanza de vida, y las diferencias para cada uno de los sexos.

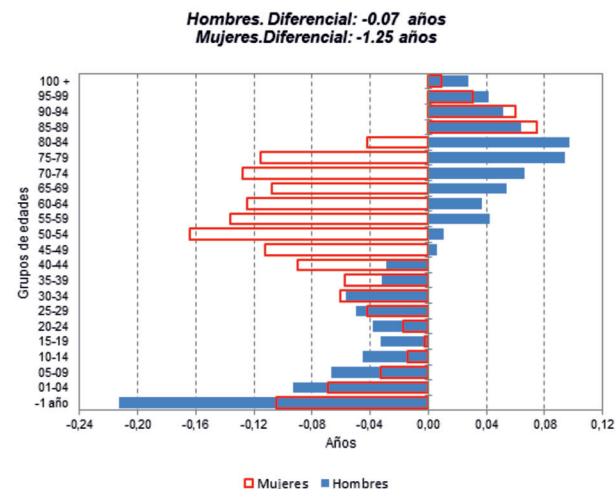


Figura 3. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel. 2003-2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de los autores. MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Al introducir la corrección que implica dividir las contribuciones de cada grupo de edad por el intervalo de dicho grupo, la figura 4 da cuenta nuevamente de la importancia relativa que gana la mortalidad infantil en la conducción del diferencial, aunque esta característica se haya podido

Dr. C. Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira y MSc. Fabian Cabrera Marrero

apreciar desde la comparación de las contribuciones totales, en tanto estas no serían otra cosa que la sumatoria de edades simples consecutivas. El patrón que se obtiene apoya lo que se ha venido comentando anteriormente.

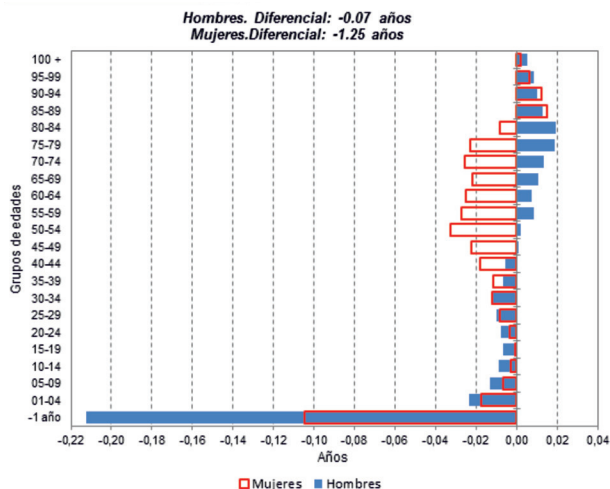


Figura 4. Región oriental. Población residente en no cabeceras. Densidad de la contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel. 2003-2005.

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de los autores. MINSAP, Bases de Datos de Certificados de Defunción, años correspondientes.

Espacio, color, mortalidad: hacia una integración explicativa

Se comentaba en secciones anteriores, que independientemente de la subpoblación para la que se estima la esperanza de vida al nacer, esta sobrepasa siempre el límite de los 70 años de edad, siendo este un indicador que sitúa al país en la complejidad de su transición demográfica para autores cubanos⁴¹ y en una situación de transición muy avanzada de acuerdo a algunos organismos internacionales del área de América Latina y el Caribe.⁴²

Es interesante apuntar que de acuerdo a las proyecciones de CELADE,⁴³ los valores que se han estimado para la esperanza de vida de hombres y mujeres blancos y no blancos, incluso aquellos que denotan la presencia de mayores desventajas en el contexto cubano, son siempre superiores a la media de la región de las Américas, incluso hasta el quinquenio 2015-2020 para el que los valores proyectados por CELADE son de 73,0 y 78,3 años para hombres y mujeres respectivamente.

Resulta destacable además, que aunque este estudio dé cuenta de la persistencia de ciertos diferenciales ante la muerte, la transición de la mortalidad cubana ha estado caracterizada en los últimos 50 años por la eliminación de lo que se ha dado en llamar la polarización epidemiológica⁴⁴ que existía en Cuba hacia fines de la década de los 50 del pasado siglo y que consistía en enormes disparidades ante la muerte por regiones y estratos de población, condicionadas por las profundas diferencias socioeconómicas existentes. Baste citar los resultados de una encuesta por muestreo a trabajadores agrícolas en 1957, que arrojaba las dramáticas cifras de 91% de desnutrición, 46% de iletrados, 39% de parasitados y solamente un 12% con capacidad de asistencia médica⁴⁵ o la referencia a un estudio que planteaba que el 75% de los tuberculosos de La Habana en 1944, provenían de los 30 000 pobladores que residían en solares en condiciones higiénico sanitarias deplorables.⁴⁶

No obstante estas observaciones, los indicadores estimados, responden a una realidad objetiva que debe ser explicada y comprendida, con el anhelo de que pueda ser transformada a partir de su más profundo conocimiento. Se ha comprobado una vez más, que cambiar la escala en los análisis es útil, en cuanto acerca los problemas a los contextos en que estos se desarrollan, develando relaciones y tendencias que quedan ocultas en los promedios nacionales.

⁴¹ R. García: Ob. Cit; J. C. Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90».

⁴² CEPAL-CELADE: *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*, pp. 5-6.

⁴³ CEPAL-CELADE: *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*; CEPAL-CELADE: *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico No 9. Mortalidad*.

⁴⁴ R. García: Ob. Cit., p. 25.

⁴⁵ J. R. Ruiz: *Cuba, revolución social y salud pública (1959-1984)*, p. 9.

⁴⁶ J. M. Chailloux Cardona (1945), citado en J. R. Ruiz: Ob. Cit., p. 9.

En este sentido las desarticulaciones señaladas por Albizu-Campos⁴⁷ en términos de menor supervivencia de la población no blanca, son confirmadas, esta vez desde una perspectiva que intenta incorporar la categoría de espacio. Así, mientras que el autor señala un diferencial por color de la piel de esperanza de vida en la región oriental del país de -1.22 años para los hombres y -2.48 para las mujeres, las presentes estimaciones muestran que en el caso de la población de las cabeceras provinciales de la región oriental de Cuba, los valores aumentan hasta -3.15 años para los hombres y -4.15 para las mujeres, mientras que en el caso de la población residente en las no cabeceras los valores disminuyen a -0.07 años en los hombres y -1.25 en las mujeres. Estas cifras muestran que efectivamente existe una variabilidad entre los indicadores calculados, una vez que se desciende hacia niveles subnacionales, dando cuenta de una heterogeneidad que escapa a las observaciones promedio. Llama poderosamente la atención, que estos diferenciales alcancen los valores antes citados al interior de la región oriental de Cuba, donde las estructuras por color de la piel muestran una mayor presencia de población no blanca, pero como se verá más adelante este es un elemento que ayuda a comprender la particular atención que demandan los presentes hallazgos.

El hecho de que se verifiquen las desventajas de la población no blanca conduce a la reflexión de que las mismas deben encontrar explicación en la interacción de variados factores en el orden de las inequidades estructurales prevalecientes en el contexto cubano actual, con patrones socioculturales de normas de comportamiento que no han sido borradas en apenas medio siglo de Revolución, puesto que el súbito avance de los indicadores cubanos de mortalidad se sustenta en la universalización de la cobertura del sistema de salud, de manera gratuita como una responsabilidad del estado y con énfasis en la atención primaria.

En este sentido convendría hacer referencia a los trabajos de investigadores del Instituto Cubano de Antropología que pueden demostrar las desigualdades que se venían comentando. Aun

y cuando estos estudios resulten de corte cualitativo, no dejan de tener valor para el propósito de este estudio. P. Rodríguez, L. Y. Carrazana y A. J. García (2011)⁴⁸ aportan indicios de un predominio de población negra y mestiza en las áreas urbanas más deprimidas, datos que son corroborados más exhaustivamente por N. Núñez, O. Buscarón, O. y H. Tirado.⁴⁹ La recepción de remesas desde el exterior es diferenciada a favor de la población blanca y esto no es otra cosa, que el reflejo de una estructura racial de las migraciones internacionales, donde los no blancos son la minoría. En este sentido Morales⁵⁰ acota que el 83,5% de los emigrantes cubanos son blancos, añadiendo que al menos hacia los Estados Unidos, la población negra y mestiza comenzó a emigrar más tarde y por lo tanto no se encontró con los mejores empleos ni salarios.

P. Rodríguez, et al⁵¹ señalan además que los negros y mestizos tienen una menor presencia relativa en el sector emergente de la economía y aquellos que trabajan en este sector, lo hacen en plazas no vinculadas directamente al turista. Sugieren asimismo estos autores, que las desproporciones observadas no se deben a una menor calificación de la población no blanca, sino a la existencia de obstáculos en el proceso de movilidad hacia los sectores más prósperos. En las investigaciones llevadas a cabo en Santiago de Cuba estas desproporciones son un elemento claramente percibido por la población residente,⁵² aun cuando en esta provincia la población blanca se estimaba para el 2002 en un 28.7 %.⁵³

La población no blanca es también depositaria de las mayores vulnerabilidades en términos de pobreza. De ello dan cuenta varias investigaciones

⁴⁷ J. C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color».

⁴⁸ Esta es la fecha en que se publican los resultados de un grupo de estudios que se iniciaron en el año 1993 y se condujeron a lo largo de diez años por parte de investigadores del Instituto Cubano de Antropología: P. Rodríguez, L. Y. Carrazana y A. J. García: «Relaciones raciales en la esfera laboral».

⁴⁹ N. Núñez, O. Buscarón, O. y H. Tirado: «Relaciones raciales en la esfera laboral».

⁵⁰ E. Morales: «Para comprender la problemática racial cubana».

⁵¹ P. Rodríguez, L. Y. Carrazana y A. J. García: Ob. Cit.

⁵² N. Núñez, O. Buscarón, O. y H. Tirado: Ob. Cit., p. 161.

⁵³ S. I. Catasús y E. San Marful: «La población por color de la piel», p. 240.

conducidas en el país en la década de los 90. Así Zabala (2010) comenta un grupo importante de estos trabajos y vincula a la condición de pobreza un conjunto de características sociodemográficas de la familia en este ámbito como son: predominio de la jefatura femenina del hogar y sobrerrepresentación de negros y mestizos, que se asocian a otras problemáticas de carácter social como el fracaso escolar y las conductas marginales.

Por su parte, M. Espina,⁵⁴ sobre la base de investigaciones precedentes de corte cualitativo y cuantitativo, incluyendo un grupo de entrevistas realizadas en el estudio que se toma como referencia aporta un patrón de la población afectada por tendencias de exclusión, advirtiendo además que este no debe asumirse como una concepción uniforme de la pobreza. Entre las características que señala la autora se destacan las más relevantes de acuerdo a los intereses de este trabajo:

- Familias como tendencia con tamaño superior al promedio nacional.
- Presencia de ancianos y niños en el núcleo familiar.
- Familias monoparentales con mujeres jefas de hogar que no trabajan establemente.
- Altos niveles de fecundidad y de maternidad adolescente.
- Maternidad temprana y sin apoyo paterno.
- Acceso nulo o muy bajo a ingresos en divisas.
- Mayor presencia de negros y mestizos.
- Nivel escolar relativamente inferior a la media nacional.
- Precariedad de la vivienda y de su equipamiento.
- Baja presencia de activos tangibles e intangibles que puedan ser utilizados en estrategias familiares de aumento de los ingresos.
- Repertorio de estrategias de vida reducido, de bajo nivel de solución, presentista y que no permite traspasar el nivel de la supervivencia.
- Importante peso de migrantes desde territorios de menor desarrollo socioeconómico comparativo, que se asientan en barrios improvisados,

sin la infraestructura y la cobertura de servicios públicos necesarios.

- Menor uso comparativo de las redes de servicios públicos y de las oportunidades ofrecidas por los espacios de igualdad.
- Mayor frecuencia de abandono o interrupción de estudios.
- Ubicación espacial preponderante en barrios marginales o de situaciones precarias del entorno.
- Reproducción histórico-familiar de las desventajas.
- Mayor concentración en las provincias de la zona oriental del país.

Los elementos expuestos hasta aquí permitirían aproximarse a la explicación de la desventaja que en términos de mortalidad muestra la población no blanca de la región oriental y que efectivamente, son aspectos que en muchos casos escapan al efecto nivelador que pueda proveer un sistema de salud como el cubano.

La vulnerabilidad económica de este sector de la población se traduce, pues, en una mayor exposición a los riesgos de enfermar y una menor capacidad instalada de luchar contra la enfermedad, no solo desde el punto de vista de la condición biológica, afectada por el estado nutricional, como quizá el de más evidente apreciación, sino que además desde las propias condiciones ambientales, de prácticas de salud y de mecanismos psicológicos individuales son los no blancos los que acarrearían con mayores desventajas.

Algunos de los elementos antes expuestos contribuyen también a explicar en alguna medida los mayores riesgos de mortalidad observados en la población femenina, que sería resultado de una desarticulación de género, que al agregársele el color de la piel tiene efectos aún más negativos. Así por ejemplo, Zabala⁵⁵ (2010) en su estudio sobre pobreza y familia, señala la importante participación de la mujer en el ámbito familiar, cuyo papel es calificado como preponderante, fundamentalmente en el ámbito económico, al tiempo que lleva el peso del trabajo doméstico e intenta generar

⁵⁴ M. Espina: *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana.*

⁵⁵ M. C. Zabala: *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos.*

nuevas estrategias de ingresos económicos que compiten con el desarrollo de sus capacidades y su bienestar.

No necesitaría mucha explicación que el hecho de residir en barrios de peores condiciones infraestructurales, y en muchas ocasiones en viviendas con hacinamiento, eleva igualmente los riesgos de la población no blanca ante la muerte, no solo desde el punto de vista higiénico sanitario, sino también desde la exposición a la violencia.

Sin embargo las desventajas descritas hasta aquí, pueden atenuarse o reforzarse a través del comportamiento social e individual. En este sentido resultan llamativos algunos de los resultados de Alina Alfonso en su tesis doctoral.⁵⁶ La autora a partir de una encuesta de representatividad nacional sobre factores de riesgo, estudia el comportamiento diferencial de las poblaciones blanca y no blanca, añadiendo a su análisis el nivel provincial. Sus resultados demuestran que en términos generales los comportamientos de riesgo para la salud, tienen mayor incidencia en la población no blanca, destacándose el consumo de tabaco y alcohol, en este último caso con una sobrerrepresentación de los no blancos como consumidores a pesar de valorar su situación económica como desfavorable. Igualmente la población no blanca tuvo una mayor participación en hechos violentos.

Valdría la pena comentar aquí los esfuerzos desplegados por el Sistema Nacional de Salud en términos de educación y promoción en salud, acciones estas fundamentadas en el elevado nivel de instrucción alcanzado por la población cubana. Sin embargo, en muchas ocasiones estos programas vienen acompañados de una verticalidad que en no pocas ocasiones impide desplegar todo su potencial.

Se suma a estas reflexiones el hecho de que la temática de la promoción y educación en salud es harto compleja, que necesita evolucionar al tiempo que lo hace el resto de la sociedad y que no es efectiva con el solo hecho de la difusión de la información de cuáles son las prácticas saludables. A modo de ejemplo se invita al lector a reflexionar acerca de la contemporánea reemergencia de

focos de dengue, en buena medida precedida por la reaparición de focos del agente transmisor, a contrapelo de las amplias campañas educativas en este sentido.

Sirva también como ejemplo de lo que se ha venido comentando un estudio conducido por investigadores del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con pacientes hipertensos de un policlínico en Ciudad de la Habana⁵⁷ en el que se corrobora que el 97% de los participantes recibía educación individual sobre su enfermedad, mientras que el restante 3% lo hacía de forma colectiva. No obstante, solamente el 51% de la muestra cumplía siempre con el tratamiento y poco más del 50% asistía siempre a las consultas programadas de seguimiento. Además el 48,4% desconocía que el consumo de grasas saturadas era un comportamiento asociado a la hipertensión, así como el 66% desconocía que lo era la obesidad y el 88% el sedentarismo.

Aun desde su corte descriptivo del fenómeno y de ser un estudio pequeño, está dando cuenta además de las complejidades de un proceso que la psicología de la salud se ha dedicado a estudiar con fuerza en los últimos años, y que se ha dado en llamar de adherencia terapéutica.⁵⁸ Definida como el grado en que una persona es capaz de seguir las indicaciones de un tratamiento médico, en la literatura se plantea que la misma está influida por diferentes factores, entre ellos, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y las condiciones psicosociales del paciente.⁵⁹

Como hipótesis, volvería a ser en este sentido, la población no blanca, más vulnerable a un fenómeno de este tipo, si se considera que a pesar de las subvenciones de los medicamentos en el país, son estas personas las que están sobrerrepresentadas en las más difíciles condiciones socioeconómicas. Añádase además, que el solo hecho de que un tratamiento se prolongue en el tiempo es un factor más que se suma a su posible incumplimiento,⁶⁰ tal

⁵⁶ A. C. Alfonso: «La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias 2001- parte urbana».

⁵⁷ M. Acosta, G. Debs, R. Noval y A. Dueñas: «Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica».

⁵⁸ L. Martín: «Acercas del concepto de adherencia terapéutica».

⁵⁹ M. Crespo (2007), citado en Y. Ginarte: «La adherencia terapéutica», p. 503.

⁶⁰ Y. Ginarte: *Ibidem*.

sería el caso de aquellas patologías cuya cronicidad implican una medicación dilatada e incluso modificaciones en los estilos de vida. Retome el lector entonces, las ideas de Espina⁶¹ sobre el carácter presentista de las estrategias de vida de las poblaciones en riesgo de pobreza y se añaden mayores posibilidades de discontinuidad de las prescripciones médicas en la subpoblación no blanca, mucho más vulnerable, acarreado entonces con nuevos riesgos que reporta la OMS (2004) como recaídas más intensas de la enfermedad, riesgos adversos de la suspensión de algunos medicamentos y la ocurrencia de accidentes, elementos estos que en definitiva contribuyen a elevar las probabilidades de muerte.

En este análisis no debe obviarse la «escurridiza» subjetividad para los estudios poblacionales, que en el caso particular del proceso salud-enfermedad-muerte y los diferenciales observados, no deja de tener una importante participación, no solo desde la observación de su producto final: el comportamiento individual de salud o riesgo, sino de cómo esta puede modular la apropiación o no de un robusto sistema sanitario -al alcance de todos- a partir de cómo ha sido su configuración histórico social. En concreto, lo que se quiere plantear es que las configuraciones subjetivas identitarias puedan estar actuando también como determinantes autoexcluyentes de los espacios que en el país son, por definición, todo lo contrario.

Remítase el lector para ilustrar estas reflexiones, a las investigaciones de (P. Rodríguez et al.,⁶² quienes para evaluar los prejuicios y estereotipos raciales presentes en la población, acudieron a una estrategia de análisis del discurso sobre las representaciones del otro y del sí mismo racialmente definidos. Entre las conclusiones más relevantes a las que arriban los autores están el hecho de la persistencia de mayor cantidad de juicios negativos se encuentran al evaluar a negros y mestizos, pero más interesante aun, es el predominio de las evaluaciones negativas predominantes como autorrepresentación de los negros, que tal y como aprecian los autores, afecta la autoestima.

Por su parte Espina⁶³ define entre los rasgos de un perfil subjetivo de los pobres en Cuba una autopercepción como grupo de desventaja, con pocas capacidades autónomas para mejorar. Zabala⁶⁴ perfila a las familias estudiadas por ella en la percepción de ser inferiores, con aspectos disfuncionales de su funcionamiento, un estilo adaptativo o pasivo para enfrentar la precariedad económica y un relativamente bajo nivel de autoestima.

Todos los elementos expuestos servirían para apoyar el hecho de que las cifras comentadas en un apartado anterior, esbozan la problemática con un acento negativo para la población que reside en las cabeceras provinciales, generándose un patrón que sugiere que los espacios y territorios receptores de mayores volúmenes de inversiones y en los que se genera mayor competitividad, son aquellos más vulnerables a la diferenciación de las subpoblaciones estudiadas.

Habría que hacer un aparte para el caso de la mortalidad infantil, siendo este un indicador muy sensible y que a nivel internacional se maneja como reflejo de las condiciones de vida de una comunidad, nación o pueblo, al tiempo que su reducción es una prioridad de salud en todo el mundo.⁶⁵ En el caso del presente estudio, las cifras obtenidas son nuevamente aleccionadoras en cuanto a los avances logrados en el país, si se las compara con países del área.

Obsérvese en la tabla 9 las elevadas cifras de mortalidad infantil de los países seleccionados con la sola excepción del caso cubano, sin embargo no deja de llamar la atención que desde el punto de vista relativo, las cifras de mortalidad infantil seleccionadas para Cuba son las que dan muestra de una mayor disparidad. Este elemento no hace otra cosa que llamar la atención nuevamente, sobre una desigualdad que desborda el marco del sistema de salud como explicación exclusiva, si se piensa en la fortaleza y perfeccionamiento al que se somete el programa de atención materno infantil.

⁶¹ M. Espina: Ob. Cit.

⁶² P. Rodríguez, L. Y. Carrazana y A. J. García: Ob. Cit.

⁶³ M. Espina: Ob. Cit.

⁶⁴ M. C. Zabala: Ob. Cit.

⁶⁵ CEPAL-CELADE: *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*; CEPAL-CELADE: *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico No 9. Mortalidad.*

**Tabla 9. Cuba y países seleccionados.
Tasa de mortalidad infantil.
(Por mil nacidos vivos)**

País	Población en desventaja	Resto	Brecha relativa
Brasil ¹	40.20	26.70	1.50
Colombia ¹	31.70	23.90	1.33
Ecuador ¹	37.20	29.30	1.27
Nicaragua ¹	38.00	26.40	1.44
Cuba*	8.95	3.18	2.81

Fuente:¹Elaboración propia a partir de Oyarce, A., Ribotta, B. y Pedrero, M.: Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos, tabla 1, p. 14.

* Para Cuba se tomó el valor de mayor mortalidad infantil estimado (Hombres no blancos residentes en cabeceras).

Si bien la mortalidad infantil en las actuales condiciones de Cuba, pareciera un indicador que difícilmente va a continuar descendiendo, en particular por el hecho de la naturaleza de las defunciones registradas, las cuales precisan cada vez más de avances tecnológicos para ser enfrentadas, este estudio da cuenta de espacios de acción que aun pueden implementarse. La población no blanca en este caso porta riesgos que pueden ser corregidos si analizamos los promedios nacionales y cuanto varía el indicador en esta subpoblación.

Consideraciones finales

Tal como se había comentado con anterioridad, el color de la piel en Cuba, es una característica que marca diferencias en el modo de morir de la población. Tal característica, de naturaleza eminentemente biológica, dadas las graves desarticulaciones padecidas por la población no blanca durante el proceso de formación de la nación cubana, se erige hoy en forma de un importante diferencial de mortalidad en el país. Las asimetrías heredadas, en virtud del hecho de que negros y mestizos partieran de situaciones de mayor desventaja, no pudieron ser resueltas en el contexto de las políticas implementadas.⁶⁶

Como nos alecciona Morales Domínguez en su libro sobre los desafíos actuales del problema racial en el país,⁶⁷ los acelerados y homogeneizadores procesos de desarrollo de la salud, la educación, el empleo, la cultura y la recreación, elevaron considerablemente los niveles de bienestar de toda la población, sin distinciones de raza o procedencia social y el color de la piel dejó de ser la histórica barrera infranqueable para acceder a los niveles más elevados de reconocimiento material y social. Sin embargo, el tema racial fue subsumido, en virtud del idealismo revolucionario, dentro de la problemática general de las clases, viéndose diluido en el contenido de la lucha contra las desigualdades, la pobreza y la marginalidad, sin que hallara, o recibiera, especificidad propia.

Dentro de la desventaja en términos de esperanza de vida que padece hoy la población no blanca, el caso de la mujer con ese color de piel destaca porque en ella se verifica con mayor fuerza. Su desventaja de capacidad de supervivencia con relación a las mujeres blancas es siempre superior a lo encontrado entre los hombres no blancos, incluso llegando a ser dos veces mayor en la región oriental y más de cinco veces en la zona rural.

En ellas pareciera que se verifica con mayor nitidez la persistencia de ese patrón de mortalidad más agresivo que afecta a la mujer cubana en general y la combinación de ambas condiciones: ser mujer, y no blanca. La anómala y menguada ventaja biológica de las mujeres cubanas respecto a los hombres, cuya diferencia es aún menor entre la población de color no blanco, probablemente tenga su origen en razones culturales tanto a nivel regional como ligadas a la herencia de valores respecto al rol de la mujer en la sociedad, que aún perviven.⁶⁸

El estudio en profundidad del color de la piel como diferencial de la mortalidad abriría una vía adicional de solución al problema general de las mujeres en Cuba, quienes sobreviven, en promedio, 3 años menos que sus similares en otros contextos en los que la esperanza de vida al nacer masculina se encuentra próxima o ha rebasado los 75 años.

⁶⁶ E. Morales: *Desafíos de la problemática racial en Cuba*, p. 211.

⁶⁷ *Ídem*, pp. 204-211.

⁶⁸ R. Gómez: *Ob. Cit.*, p. 3.

Aquí también se abre un espacio para la acción de salud y se ha corroborado la existencia de reservas potenciales de mejoramiento de la capacidad de supervivencia en los menores de un año en Cuba. No sólo la mortalidad de los niños menores de un año no blancos es superior a la de los blancos, sino que los no blancos, nacidos en condiciones de bajo peso, demuestran tener un muy elevado nivel de riesgo de muerte, no correspondiente con lo que se verifica para la población infantil en el país.

Lo que muestran las causas de muerte, en materia de sobremortalidad en los niños no blancos, es que los factores que se encuentran detrás de la acción única o combinada de esas enfermedades y causas de muerte, muchas veces escapan a la influencia de las medidas que provienen unilateralmente del ámbito del sector de la salud, dando cuenta de la presencia de unos determinantes económico - ambientales; individuales - grupales - sociales y político - culturales que exigen un abordaje multidisciplinario y que de no tenerse en cuenta, podrían hacer fracasar cualquier intento de mejoramiento de la supervivencia infantil.

En unas condiciones en las que el país se propone continuar el proceso de declinación de la mortalidad de la población, pareciera que la política y los programas de salud deben buscar en el color de la piel, como diferencial de mortalidad infantil y su combinación con las condiciones de peso al nacer, vías fundamentales para el diseño e implementación de acciones de salud mejor orientadas.

Los indicadores refinados de mortalidad construidos y comentados en este trabajo expresan que el patrón de mortalidad según color de la piel que se observa a nivel nacional, no parece ser sino un claro eco de lo que está ocurriendo a niveles sub-nacionales. Son notables, por un lado, el acelerado avance que, en materia de supervivencia, ha experimentado la población cubana, y por otro lado, el elevado grado de homogeneización epidemiológica que se aprecia en ese proceso. Sin embargo, la población no blanca es siempre la menos beneficiada.

En la zona rural se avanzó más, al punto de superar el progreso de las zonas urbanas y a pesar de que la desventaja de la población no blanca en la parte urbana del país es siempre superior a lo registrado para la población rural, no deja de llamar la atención que en el campo cubano las ventajas

femeninas, en términos de capacidad de supervivencia, son notablemente inferiores a lo observado en la población urbana. La desventaja de las mujeres no blancas es más de cinco veces la que experimentan los hombres no blancos, lo que pareciera estar indicando que la combinación mujer no blanca-rural sigue siendo un espacio emergente de reivindicación en política de salud.

A nivel regional, no sólo aumenta la esperanza de vida al nacer cuando se recorre el eje territorial en dirección al Oriente del país, sino que mientras que en los hombres se aprecia una disminución de la desventaja de los no blancos, en las mujeres no blancas se observa una desigualdad superior en más de dos veces, mientras que ellas no logran alcanzar los tres años de ventaja con relación a sus hombres.

Al interior de la región oriental, las agrupaciones de municipios utilizadas como espacios diferenciados han sido de utilidad para demostrar las particularidades del diferencial abordado cuando se desciende a niveles subregionales. En este sentido el valor del diferencial aumenta considerablemente en la agrupación de los municipios cabeceras provinciales y disminuye en el resto de los municipios de la región, con relación a las estimaciones calculadas para el país y la región oriental en su conjunto.

Al analizar los patrones de contribución de las edades se observa que tanto en las cabeceras como en las no cabeceras los riesgos de mortalidad para las mujeres son mayores que para los hombres, expresado fundamentalmente por el hecho de que las contribuciones negativas del sexo femenino son marcadamente superiores a las del sexo masculino. En ambas agrupaciones de municipios se observa que la población no blanca puede presentar mayor supervivencia a partir de un límite de edad generalmente avanzado. La contribución de la mortalidad infantil entre los hombres juega un papel instrumental en la conducción del valor del diferencial, con mucha más fuerza en el caso de las no cabeceras.

La capital del país sobresale por ser portadora de rasgos de signo diverso en términos de capacidad de supervivencia. Es la región del país de menor progreso en materia de esperanza de vida al nacer, pero, por otro lado, sus mujeres son las que más progreso muestran en comparación con sus

hombres, más de cinco años de ventaja, independientemente del color de la piel, y son las mujeres no blancas del territorio las que menos desigualdad experimentan con relación a las blancas.

La dinámica de los indicadores de mortalidad en Cuba, entre 2004 y 2005 ofrecen una nueva lección sobre cierto rasgo del patrón de exposición al riesgo de muerte que afecta a la población desde al menos los últimos veinte años. Se trata de la constatación de oscilaciones de la esperanza de vida al nacer aún en presencia de reducciones importantes de la mortalidad infantil, tal y como fue descrito para la primera mitad del decenio de 1990, durante el período más agudo de la crisis económica de la época,⁶⁹ lo que no constituyó sino un eco de lo ocurrido a mediados de la década precedente.⁷⁰

Hacia 2005, la población cubana, en promedio, perdía casi un cuarto de año de esperanza de vida al nacer, mientras que la población blanca experimentaba una reducción del indicador de menos de un quinto de año. Sin embargo, la población no blanca acusó una declinación de medio año, mostrando ser la conductora del proceso de degradación de la capacidad de supervivencia que se registró con relación a 2004, observándose además, que la reducción de esperanza de vida al nacer se producía en presencia de disminución de mortalidad infantil.

El retroceso de la esperanza de vida al nacer en un momento en que se había observado una tendencia clara de progreso, nos hace pensar una vez más en la persistencia de una «fragilidad, vulnerabilidad en las coyunturas y quizás hasta reversibilidad en ciertos casos»⁷¹ que, muy a pesar de la fuerte voluntad y compromiso políticos del gobierno, ocasiona marcadas oscilaciones en la capacidad de supervivencia de la población cubana. Lo más notable es que la población no blanca parece estar particularmente expuesta a esa fragilidad e impone nuevos retos al sector de salud.

Todo ello podría estar anunciando que sin progresos socio-económicos importantes, de la

capacidad de satisfacción de las necesidades de la población y de las condiciones higiénico-sanitarias en las que debe desarrollar las actividades de su vida, la esperanza de vida se estaría acercando a un umbral a partir del cual no sólo se desaceleraría, sino que incluso podría comenzar a retroceder. Y ello debe atenderse de manera diferenciada no sólo porque las condiciones a nivel territorial son asimétricas, sino también porque los puntos de partida para el progreso, de las distintas subpoblaciones, fueron desiguales y se trata de un fenómeno que reclama urgente atención.

Estos elementos dan cuenta de los complejos procesos que tienen lugar en la sociedad cubana cuando se analiza el color de la piel. Aun y cuando los resultados comentados en estas páginas no son de ninguna forma atribuibles en sí mismos al diseño deficitario de políticas y programas de salud, ellos llaman la atención sobre un grupo de dinámicas sociales donde la población no blanca queda rezagada, que tienen un claro impacto en la forma de morir de la población. Visto en este sentido se hace necesario comenzar a buscar vías de corrección de dichas desventajas. Si bien las estrategias deben involucrar a toda la sociedad, es fundamental un pensamiento en términos de política de salud, que basado en el principio de universalidad de la atención médica, emprenda acciones particulares para las distintas subpoblaciones, a la vez que se ajustan a las características diversas de los espacios donde las personas experimentan la cotidianidad.

Desde la óptica académica quedan aún zonas de indagación sobre el tema. Cabe mencionar que resulta necesario el perfeccionamiento de los criterios para una mejor aproximación al tema del espacio, quizás desde la construcción de agregados municipales partiendo de la combinación de diversos criterios de desarrollo socioeconómico, como indicadores sintéticos. No puede comprenderse la verdadera naturaleza de los mecanismos que operan en términos de la capacidad de supervivencia de la población desde la visión aislada de la demografía o de las ciencias médicas, el triunfo de la medicina es sólo un aspecto de una realidad más compleja. La disociación neta de su desarrollo del resto de la evolución social es la «expresión más notable de una modernización (...) más simbólica que real que sólo puede percibirse a través de

⁶⁹ J. C. Albizu-Campos: *Mortalité et survie dans les années mille neuf cent quatre-vingt dix* pp. 255-263.

⁷⁰ *Ídem*, p. 165.

⁷¹ J. C. Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90», p. 141; D. Tabutin: «Un tour d'horizon des théories de mortalité», p. 11.

algunos indicadores que únicamente sirven para proyectar una realidad que, de hecho, es ficticia»,⁷² y nos llevan de la mano al desconcierto de un discurso que confunde los indicadores demográficos en general, y de mortalidad en particular, con indicadores de desarrollo.

Lo que enseña el color de la piel como diferencial de la mortalidad en Cuba es que, a pesar del significativo progreso experimentado como resultado de una voluntad política explícitamente orientada hacia la erradicación de las desarticulaciones sociales, las tendencias de los indicadores generales enmascaran la persistencia de iniquidades y la evolución, que se produjo a diferentes velocidades, no fue sino la expresión neta de una desigualdad social que imprimió su sello en la clara desventaja de la población no blanca hoy, en términos de su capacidad de supervivencia.

Referencias bibliográficas

Acosta, M., Debs, G., Noval, R. y Dueñas, A.: «Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica», *Revista Cubana de Enfermería*, 21, (3), 2005. [On line]. Consultado en enero 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf

Albizu-Campos, J. C.: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color», *Revista Electrónica Novedades en Población*, 4, (7), 2008. Consultado en marzo de 2010. Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/Revista/portada.html>

_____: «Cuba. La muerte y el color», *Revista Electrónica Zacatecana de Población y Sociedad*, 6, (26), septiembre-octubre, 2005. Consultado en marzo de 2010. Disponible en: http://sociales.reduaz.mx/no_26.htm

_____: *Determinantes de la fecundidad en Cuba y sus regiones*, 1987. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. La Habana, 1991.

_____: «La esperanza de vida en Cuba en los 90», *Novedades en Población*, Vol. II. [CD-ROM]. CEDEM, Universidad de La Habana, 2003.

_____: *Morir en Cuba*. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana. Libro en edición.

_____: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90», Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Económicas, CEDEM, Universidad de La Habana, 2002.

_____: *Mortalité et survie dans les années mille neuf cent quatre-vingt-dix*, Université de Lille III - Charles de Gaulle - Atelier National de Reproduction des Thèses. France, Lille, Mai, 2005.

Alfonso, A. C.: «La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias 2001- parte urbana». Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Económicas. CEDEM, Universidad de La Habana, 2009.

Blum, A.: *Naître, vivre et mourir en URSS*. Ed. Plon. París, Francia, 1994.

Castro, F.: *Las ideas son el arma esencial en la lucha de la humanidad por su propia salvación*. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, La Habana, 2003.

Catasús, S. I. y San Marful, E.: «La población por color de la piel». En Colectivo de autores: *Cuba. Población y desarrollo*. CEDEM, UNFPA, La Habana, 2009, pp. 234-241.

CEDEM-ONE-MINSAP: *Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva*. UNICEF-UNFPA, La Habana, 1995.

CEPAL-CELADE: *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico No 9. Mortalidad*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2010.

CEPAL-CELADE: *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. Comité Especial de la CEPAL sobre población y desarrollo. Santiago de Chile, 2010.

CEPAL-CELADE: *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL. Santo Domingo, República Dominicana, 2008.

Delgado, G.: «La salud pública en Cuba en el período republicano burgués». En *Cuadernos de la Historia de Cuba*, no. 81, Consejo Nacional de Sociedades Científicas, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1996, pp. 67-88.

Espina, M. P.: «Efectos sociales del reajuste económico: igualdad, desigualdad y procesos de complejización en la sociedad cubana». En Pérez, O. E. (comp.) *Reflexiones sobre economía cubana*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2004, pp. 385-419.

Espina, M. P.: *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana*. CLACSO, Buenos Aires, 2008.

Fábrega, H.: «Medical anthropology». En *Biennial Review of Anthpology*, B. Siegel (ed.), Stanford: Stanford University Press, 1972, pp. 167-229.

García, R.: *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*. CEDEM, La Habana, 1996.

⁷² J. C. Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color», p. 41; A. Blum: *Naître, vivre et mourir en URSS*, p. 4.

- Ginarte, Y.: «La adherencia terapéutica». En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17, (5), 2001, pp. 502-505.
- GÓMEZ, R.: «Dictamen del estudio "Cuba. La muerte y el color"». Madrid, 2005.
- Gordon y Acosta, A.: *Medicina indígena en Cuba y su valor histórico*. Imprenta del Gobernador General, La Habana, 1884.
- Hollerbach, P.: *Mortality-related policies and trends in pre and post-revolutionary Cuba*. Center for Policy Studies, the Population Council, New York, 1979.
- INSIE-CEE: *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987, Cuba*. Ed. Estadística-Comité Estatal de Estadísticas, La Habana, 1991.
- Íñiguez, L.: «Heterogeneidad territorial de Cuba. Entre herencias y renovaciones». En Pérez, O. E. et al. *Miradas a la economía cubana*. Editorial Caminos, La Habana, 2009, pp. 99-120.
- Íñiguez, L. y Montes, M.: «Espacio y poblamiento». En Pérez, O. E. (comp.) *Cincuenta años de la economía cubana*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2010, pp. 363-405.
- Íñiguez, L. y Pérez, O. E.: «Espacio, territorio, y desigualdades sociales en Cuba. Precedencias y sobreimposiciones». En Pérez, O. E. (comp.) *Reflexiones sobre economía cubana*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2004, pp. 420-470.
- Kleinman, A.; Krunstadter, P.; E. Russell, A. y Gale, J.L.: *Medicine in chinese cultures*. John E. Fogarty International Center, DHEW Publication No, (NIH) 75-653. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1975.
- López, L. M.: «El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba». Tesis para optar por el grado científico de Máster en Estudios de Población. CEDEM, Universidad de La Habana, 2003.
- López, L. M., Albizu-Campos, J. C. y Gran, M. A.: «Evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, siglo XX». En *Revista Cubana de Salud Pública*, 31, (3). [On line]. Consultado en marzo de 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200500030003&lng=es&nrm=iso
- Martín, L.: «Acerca del concepto de adherencia terapéutica». En *Rev Cubana Salud Pública*, 30, (4), 2004. [On line]. Consultado, septiembre 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662004000400008&script=sci_arttext&lng=pt
- Martínez, O. et al.: *Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996*. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). PNUD. La Habana, Caguayo S. A., 1997.
- Martínez, O. et al.: *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999*. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). PNUD. Caguayo S. A., La Habana, 2000.
- Méndez, E. y Lloret, M. C.: «Índice de Desarrollo Humano a nivel territorial en Cuba. Periodo 1985- 2001», *Revista Cubana de Salud Pública*, 31, (2), 2005. [On line]. Consultado en diciembre 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200003&lng=es&nrm=iso
- MINSAP: *La salud en la Revolución*. Ministerio de Salud Pública, Editorial Orbe, La Habana, 1975.
- _____: *Atención médica primaria en Cuba*. International Conference on Primary Health Care, Ama Atá, 1978.
- Morales, E.: *Desafíos de la problemática racial en Cuba*. Fundación Fernando Ortiz, La Habana, 2007.
- Morales, E.: «Para comprender la problemática racial cubana». En *La problemática racial en Cuba. Algunos de sus desafíos*. Editorial José Martí, La Habana, 2010, pp. 164-181.
- Mosley, H. W. y L. C. Chen: «An analytical framework for the study of child survival in developing countries». En *Population and Development Review, a supplement*, The Population Council, New York, USA, 1984, Vol. 10, pp. 25-45.
- Núñez, N.; Buscarón, O. y Tirado, H.: «Relaciones raciales en la esfera laboral». En *Las relaciones raciales en Cuba. Estudios contemporáneos*. Fundación Fernando Ortiz, La Habana, 2011.
- Oficina Nacional de Estadísticas, CEPDE: *Cuba: La Esperanza o Expectativa de vida 2001-2003. Cálculos y Análisis por sexo y edades*, La Habana, 2005.
- OMS: *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Traducción de la OPS, Washington, D. C., 2004.
- Ortiz, F.: *Hampa afrocubana. Los negros brujos*. Imprenta de Fernando de Fe, Madrid, 1906.
- Oyarce, A. M., Ribotta, B. y Pedrero, M.: *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2010.
- PNUD: *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Ediciones Mundi-Prensa Libros, S. A., Madrid, 2003.
- Ramonet, I.: *Cien horas con Fidel*. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, La Habana, 2006.
- Rodríguez, P.; Carrazana, L. y García, A.: «Relaciones raciales en la esfera laboral». En *Las relaciones raciales en Cuba. Estudios contemporáneos*. Fundación Fernando Ortiz, La Habana, 2011.

Dr. C. Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira y MSc. Fabian Cabrera Marrero

Roig de Leuschenring, E.: «Cómo se curaban nuestros pobres abuelos». En *Médicos y medicina en Cuba. Historia, biografía y costumbrismo*. Museo Histórico de las Ciencias Médicas Carlos J. Finlay, La Habana, 1965.

Ruiz, J. R.: *Cuba, revolución social y salud pública (1959-1984)*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2008.

Tabutin, D.: «Un tour d'horizon des théories de mortalité». En *Chaire Quetelet*, Institut de Démographie, Université Louvain-la-Neuve, 1997.

Zabala, M. C.: *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos*. Publicaciones Acuario, Centro "Félix Varela", La Habana, 2010.