

La mortalidad en La Habana

Mortality in Havana

Maydée Vázquez Padilla*

Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira**

ARTÍCULO ORIGINAL | Recibido: 25 de abril de 2017
Aceptado: 8 de mayo de 2017

Resumen

Resulta interesante realizar un estudio minucioso de la mortalidad en la capital con el objetivo de explicar el comportamiento demográfico de la población habanera. Un análisis reciente de los datos obtenidos respecto a esta variable durante los últimos años parece confirmar la persistencia de una sobremortalidad de la población de la capital con respecto al resto del país, la desaceleración de sus ritmos de descenso y un diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer significativamente mayor que el promedio observado en Cuba. Unos de los objetivos fundamentales que se persigue con este estudio es contribuir a la sensibilización y capacitación de especialistas en las entidades de los municipios y a nivel general de la provincia, para su incorporación en la toma de decisiones a diferentes niveles.

Palabras clave

Demografía, esperanza de vida, mortalidad, sobremortalidad.

Abstract

It turns out very important to make a study of mortality in Havana following the aim of explaining demographic behavior of population in Havana. A recent analysis of this variable data during the last years seems to confirm the constancy of an overmortality of the capital's population, the deceleration of its decreasing rhythms and a sex differential of the born life expectancy significantly higher than the average observed in Cuba. One of the main objectives of this study is to contribute to the sensitization and training of the specialists in the municipalities and the province, to incorporate them in the decision making process at different levels.

Keywords

Demography, life expectancy, mortality, life expectancy, overmortality.

* Licenciada en Psicología Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba. maydee@cedem.uh.cu

** Doctor en Ciencias Económicas y en Demografía. Profesor titular. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba. albizu@cedem.uh.cu

Introducción

Como parte de los estudios que se realizan hoy en La Habana, el estudio de sus condiciones de mortalidad se ha revelado como crucial para poder entender una dinámica demográfica a todas luces muy particular en el contexto actual del comportamiento de la población cubana.

No es la primera vez que la capital despierta ese interés. Solo que durante los últimos años el incremento de la capacidad de supervivencia de la población ha estado escondiendo algunas peculiaridades que llevan años dando cuenta del hecho de que el progreso no parece ser homogéneo y que todos los grupos no parecen avanzar a iguales ritmos mientras que en algunos casos se registran retrocesos que aún están por documentar.

Lo que nos ha contado la historia demográfica reciente del país, en general, y de las provincias, en particular, es que las tendencias nacionales de los indicadores impiden visualizar las singularidades que tienen lugar en las escalas subnacionales y locales, por lo cual lo que sucederá en el futuro próximo no podrá ser comprendido sin el abordaje de estos procesos en los diferentes territorios, entre los que, por su peso demográfico, destaca La Habana.

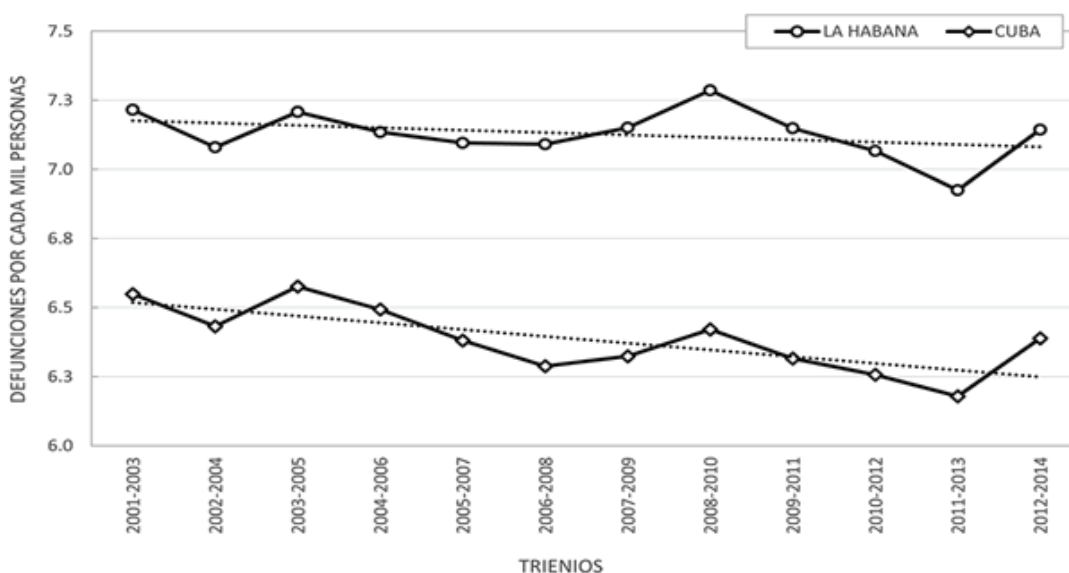
Y de eso se trata, de poner al día el estado del conocimiento en materia del comportamiento de

la mortalidad de la población de la capital, y resaltar aquellos rasgos fundamentales que sirvan de instrumento para el perfeccionamiento del proceso de diseño de la política de salud de la provincia, por un lado, mientras que, por otro, se abra una suerte de visillo a través del cual poder observar, con mayor detalle, el estado específico de la interrelación población-desarrollo en lo que a la capacidad de supervivencia de la población se refiere.

Rasgos de una manera de morir

El estudio del comportamiento reciente de la mortalidad de La Habana durante los últimos 15 años, y considerada esta la capital del país, parece confirmar la persistencia de los rasgos fundamentales que ya fueran apuntados para décadas precedentes por diferentes autores (García, 1990; García, 1996; INSIE-CEDEM, 1990; Albizu-Campos, 2002), y cuando ya se detectara el inicio de un sostenido proceso de descenso: 1) La sobremortalidad que experimenta la población de la capital con relación al resto del país; 2) La desaceleración de sus ritmos de descenso y 3) Un diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer significativamente mayor que lo que se observa como promedio en Cuba (figura 1).

Figura 1. Cuba y La Habana. Tasas tipificadas de mortalidad 2001-2003 a 2012-2014.



Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

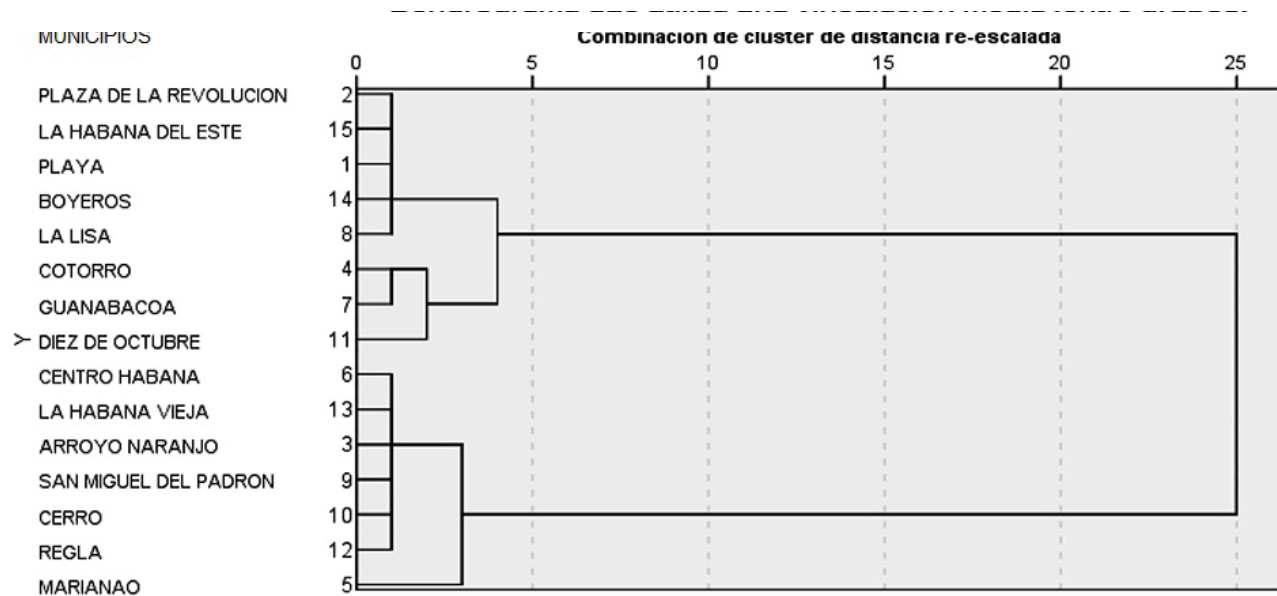
Maydée Vázquez Padilla y Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira

Tomando las tasas de mortalidad de Cuba y de La Habana, debidamente tipificadas utilizando la población de Cuba de 1999 como población tipo, se hace evidente lo notablemente más elevado que es el nivel de mortalidad de la capital con relación al nivel del país, así como el hecho de que el progreso en materia de mortalidad de la población del territorio es marcadamente más lento y signado por oscilaciones más bruscas que lo que se observa a nivel nacional. Sobresale, igualmente,

como tercer rasgo el paralelismo de la evolución de los indicadores de Cuba y de la capital, lo que hace presumir, y debido al peso demográfico de la población de la provincia, los cambios en la capacidad de supervivencia en La Habana, que de alguna manera tienen un efecto en la evolución del indicador nacional.

Al interior de la provincia la dinámica de la mortalidad y parecieran existir comportamientos asimétricos en cuanto al nivel municipal (figura 2).

Figura 2. La Habana. Cluster jerárquico según nivel de mortalidad de los municipios. 2001-2003 a 2012-2014.



Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

Al realizar un ejercicio de clasificación por ranking de la posición del nivel de la mortalidad de cada municipio, entre 2002 y 2014, con relación al nivel medio de la provincia en el período y su intervalo de confianza, aparecen tres agrupaciones con comportamientos distintivos. La primera, donde se sitúan los municipios de menor nivel de mortalidad, conformada por Plaza de la Revolución, La Habana del Este, Playa, Boyeros y La Lisa. Al interior de este grupo, incluso aparece cierta diferenciación en cuanto a que los dos últimos, aunque semejantes a los primeros, aún muestran un ligeramente mayor nivel de mortalidad. Como segundo grupo, siguen Cotorro y Guanabacoa, que en promedio se posicionaron en un nivel medio-bajo por debajo del promedio provincial durante el pe-

riodo, y a quienes se une, aunque a un nivel mayor, Diez de Octubre, cuyo nivel se sitúa casi siempre por encima de la media de la capital, con trienios en que desciende al nivel de los dos primeros.

El tercer grupo es donde se encuentran los municipios con los niveles más elevados de mortalidad de la provincia, los que se concentran en los restantes municipios; es notable la dinámica seguida por Centro Habana, Habana Vieja y Arroyo Naranjo, que destacan siempre como los de mayor de mortalidad entre 2002 y 2014, a quienes seguirían San Miguel del Padrón, Cerro y Regla, en ese orden. Y estos son los territorios que estarían conduciendo el comportamiento provincial en cuanto al nivel, su lento progreso, así como en lo que concierne a las oscilaciones bruscas del indicador.

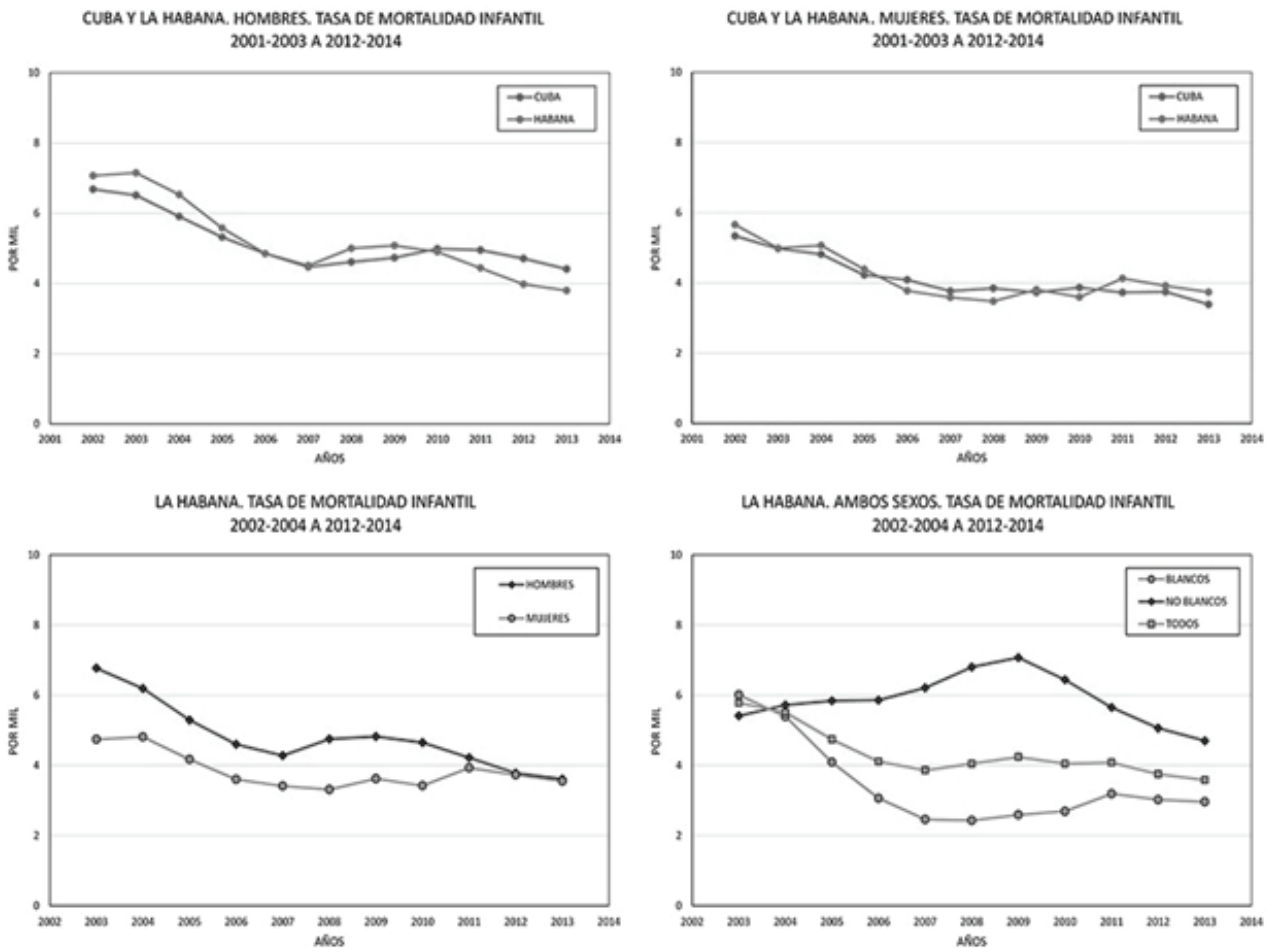
Resalta Marianao en el sentido de que aun teniendo un nivel de mortalidad menor que el de los seis anteriores, que se ubica por encima de la media provincial, pero dentro de intervalo de confianza del indicador de la capital, tiende a ser semejante a ellos dada su tendencia a colocarse muy próximo a su nivel en algunos trienios.

Debe destacarse que incluso en los municipios del primer grupo, en los que el nivel de la mortali-

dad de la población es el más bajo a nivel provincial, este fue siempre más elevado que lo observado como valor medio en el país, lo que da cuenta de que, en una medida o en otra, la mortalidad de la población de la capital muestra un comportamiento anómalo que demanda atención.

Desde la perspectiva del comportamiento de la **tasa de mortalidad infantil** aparecen elementos importantes a resaltar (figura 3).

Figura 3. Cuba y La Habana. Tasa de mortalidad infantil



Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

Es necesario dar cuenta aquí de que el indicador de mortalidad infantil que se utiliza difiere de aquel que se construye exclusivamente con los nacimientos y las defunciones de menores de un

año debido a los defectos que presenta cuando se trata de abordar el estudio de este fenómeno en poblaciones pequeñas, en los que se recomienda precisamente la utilización del valor esperado

de la probabilidad de morir a la edad 0, como ha sido el caso para este trabajo. Además, para poder rescatar la tendencia real de los indicadores, se ha hecho a partir de períodos trianuales corridos, lo que ha permitido evitar que el análisis se vea afectado por las oscilaciones bruscas que aparecen a un bajo nivel territorial.

Véase entonces en la figura 3 que el nivel de la mortalidad infantil de la provincia no difiere de manera significativa del observado a nivel nacional, por lo que se puede apreciar un entrelazamiento de las curvas del indicador, tanto para hombres como para mujeres, de Cuba y de La Habana. Nótese adicionalmente que, en el caso de los hombres, el indicador provincial se sitúa claramente por debajo de lo registrado en el país hacia finales del período, mientras que en las mujeres se conserva cierto nivel de sobremortalidad infantil, aunque en cotas muy similares. Esta semejanza a nivel de la capacidad de supervivencia de los menores de un año contrasta con lo que se comentara con anterioridad con relación al nivel general de la variable en el sentido de la notable sobremortalidad de la población de la provincia, lo que permitiría presumir que el avance que se ha logrado a nivel infantil no parece verse acompañado por un progreso similar en el resto de las edades.

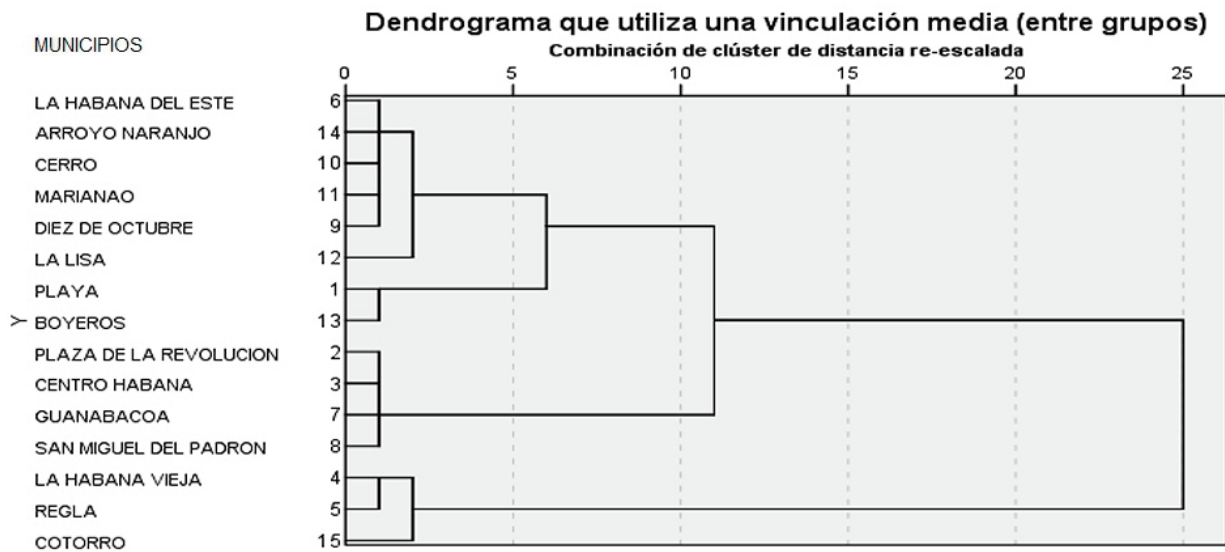
Llama la atención la clara tendencia a la aproximación de los niveles de mortalidad infantil entre los sexos para los últimos tres trienios, conducida por el rápido avance que han experimentado los hombres, en los que se ha cerrado de manera notable su sobremortalidad con relación a las mujeres en ese primer tramo de la vida. Ello da igualmente cuenta del hecho de que el sexo masculino ha estado beneficiándose de manera preferente con relación al femenino, cuando lo que se describe en la literatura especializada y a partir de la experiencia internacionales es precisamente lo contrario, que las mujeres se favorecen más del progreso médico y del mejoramiento de las condiciones de vida y de supervivencia (Bourgeois-Pichat, 1952; Madigan, 1957; Bourgeois-Pichat, 1977; Pressat, 1983; Vallin, 1993; Albizu-Campos, 2014).

De la misma forma, la evidencia pone de manifiesto que el patrón de mortalidad infantil de la capital no es homogéneo. Pareciera que el color de la piel (condición biológica individual), por lo que históricamente ha representado, expresa 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. Ello incluso se aprecia en la manifiesta sobremortalidad de la población infantil no blanca de la capital del país. Véase incluso, durante el período 2005-2011, cuando en la población no blanca se alcanzaban cotas de mortalidad infantil mínimas históricas, en los no blancos se verificaba un incremento sostenido del indicador y aunque hacia 2014 pareciera haberse instaurado un proceso de claro mejoramiento en ellos, el nivel aún permanece significativamente superior que el que se verifica en los blancos. El rol actual del color de la piel como marcador de riesgo diferencial frente a la muerte nos 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 la capital, en particular, dejando una huella indeleble en valores, construcciones sociales y comportamientos de los individuos, muy a pesar de los esfuerzos neutralizadores de tal desigualdad que se han realizado en las últimas casi seis décadas (Albizu-Campos, 2008).

La sobremortalidad en los niños no blancos demuestra que los factores que se encuentran detrás de la acción única o combinada de las enfermedades y causas de muerte que los afectan, 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-religioso-culturales que exigen un abordaje multidisciplinario y que, de no tenerse en cuenta, podrían hacer fracasar cualquier intento de mejoramiento de la sobrevivencia infantil en la provincia.

De la misma manera que ocurre a nivel de toda la población, tampoco a nivel municipal se verifica un comportamiento homogéneo de la mortalidad infantil (figura 4).

Figura 4. La Habana. Cluster jerárquico según nivel de mortalidad infantil de los municipios. 2001-2003 a 2012-2014.



Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

De igual modo en que fue descrita para la mortalidad de toda la población, en el caso de la mortalidad infantil también se observan claras agrupaciones según el ranking en que se clasificaron los municipios de acuerdo a su proximidad con el nivel provincial y su intervalo de confianza. En ese sentido, los municipios Playa y Boyeros, al igual que en la mortalidad general, vuelven a distinguirse por mostrar los más bajos niveles de mortalidad infantil en el período que cubre el presente estudio. En segundo lugar, mostrando un nivel semejante al de la provincia, aunque ligeramente inferior, se concentran Habana del Este, Arroyo Naranjo, Cerro, Marianao, Diez de Octubre y La Lisa, que aun teniendo una mortalidad infantil algo menor que el promedio del grupo, sí tiene un significativo grado de proximidad con estos últimos.

Luego aparecen agrupados los municipios Plaza de la Revolución, Centro Habana, Guanabacoa y San Miguel del Padrón. Deben señalarse los casos

de Plaza y Guanabacoa, que en el caso de la mortalidad infantil muestran un nivel que los asemeja más a municipios en los que el nivel general de la mortalidad es mayor que la de ellos. Si en ese caso se encontraban entre los territorios que mayor progreso mostraban, en los menores de un año se colocan entre aquellos que tienen una mortalidad infantil media-alta, por encima del promedio provincial y ligeramente semejantes a los de mayor nivel en la provincia. En ese último grupo, significativamente por encima de los demás municipios y, lógicamente, del nivel provincial, se sitúan la Habana Vieja, Regla y Cotorro. La Habana Vieja y Regla, de la misma manera en que lo hicieron a nivel de la mortalidad general, se muestran como los territorios de mayor mortalidad infantil de La Habana y a ellos se une Cotorro, que antes había sido de los que estaba por debajo del nivel provincial, pero en cuanto a la mortalidad infantil se coloca entre los de mayor nivel.

Tabla 1. La Habana. Grupos de municipios según el nivel de la mortalidad. 2001-2003 a 2012-2014

| Nivel | Tasa bruta tipificada de mortalidad | | Tasa de mortalidad infantil | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| | Municipio | Nivel medio | Municipio | Nivel medio |
| Bajo | Playa Plaza de la Revolución Habana del Este Boyeros La Lisa | 6,666 | Playa Boyeros | 3,538 |
| Medio bajo | Cotorro Guanabacoa Diez de Octubre | 7,079 | La Lisa Habana del Este Arroyo Naranjo Diez de Octubre Cerro Marianao | 4,126 |
| Medio alto | Marianao | 7,299 | San Miguel del Padrón Plaza de la Revolución Centro Habana Guanabacoa | 4,563 |
| Alto | Regla Cerro San Miguel del Padrón Centro Habana Habana Vieja Arroyo Naranjo | 7,673 | Cotorro Habana Vieja Regla | 6,334 |
| LA HABANA | 7,129 | | 4,197 | |
| CUBA | 6,384 | | 4,668 | |

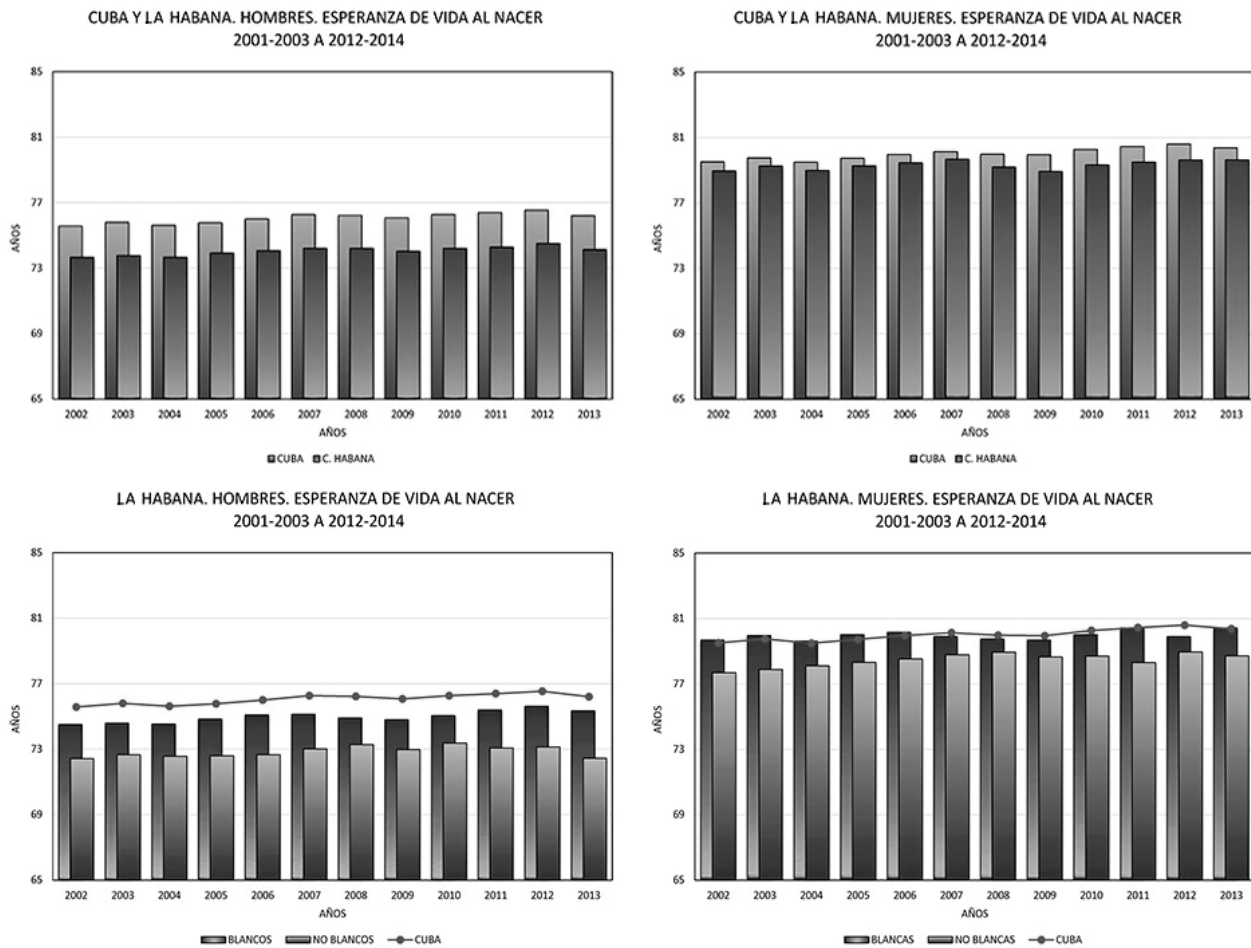
Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

Los indicadores resúmenes de la tabla 1 permiten algunas afirmaciones sobre algunos de los rasgos fundamentales de la mortalidad en la provincia. Como ya se había adelantado, a nivel de la mortalidad de toda la población, cualquiera que sea el grupo en que se encuentren los municipios de La Habana, siempre mostrarán un nivel medio de mortalidad claramente superior al de Cuba. Luego, el orden que adoptan los municipios a partir de la tasa bruta tipificada de mortalidad no siempre se ve acompañado por un ordenamiento

similar en lo que respecta a la mortalidad infantil, indicador que, a nivel de la capital, mayoritariamente se sitúa por debajo del nivel nacional, con las notables excepciones de los municipios Habana Vieja y Regla, que además se encuentran en el grupo de nivel alto de mortalidad de toda la población, y los cuales se les une Cotorro para el caso de los menores de un año.

Luego, a nivel de la **esperanza de vida al nacer**, la población de La Habana se sitúa claramente por debajo de lo que se observa a nivel nacional (figura 5).

Figura 5. Cuba y La Habana. Esperanza de vida al nacer



Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

La población de la provincia, hacia el trienio de 2012-2014, tenía una esperanza de vida al nacer que en promedio se situaba en 77 años, claramente por debajo de 78,24 años que en promedio alcanza la población de Cuba. Y es de destacar el hecho de que se aprecia, en uno como en otro sexo, un descenso hacia el trienio 2012-2014, en un proceso de deterioro de la capacidad de supervivencia que se verifica en ambos niveles, provincial y nacional.

El segundo rasgo específico que se hace notable de la figura anterior es la persistente oscilación

que muestra la esperanza de vida al nacer tanto en Cuba como en La Habana. Esta es una característica que ha estado acompañando la evolución del indicador desde al menos la mitad de la década de 1980 (Albizu-Campos, 2014, p. 12); pone de manifiesto la presencia de un fenómeno que ha sido dado en llamar de "fragilidad demográfica" (Albizu-Campos, 2014, pp. 33 y 235) y hace retroceder la capacidad de supervivencia de la población frente a las coyunturas.

Tabla 2. Cuba y La Habana. Esperanza de vida al nacer, por sexos y color de la piel. 2012-2014. En años

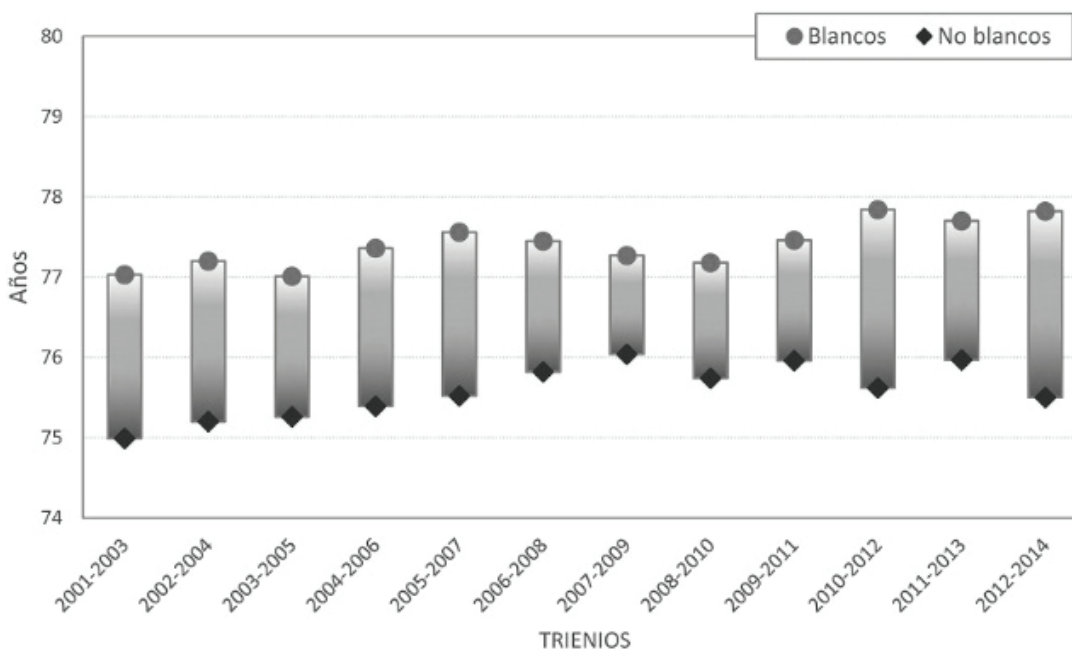
| Territorio Sexo | Todos | Diferencial por sexos | Color de la piel | | | | |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | Blancos | Diferencial por sexos | No blancos | Diferencial por sexos | Desventaja de no blancos |
| Cuba | | | | | | | |
| Ambos sexos | 78.24 | 4.17 | 78.88 | 3.98 | 77.11 | 4.49 | -1.77 |
| Hombres | 76.20 | | 76.94 | | 74.92 | | -2,02 |
| Mujeres | 80.37 | | 80.92 | | 79.41 | | -1,51 |
| La Habana | | | | | | | |
| Ambos sexos | 77.01 | 5.50 | 77.82 | 5.08 | 75.50 | 6.26 | -2.32 |
| Hombres | 74.13 | | 75.34 | | 72.45 | | -2.89 |
| Mujeres | 79.63 | | 80.42 | | 78.71 | | -1,71 |
| Diferencia de La Habana respecto a Cuba | | | | | | | |
| Ambos sexos | -1.23 | 1.33 | -1.06 | 1.10 | -1.61 | 1.77 | |
| Hombres | -2.07 | | -1.60 | | -2.47 | | |
| Mujeres | -0.74 | | -0.50 | | -0.70 | | |
| FUENTE: Ídem gráfico 1. | | | | | | | |

Fuente: Elaboración de los autores a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2001-2014.

Como ocurre con los indicadores antes comentados, se percibe con claridad el fenómeno de una menor esperanza de vida al nacer en la capital. Y ello a pesar de que se trata del territorio en el que se encuentra enclavada la infraestructura de salud más desarrollada del país. En promedio, la desventaja de la esperanza de vida al nacer de La Habana alcanza 1,23 años menos que lo que se observa en el país. Esta desventaja en capacidad de supervivencia se verifica tanto en hombres como en mujeres, aunque es notable en el sexo masculino, en el que como promedio es algo más de 2 años (tabla 2).

Véase que igualmente se confirma independientemente del color de la piel de que se trate, aunque significativamente más aguda en el caso de la población no blanca, en cuyos hombres se alcanza un déficit próximo a 2,5 años, lo que eleva la desventaja promedio de esa subpoblación a 1,6 años, dando cuenta de una diferenciación neta en términos de capacidad de supervivencia que está claramente determinada por esa característica, de naturaleza eminentemente biológica, pero que es depositaria de procesos históricos que dan cuenta de desigualdades que aún hoy encuentran vías de reproducción en el país (Albizu-Campos, 2005) y que en la capital parecen ser particularmente evidentes (figura 6).

Figura 6. La Habana. Esperanza de vida al nacer. 2001-2003 a 2012-2014



FUENTE: Albizu-Campos E., J.C., 2015, Estimaciones propias a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2000-2013, y Anuarios Demográficos, años respectivos

Fuente: Estimaciones propias a partir de Bases de Datos de Certificados de Defunción, 2000-2013, y Anuarios Demográficos, años respectivos.

Aun cuando el diferencial por color de la piel llega a alcanzar un mínimo en el trienio 2007-2009, en los trienios subsiguientes retornó a las cotas anteriores, situándose en máximos en 2010-2012 y 2012-2014. Nótese incluso, en la tabla 2, que el diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer de la población excede con claridad los 6 años. Si bien ese indicador en La Habana en promedio alcanza los 5,50 años, nivel que en la literatura especializada se considera como correlativo al de la esperanza de vida al nacer, solo en países donde la capacidad de supervivencia es claramente superior al de la capital y al de Cuba, puede encontrarse una ventaja femenina semejante o superior, y es en esos contextos en los que se verifica un desarrollo del sector de salud y de la tecnología médica claramente superior a lo que se encuentra en el país y que han beneficiado particularmente al sexo femenino. Ello podría contribuir a explicar que se su-

peren los 6 años de diferencial, pero no siendo el caso de Cuba ni de La Habana, habría que necesariamente indagar sobre cuáles condiciones económico-ambientales, sociales-grupales-individuales y político-religioso-culturales se hallan en el origen del comportamiento *sui generis* que muestran los indicadores de mortalidad de la capital del país y que dan cuenta de un depósito particularmente negativo en la población de color de piel no blanca.

De la misma forma, en términos de las causas de muerte que afectan a la población de La Habana y vistas a partir de las primeras, pareciera que el patrón nacional tiene un claro reflejo en el de la provincia y las diferencias radican en algún que otro cambio del lugar que ocupan las entidades individuales dentro del conjunto. La diferencia más clara se da en el nivel de las tasas de mortalidad de cada una de ellas cuando se comparan ambos niveles territoriales (tabla 3).

Maydée Vázquez Padilla y Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira

Tabla 3. Cuba. Principales causas de muerte. 2014

| CUBA. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. 2014. | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|
| Código | Descripción | Defunciones | Porcentaje | Tasas |
| I219 | Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación | 6546 | 6.8 | 5.9 |
| C349 | Tumor maligno de los bronquios o pulmón, parte no especificada | 5302 | 5.5 | 4.8 |
| I251 | Enfermedad aterosclerótica del corazón | 4759 | 4.9 | 4.3 |
| J159 | Neumonía bacteriana, no especificada | 3691 | 3.8 | 3.3 |
| F03X | Demencia, no especificada | 3405 | 3.5 | 3.1 |
| I259 | Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada | 3172 | 3.3 | 2.8 |
| C61X | Tumor maligno de próstata | 2819 | 2.9 | 2.5 |
| I639 | Infarto cerebral, no especificado | 2489 | 2.6 | 2.2 |
| J440 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección de las vías respiratorias | 2489 | 2.6 | 2.2 |
| I619 | Hemorragia intracefálica, no especificada | 2070 | 2.1 | 1.9 |
| Subtotal | | 36742 | 38.0 | |
| TOTAL | | 96328 | 100.0 | |
| FUENTE: DNE-MINSAP. 2015. Base de datos de certificados de defunción, 2014. | | | | |
| LA HABANA. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE. 2014. | | | | |
| Código | Descripción | Defunciones | Porcentajes | Tasas |
| I219 | Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación | 1692 | 7.7 | 8.1 |
| C349 | Tumor maligno de los bronquios o pulmón, parte no especificada | 1251 | 5.7 | 6.0 |
| I251 | Enfermedad aterosclerótica del corazón | 1230 | 5.6 | 5.9 |
| I259 | Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada | 1136 | 5.1 | 5.4 |
| J159 | Neumonía bacteriana, no especificada | 881 | 4.0 | 4.2 |
| F03X | Demencia, no especificada | 745 | 3.4 | 3.5 |
| J440 | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección de las vías respiratorias | 625 | 2.8 | 3.0 |
| I639 | Infarto cerebral, no especificado | 603 | 2.7 | 2.9 |
| C61X | Tumor maligno de próstata | 582 | 2.6 | 2.8 |
| I619 | Hemorragia intracefálica, no especificada | 464 | 2.1 | 2.2 |
| Subtotal | | 9209 | 41.7 | |
| TOTAL | | 22063 | 100.0 | |

Fuente: DNE-MINSAP. (2015). Base de datos de certificados de defunción, 2014.

Véase que el listado de entidades es el mismo, solo que se ordenan de manera diferente en cada uno de los niveles territoriales analizados, exceptuando las tres primeras: infarto agudo de miocardio, tumor maligno de tráquea o pulmón y enfermedad arterioesclerótica del corazón. Aunque la primera y tercera en cada caso son de origen cardiovascular y diferentes de la segunda, que es el tipo de tumor de mayor letalidad tanto en el país como en la capital, las tres comparten su significativa relación con los hábitos de vida y consumo de la población notablemente tóxicos, como el tabaquismo y el alcoholismo (Muñoz-Pérez y Nizard, 1993), y de reconocida incidencia en el comportamiento de la mortalidad y la capacidad de supervivencia de la población cubana (Albizu-Campos, 2002, pp. 127-136, 183-184).

Otras causas de muerte, además de compartir vínculos de igual naturaleza a factores ya antes

comentados, también revelan la presión sobre la calidad del medio ambiente en el cual la población debe desarrollar las actividades de la vida, como las neumonías bacterianas y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con infección de las vías respiratorias. A ellas añaden su incidencia la isquémica crónica del corazón, el infarto cerebral, la hemorragia intracefálica, la demencia y el tumor maligno de próstata, completando así un cuadro epidemiológico en el que predominan las llamadas causas de muerte difícilmente evitables en la actualidad (Taucher, 1978), pero en el que también, y aunque no aparecen entre las diez primeras, se combinan otras causas de muerte infecciosas, parasitarias y respiratorias, así como las llamadas reemergentes, como la tuberculosis, que evidencian el carácter aún incompleto que tiene el proceso de transición epidemiológica experimentado por la población cubana y notablemente la de la capital.

Conclusiones

En todo caso, se trata de una provincia donde el nivel de la mortalidad es de los más elevados en el país, aunque a nivel de la mortalidad infantil se halle en mejores condiciones. No puede comprenderse el comportamiento de esta variable demográfica en la capital sin reconocer el hecho de que a su interior se hallan “múltiples Habanas” (Íñiguez y otros, 2014) y hay grupos humanos especialmente afectados por un patrón de riesgo de muerte diferenciado que se ancla en procesos de profundas raíces históricas y cristaliza en maneras de morir sujetas a la influencia de múltiples factores que escapan a la ascendencia exclusiva del sector de la salud y demandan un abordaje multidisciplinario.

El énfasis en el “desarrollo social” en detrimento y divorciado del desarrollo económico impide ofrecer una visión más sólida y global de la interrelación sistemática de las condiciones sociales y las económicas, por un lado, y el comportamiento de las variables demográficas, por otro. 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 de la capital, en general, y no blanca, en particular. No existen problemas de población, sino poblaciones con problemas. ¿De qué sirve ofrecer ciertos servicios a partir del desarrollo unilateral de algunos sectores, u ofrecer recursos a familias o a mujeres con determinadas características para que tengan hijos adicionales si lo que en esos casos se tiene es una acumulación de otras necesidades cuya satisfacción ha sido pospuesta durante mucho tiempo?

Por consiguiente, esos recursos suplementarios se utilizarán para satisfacer esas necesidades, pero no para aumentar el número de hijos. Sobre todo si su nivel de vida es tan precario que cada nuevo hijo se percibe como un riesgo inmediato para la supervivencia del resto de los miembros de la familia. Así, el problema no es que la población tenga una fecundidad baja sino la incapacidad de las familias de satisfacer sus necesidades básicas crecientes, lo que finalmente termina traducándose en una erosión de su capacidad de supervivencia.

En este caso, esa sobremortalidad de la provincia con relación al nivel medio del país puede también entenderse como una expresión, a nivel biológico, de la acción combinada de un conjunto de factores que escapan del control exclusivo desde el sector de la medicina y de sus programas, y terminan por coartar la eficacia de la acción de la más desarrollada infraestructura de salud y mejor tecnología médica del país.

Referencias bibliográficas

- ALBIZU-CAMPOS, J. (2002). *Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90* (Vol. 1). Ciudad de La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana.
- ALBIZU-CAMPOS, J. (2005). Cuba. La muerte y el color. *Revista Electrónica Zacatecana de Población y Sociedad*, 6(26).
- ALBIZU-CAMPOS, J. (2008). Contrapunteo cubano de la muerte y el color. *Revista Electrónica Novedades en Población*, 4(7), 74-266.
- ALBIZU-CAMPOS, J. (2014). *Mortalidad en Cuba* (Vol. 1). La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1952). Essai sur la mortalité biologique de l'homme. (INED, Ed.). *Population* (7), 233-280.
- BOURGEOIS-PICHAT, J. (1977). Future outlook for mortality decline in the world. En *Prospects of populations: Methodology and assumptions. Papers of the ad-hoc group of experts on demography projections* (pp. 227-292). New York, USA: United Nations.
- GARCÍA, R. (1990). *Primer taller sobre prioridades de investigación en materia de mortalidad en Cuba*. Universidad de La Habana, CEDEM. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana.

Maydée Vázquez Padilla y Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira

- GARCÍA, R. (1996). *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico* (Vol. 1). Ciudad de La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos.
- INSIE-CEDEM. (1990). *La esperanza de vida en Cuba y provincias, período 1986-1987*. Ciudad de La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- ÍÑIGUEZ, L., y otros. (2014). *Las tantas Habanas: Estrategias para comprender sus dinámicas sociales*. La Habana, Cuba: Editorial Universitaria.
- MADIGAN, F. (1957). Are sex mortality differentials biological caused? *Milbank Memorial Fund Quarterly* (35), 202-224.
- MUÑOZ-PÉREZ, F., y NIZARD, A. (1993). Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre de décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986. (Ed. INED). *Population* (3), 571-608.
- MUÑOZ-PÉREZ, F., y NIZARD, A. (1993). Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Incidence de la consommation d'alcool et de tabac sur la mortalité. (Ed. INED). *Population* (4), 975-1014.
- PRESSAT, R. (1983). Surmortalité biologique et surmortalité social. *Revue Française de Sociologie* (14), 103-112.
- TAUCHER, E. (1978). Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. *Serie A*(162). Ed. CE-LADE.
- VALLIN, J. (1993). Social change and mortality decline: Women advantage achieve or re-gained? En J. E. Vallin, *Women position and demographic change* (pp. 190-212). Oxford, United Kindom: Oxford Clarendon Press.