

Novedades en Población (Año 2 no. 3 2006)	Título
CEDEM - Centro de Estudios Demograficos, Universidad de La Habana - Compilador/a o Ed;	Autor(es)
La Habana	Lugar
CEDEM - Centro de Estudios Demograficos, Universidad de La Habana	Editorial/Editor
2006	Fecha
	Colección
Población; Demografía; Cuba;	Temas
Revista	Tipo de documento
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Cuba/cedem-uh/20100330090505/enlaces.pdf	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Titulo**Autores**

Cuba. Envejecimiento, Salud y Uso de los Servicios de Salud.

[Descargar](#)

- MSc. Madelín Gómez León
madelin@cedem.uh.cu
*Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana*

Cuba. Estructura de la fecundidad en los noventa.

[Descargar](#)

- Lic. Nodalys González Soto
nodalys@cedem.uh.cu
*Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana*

Políticas de población en América Latina. Estudio de caso: Cuba.

[Descargar](#)

- Dr. Raúl Hernández Castellón
raul@cedem.uh.cu
*Centro de Estudios Demográficos,
Universidad de la Habana*

Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba 1998 - 2002.

[Descargar](#)

- Dr. Lorenzo Herrera León
lorenzo@cedem.uh.cu
*Centro de Estudios Demográficos,
Universidad de la Habana*
-

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
UNIVERSIDAD DE LA HABANA**

***Cuba.
Envejecimiento, Salud y Uso de los Servicios de Salud.***

Msc. Madelín Gómez León.

Ciudad de La Habana
Octubre, 2006.

© MSc. Madelín Gómez León, 2006
© Sobre la presente edición:
Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
de la Universidad de La Habana, 2006
Avenida 41 No 2003, Playa. Ciudad de la Habana
Cuba
ISBN: 959-7005-49-2



9789597005490

Tabla de Contenido

Capítulo	Página
Introducción	7
1. Aspectos Teórico-Methodológicos	9
1.1 Antecedentes	9
1.2 Enfoques teóricos	12
1.2.1 Teoría de la Transición Demográfica	12
1.2.2 Teoría de la Transición Epidemiológica	14
1.2.3 Teoría de la Transición Sanitaria	16
1.2.3.1 Evolución de los sistemas de salud	17
2. El envejecimiento de la población	20
2.1 El envejecimiento en Cuba	21
2.2 Comportamiento del envejecimiento en Ciudad de La Habana	23
2.2.1 Estado de salud	29
2.2.2 Factores socio-económicos relacionados con las limitaciones en las actividades de la vida diaria y la percepción de salud	33
2.3 Reflexiones parciales	36
3. El Sistema Nacional de Salud en Cuba	38
3.1 La Atención al Adulto Mayor en Cuba	41
3.2 Reflexiones parciales	47
4. Utilización de los servicios de salud por parte de los adultos mayores según características socio-económicas	48
4.1 Consultas al médico	50
4.2 Hospitalización	56
4.3 Consumo de medicamentos	62

Tabla de Contenido (Continuación)

4.4 Reflexiones parciales	70
Reflexiones finales	71
Bibliografía	73
Anexos	76

Tabla de Cuadros

No.	Título	Pág.
1	América Latina y el Caribe: Situación de los países según la etapa de la Transición Demográfica. Quinquenios 1950-1955, 1985-1990, 1995-2000	13
2	Porcentaje de la población de 60 años y más en Cuba y en las provincias más envejecidas. Año 2001	23
3	Población de Ciudad de La Habana de 60-74 y 75 años y más por grupos de edad según sexo. Año 2000. Porcentaje	24
4	Ciudad de La Habana, población de 60 años y más por grupos de edad y sexo según estado ocupacional al momento de la encuesta. Año 2000. Porcentaje ..	25
5	Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según niveles del índice socioeconómico. Año 2000	26
6	Porcentaje de población de 60 años y más según tipo de arreglo familiar por edad y sexo. Año 2000	27
7	Porcentaje de población que recibe algún tipo de ayuda, por edad y sexo. Año 2000	28
8	Porcentaje de población de 60 años y más según percepción del estado de salud por sexo y grupos de edad. Año 2000	29
9	Porcentaje de población de 60 años y más según realización de actividades físicas por grupos de edades y sexo. Año 2000	30
10	Cuba. Tipos de servicios orientados a los adultos mayores. Años seleccionados	45
11	Porcentaje de adultos mayores que asisten a los servicios médicos, según adonde asistieron por sexo	49
12	Ciudad de La Habana. Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron en los últimos 4 meses por sexo. Año 2000	56

Tabla de Figuras

No.	Título	Pág.
1	Cuba. Estructura de la población. Real y proyecciones. Años seleccionados	22
2	Porcentaje de enfermedades según sexo y edad	31
3	Limitaciones en las ABVD y en las AIVD según sexo y grupos de edad. Porcentajes	32
4	Probabilidad de percibirse en buena salud teniendo en cuenta cambios en variables socioeconómicas (Probit Regression Model)	35
5	Cuba, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil. Años seleccionados.	39
6	Cuba. Estructura de las defunciones por edad. Años seleccionados	40
7	Porcentaje de adultos mayores que asisten a consulta según características socio- demográficas y sexo	50
8	Porcentaje de adultos mayores que asisten a consulta según cantidad de enfermedades crónicas por sexo	52
9	Porcentaje de adultos mayores que realizan consulta según enfermedad y sexo	53
10	Porcentaje de adultos mayores que realizan consulta según características socio-económicas y sexo	54
11	Porcentaje de adultos mayores que hacen consulta según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo	55
12	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según cantidad de enfermedades crónicas. Ambos sexos	57
13	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según enfermedades y sexo	58

Tabla de Figuras (Continuación)

No.	Título	Pág.
14	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según variables socio- demográficas y sexo	59
15	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según características socio-económicas y sexo	60
16	Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo	61
17	Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según cantidad de medicinas y sexo	63
18	Porcentaje de adultos mayores que consumen medicinas según edad, enfermedades crónicas o deterioro cognitivo, limitaciones y autopercepción de salud por sexo	64
19	Porcentaje de adultos mayores que presentan enfermedades crónicas o deterioro cognitivo según cantidad de medicamentos por sexo	65
20	Porcentaje de adultos mayores que pagan medicinas según el gasto en medicina por sexo y edad	66
21	Porcentaje de adultos mayores que reciben algún ingreso por sexo y edad .	67
22	Porcentaje de adultos mayores según como efectúan pago de medicamentos por sexo y edad	68
23	Porcentaje de la Población Adulta Mayor que recibe alguna ayuda según enfermedades, limitaciones y percepción de salud por sexo	69
24	Figura 25. Porcentaje de los adultos mayores con Limitaciones Funcionales según si recibe apoyo por sexo	69

Introducción

Se ha documentado científicamente la relación que existe, entre los cambios socio-económicos y los cambios demográficos a través de la historia de la humanidad, tanto en uno como en otro sentido.

En la actualidad, en cuanto a los temas de población se refiere, se pone énfasis en el aumento del nivel de vida y el desarrollo social, no sólo en lo relacionado con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las muertes por causas evitables, sino también en cuanto a la calidad de vida de esos años que se ganan, teniendo en cuenta el estado de salud, así como las condiciones socio-económicas en que se van a vivir.

Teniendo en cuenta las características de Cuba como país en vías de desarrollo, con el alto nivel de envejecimiento de su población, se estudiará en el presente trabajo varios aspectos, cual es la situación del proceso de envejecimiento en nuestro país y específicamente en Ciudad de La Habana, a través del perfil sociodemográfico de los adultos mayores.

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud es el encargado de proveer los servicios de salud de la población cubana, y cuenta con programas específicos para la atención de determinados sectores de la población, teniendo en cuenta las características del acelerado proceso de envejecimiento en el país, y las condiciones de salud de los adultos mayores, otro de los temas a abordar es el relacionado con algunos de los retos que debe enfrentar el Sistema Nacional de Salud en este sentido.

Se pretende con la realización de esta investigación, contribuir al estudio del envejecimiento de los adultos mayores en el país, a partir de la elaboración del perfil sociodemográfico de los adultos mayores de Ciudad de La Habana en el año 2000, así como identificar aquellos factores socio-económicos que puedan estar incidiendo en la utilización de los servicios de salud, por parte de los adultos mayores, para contribuir a la elaboración de las estrategias a corto y mediano plazo de las políticas sociales y de salud, encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida y la esperanza de vida saludable, en las condiciones del rápido envejecimiento que presenta Cuba.

Para la realización de este trabajo se consultaron fuentes de información relacionadas con los procesos de transición demográfica, transición epidemiológica y la transición sanitaria. Por otro lado también se consultó bibliografía especializada en el tema del envejecimiento en Cuba y en el Mundo para conocer su situación actual. Se obtuvo información demográfica y de salud a partir de los Anuarios Demográficos y Estadístico de la Oficina Nacional de Estadísticas y de los Anuarios Estadísticos de Salud de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública. La información de las condiciones de vida de este grupo de la población se obtuvo a partir de la Encuesta SABE, del año 2000.

También se contó con información sobre el funcionamiento de los sistemas de salud, y específicamente sobre el de Cuba, a partir de bibliografía consultada en el Ministerio de Salud Pública, la Dirección Nacional de Salud Pública y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad.

El trabajo se basó en el análisis descriptivo de la información recopilada, de las estimaciones de las prevalencias de los indicadores seleccionados a partir de los datos ponderados; análisis estadístico bivariado y multivariado para estudiar la asociación de las variables de interés.

1. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

1.1 Antecedentes

El cambio en la estructura por edades de la población tiene como una de las principales consecuencias, el envejecimiento de la población, situación que presentan numerosos países desarrollados que se encuentran en la última etapa de la transición demográfica. Esta situación se está presentando en algunos países subdesarrollados. Aunque existe mucha heterogeneidad entre ellos, los que se encuentran en las últimas etapas de la transición demográfica como Uruguay, Argentina y Cuba en América Latina ya presentan un avanzado proceso de envejecimiento¹.

Entre los principales temas del debate internacional actual, se encuentran los cambios demográficos y su impacto en la sociedad. A diferencia de lo que sucedió en los países desarrollados, que primero tuvieron un desarrollo económico, y luego envejeció su población en un período relativamente largo de tiempo, para los subdesarrollados no sucede así; sino que, en un período relativamente corto, y en ausencia de desarrollo que sustente las necesidades mínimas de un amplio sector de la población, se enfrentan al proceso de envejecimiento. Esto implica un importante desafío tanto para las familias de estas personas como para los gobiernos.

El tema del envejecimiento se viene estudiando en el país desde décadas atrás por diversas instituciones y especialistas en la materia.^{2, 3, 4}. En este sentido, las investigaciones han apuntado sobre la proporción y las consecuencias que en términos demográficos y para la sociedad, que representa el aumento de las personas adultas mayores en el país.

¹ Chackiel, Juan, *La dinámica demográfica en América Latina*, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004.

² Hernández Castellón, Raúl, *El Proceso de La Revolución Demográfica en Cuba*, Editorial Ciencias Sociales. 2da Edición, Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos, mayo, 1986.

³ Hernández Castellón, Raúl, *Los Modelos de Atención a los Adultos Mayores en Cuba. Algunas consideraciones*, en Revista Novedades en Población. Difusión de los resultados científicos, de la necesidad a la realidad, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de la Habana, no. 1, enero-junio del 2005.

⁴ Benítez Pérez, María Elena, *Cuba. El Sistema de Salud frente a una población que envejece*, en la Octava Conferencia de Actuarios y Financistas a nivel internacional, Montevideo, Uruguay, Junio 2003.

En 1985 se realizó una encuesta para indagar sobre los Adultos Mayores a escala territorial, la Encuesta Nacional de Personas de 60 años y más, solicitada por el Ministerio de Salud Pública y acometida por el Instituto de Investigaciones Estadísticas del entonces Comité Estatal de Estadísticas (CEE) hoy Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), la cual posibilitó en aquella época tener un acercamiento a las características de los adultos mayores. Recientemente, en el año 2000, se elaboró la Encuesta del Proyecto Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE), dirigida a estudiar las condiciones de los Adultos Mayores en 7 ciudades de América Latina y el Caribe, en el caso de Cuba se hizo en Ciudad de La Habana. La encuesta estuvo organizada por la Oficina Panamericana de la Salud y realizada en nuestro país por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la ONE y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED).⁵

Desde el punto de vista de la sociedad, a pesar de los análisis y recomendaciones de los organismos internacionales, la mayoría de nuestros países latinoamericanos tienen como prioridad la inversión en salud pública para adolescentes y niños, como grupo poblacional en condiciones de riesgo. En tanto, las necesidades de salud de los adultos mayores, el desarrollo de infraestructuras para una sociedad que envejece, así como la formación académica de los médicos y enfermeras, no reciben en términos relativos toda la atención que requiere.

La OMS es uno de los organismos internacionales que promueve el envejecimiento saludable, y a la vez aboga por una atención especializada en relación con las necesidades de las personas mayores. En la 7ma Conferencia Mundial sobre Envejecimiento en Singapur, se expusieron tres principios a tener en cuenta para mejorar la atención a los adultos mayores:⁶

- Información, educación, comunicación y capacitación para los proveedores de atención de salud.
- Sistemas de manejo de la Atención de Salud.

⁵ Alfonso, Juan C.; León, Esther Ma; Menéndez, Jesús, *Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000*, Centro de Estudios de Población y Desarrollo; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, octubre de 2005.

⁶ Organización Mundial de la Salud, *La OMS lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población*, 6 de septiembre, 2004, Ginebra.

- Entorno físico de los Centros de Atención de Salud.

La *fragilidad*⁷ del individuo depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilidad se gesta, en general, a lo largo de toda la vida y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles: desde la económica, la afectiva y la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana.

La disminución de los años de esperanza de vida saludables en la vejez está provocada por la presencia de enfermedades y discapacidades en las actividades funcionales, que aumentan con la edad⁸, tornando más frágil y dependiente al anciano por lo que puede necesitar apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas.

Esto determina que el aumento de la población de la tercera edad, conduce a una creciente demanda de servicios sociales y de salud, y por tanto, la elevación de los costos económicos en función de su supervivencia y la calidad de esta.

Si las desigualdades en salud son reflejo de las desigualdades sociales que están determinadas por factores socioeconómicos, ambientales y biológicos, entonces la prestación de los servicios de salud actuarían como mecanismos de redistribución de la riqueza, a la vez que constituyen un elemento primordial, junto con la educación, para aumentar el bienestar de la población.

⁷ **Fragilidad:** Es el fallo en la capacidad de integrar, los sistemas biológicos y sociales que se requieren para mantener la independencia del organismo. Concepto extraído de ponencia presentada por el Dr. Enrique Vega, *Longevidad VS Fragilidad*, en Evento Internacional Longevidad Satisfactoria, Ciudad de La Habana, 2004.

⁸ Gómez León, Madelín, *Extensión y calidad de la supervivencia*, trabajo de diploma presentado en opción a la Licenciatura en Economía, Facultad de Economía- Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, julio del 2003.

1.2 Enfoques Teóricos

1.2.1 Teoría de la Transición Demográfica

Este es un proceso, que está muy interrelacionado con factores socioeconómicos específicos, determinados por diferentes contextos históricos para cada país, por lo que, aunque es un proceso que nos sirve de referencia como tendencia general, hay que tener en cuenta las variaciones que se dan en cuanto al inicio de la transición, el valor de las variables que se analizan y su evolución en el tiempo, así como la incidencia de los cambios y diferencias que tienen las sociedades en el tiempo y entre sí.

En este sentido, recientemente autores como Bongaarts y Watkins (1996)⁹ han demostrado que a partir del siglo XX, los países que han iniciado la transición demográfica, lo han hecho a partir de niveles de desarrollo cada vez más bajos, dándole mayor importancia a las interacciones sociales que se establecen a nivel internacional en la actualidad.

Recientemente se han desarrollado investigaciones encaminadas a ampliar o replantear la teoría de la transición demográfica que incluya las experiencias de la evolución demográfica, sobre todo de los países que empezaron su transición en el siglo XX. Beaver (1975)¹⁰, asocia la evolución de la transición demográfica al proceso de modernización¹¹, el desarrollo socio-económico, la industrialización y la urbanización en estos países.

Otros autores, como Caldwell (1976)¹², apuntan que en países donde no se han dado cambios significativos de desarrollo socio-económico o de modernización, la disminución de la fecundidad en específico, se debe al desarrollo y expansión de los medios de

⁹ Bongaarts, John y Susan Cotts Watkins (1996), "Social interactions and contemporary fertility transitions", Population Council Research Division Working Paper, N° 88, Nueva York, Population Council.

¹⁰ Matanyaire, Sandra D., *The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021*, University of the Western Cape., November 2004. p. 16.

¹¹ **Modernización:** Según Naciones Unidas (2002), se define como el resultado de la industrialización, la urbanización, educación, el empoderamiento de la mujer y cambios socio-económicos sustanciales, en Matanyaire, Sandra D., *The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021*, University of the Western Cape., November 2004. p. 16.

¹² Idem 10, p. 18.

comunicación y de educación, que propagan información al respecto. La evidencia empírica del estudio de este proceso, sobre todo para el caso de países de América Latina y el Caribe, demuestra la heterogeneidad en períodos recientes en cuanto al inicio y culminación de la transición y el valor que alcanzan las variables en períodos más cortos. (Cuadro 1)

Cuadro 1. América Latina y el Caribe: Situación de los países según la etapa de la Transición Demográfica. Quinquenios 1950-1955, 1985-1990, 1995-2000.

1950-1955			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Bolivia 2,3 Brasil 2,9 Chile 2,3 Colombia 3,1 Costa Rica 3,1 Ecuador 2,6 El Salvador 2,8 Guatemala 2,8 Haití 1,6 Honduras 3,0 México 2,8 Nicaragua 3,1 Panamá 2,7 Paraguay 3,1 Perú 2,6 R. Dominicana 3,0 Venezuela 3,4		Argentina 1,6 Cuba 1,9	Uruguay 1,1
135,8 millones (84,3%)		23,0 millones (14,3%)	2,2 millones (1,4%)
1985-1990			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Bolivia 2,6 Haití 2,8	Nicaragua 3,2 Guatemala 3,0 Honduras 3,2 Paraguay 3,0	Ecuador 2,4 Perú 2,3 Costa Rica 2,5 Panamá 2,2 Venezuela 2,5 México 2,4 El Salvador 2,3 Colombia 2,1 R. Dominicana 2,3 Brasil 1,9	Chile 1,8 Argentina 1,3 Cuba 1,1 Uruguay 0,8
13,6 millones (3,1%)	20,8 millones (4,8%)	338,5 millones (78,4%)	59,4 millones (13,7%)
1995-2000			
Transición incipiente	Moderada	Plena	Avanzada
Haití 2,1	Guatemala 3,0 Bolivia 2,4 Nicaragua 2,7 Honduras 2,8	Perú 2,0 El Salvador 2,2 Paraguay 2,6 Ecuador 2,0 Venezuela 2,0 México 2,0 R. Dominicana 1,9 Colombia 1,9 Panamá 1,9	Costa Rica 1,8 Chile 1,3 Brasil 1,3 Argentina 1,2 Muy avanzada Uruguay 0,8 Cuba 0,6
8,4 millones (1,6%)	31,1 millones (6,1%)	226,8 millones (44,3%)	245,7 millones (48,0%)

Fuente: Chackiel, Juan, *La dinámica demográfica en América Latina*, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004, diagrama 1, p. 14.

1.2.2 Teoría de la Transición Epidemiológica

Los primeros estudios sobre la relación existente entre los patrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud, y por otro lado los procesos económicos, provienen principalmente de Frederiksen (1969)¹³. No fue hasta 1971, por Omran, que se acuñó el término de *transición epidemiológica*, el cual proporcionó una reconceptualización más acabada sobre la dinámica de las causas de muerte en las poblaciones.¹⁴

La teoría de la transición epidemiológica se define como *el proceso a largo plazo del cambio en las condiciones de salud de una población, incluidos los cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte.*¹⁵

Estos cambios en las condiciones de salud, según Lalonde¹⁶, están relacionados con los siguientes determinantes que interactúan entre sí y determinan los patrones tanto de morbilidad como de mortalidad:

- I. Biología Humana (genética, envejecimiento)
- II. Medio Ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial, y sociocultural)
- III. Estilos de Vida (modos de vida y de consumo)
- IV. El Sistema de Asistencia Sanitaria (sector de salud)

No obstante presentar diferentes manifestaciones por grupos de países, la transición epidemiológica comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en la configuración

¹³ Gómez, Rubén Darío, *La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?*, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, La Habana, septiembre de 2001.

¹⁴ Frenk, Julio, *La Salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>. (Consultado noviembre del 2005)

¹⁵ Idem 13, p. 47.

¹⁶ Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians*, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1994, en *Medicina preventiva y salud pública*, G. Piédrola Gil, J Del Rey Calero, M. Domínguez Carmona, 9na edición, 1994, p. 8.

del perfil de salud de una población, que tiene en cuenta los cambios en la mortalidad, la morbilidad y la incapacidad:

- 1) la composición por causa de la mortalidad
- 2) la estructura por edad de la mortalidad
- 3) el peso relativo de la morbilidad *versus* la mortalidad en el panorama epidemiológico
- 4) el significado social de la enfermedad.

El primer efecto de la transición epidemiológica es un cambio en las principales causas de muerte, pasando de predominar las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción, a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones (como el VIH/SIDA).

El segundo sentido del cambio tiene que ver con la estructura por edad de la mortalidad. Ya que la carga principal de las enfermedades y la muerte se traslada de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. Esto se da como consecuencia de distintos factores sociodemográficos, que hacen que en un inicio, con la disminución de la mortalidad (por causas de muerte infecciosas y parasitarias) aumente la población en las edades más jóvenes, aumentando la supervivencia en el tiempo a edades más adultas, en que empiezan a incidir en mayor medida las enfermedades crónicas y limitaciones funcionales propias de la edad. Este hecho afecta la composición del patrón de la morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada, hace que aumente la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas.

El tercer sentido del cambio epidemiológico estriba en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas, que por definición tienen una mayor duración que los padecimientos agudos. Este hecho se combina con la disponibilidad de servicios y cuidados de salud que permiten prolongar la vida por muchos años. El resultado es un incremento en la prevalencia y la duración de las enfermedades crónicas, así como un descenso de la calidad de la supervivencia.

Como resultado de los cambios anteriores, la transición epidemiológica conlleva a una transformación profunda en el significado social de la enfermedad. La combinación aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente, provoca que la enfermedad pase a ser de un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, a constituirse en un estatus crónico, y que por lo general afecta a las personas de la tercera edad, limitando su bienestar y desarrollo social.

Otro autor, Lerner¹⁷, casi simultáneamente a Omran, presenta un trabajo en el cual postula *la transición de la salud*, concepto más amplio que el desarrollado por Omran, ya que incluye elementos de las concepciones y las conductas sociales en torno a los determinantes de la salud, por lo tanto la transición epidemiológica sería un componente dentro de la transición de la salud o transición sanitaria que analizaremos en el siguiente epígrafe.

1.2.3 Teoría de la Transición Sanitaria.

Desde 1973, y en un contexto más amplio que el propuesto por Omran en la transición epidemiológica, Lerner se refiere a tres estadios secuenciales que él denomina: *baja vitalidad, control creciente de la mortalidad y ampliación de la noción de salud*. Aunque su concepción del cambio era también lineal, Lerner destaca la importancia de los determinantes sociales y de comportamiento en la salud de las poblaciones. En la década de los 80', el término Transición Sanitaria designaba un conjunto de aproximaciones, formuladas como un marco conceptual general y dinámico, explicativo y no solo descriptivo, de las condiciones de salud de las poblaciones¹⁸.

La Transición Sanitaria en su conceptualización más aceptada en el mundo científico, define el estado de salud como *una dimensión gradual del ser humano que oscila entre la salud positiva (concepto que a su vez designa el desarrollo biopsicosocial y el bienestar) y el irreversible estado de la muerte*. Entre ambos extremos existen múltiples estados, que incluyen la enfermedad, y las discapacidades temporales o permanentes.¹⁹

¹⁷ Idem 13, p. 25.

¹⁸ Idem 14, p. 46.

¹⁹ Idem 14, p. 47.

La salud de las poblaciones comprende dos dimensiones que constituirían el objeto de análisis de la teoría: las condiciones de salud y la respuesta que se da a dichas condiciones; ambas categorías corresponden a la Transición Epidemiológica y a la Transición de la Atención Sanitaria, respectivamente.

La Transición Sanitaria no concibe la transición como un período cronológico unidireccional, sino como un proceso dinámico de transformaciones, donde los patrones de salud y enfermedad aparecen, desaparecen o reemergen como respuesta a los cambios demográficos, socioeconómicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos que tienen lugar.

La Transición de la Atención Sanitaria entonces, se definiría como *la transformación que experimentan los patrones de la respuesta social organizada, a las condiciones de salud*. Dichos cambios están determinados en cada región por su grado de desarrollo social, económico y tecnológico, y deberían dar respuesta a la transición epidemiológica.

Al respecto, Frenk resalta que durante la primera mitad del siglo XX se adoptó un modelo de asistencia médica hospitalaria de alta complejidad técnica, al cual siguió un enfoque integral de atención primaria basado en la comunidad. Sin embargo, “en los países de medianos o bajos ingresos, los sistemas de atención continúan sin resolver viejos problemas como las bajas coberturas, la concentración urbana de recursos, el atraso tecnológico y la baja productividad y adicionalmente enfrentan el crecimiento de las instituciones, la diversificación de los recursos humanos, el crecimiento de los costos, la dependencia científica y tecnológica y la calidad deficiente de la atención”.²⁰

1.2.3.1 Evolución de los Sistemas de Salud.

Los regímenes de morbilidad y mortalidad de la población han cambiado como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica, trayendo consigo un aumento de la esperanza de vida, aparejado al incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas. La transición sanitaria como vimos, determina cambios en cuanto

²⁰ Idem 14, p. 49.

a la acción social frente a la prevención y el tratamiento con éxito de enfermedades letales, las cuales, se han logrado controlar a través de la atención a la salud.

Durante la historia de la Atención de Salud en el mundo, se han dado numerosos intentos por alcanzar mejores niveles de salud en el hombre. Los primeros trabajos y debates a nivel internacional se dan a partir de las primeras conferencias sanitarias internacionales y los trabajos de Moll (1940-1945), publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y de Howard-Jones (1974) en Crónicas de la OMS.

No es hasta 1948, con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, que se reconoce el derecho a la salud para todos los pueblos y naciones. Pero este reconocimiento solo se llegó a expresar de manera formal, tuvieron que pasar muchas décadas para que explícitamente se incluyeran objetivos y estrategias en función de este principio. En 1977, en la Asamblea Mundial, se define como objetivo social de los gobiernos y de la OMS para los futuros decenios, *el logro para todos los ciudadanos del mundo de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva*, a través de la Meta de SPT-2000, con el Enfoque de Atención Primaria de Salud.²¹

Los sistemas de salud por lo general miden su accionar en cuanto a indicadores cuantitativos, y que tienen un alto valor social como es el hecho de salvar una vida, reflejado en la tasa de mortalidad, y la mortalidad infantil por ejemplo. No obstante, existen muchas más acciones desde los sistemas de salud que por ser difícil de cuantificar o de comparar, no se analiza su impacto directo en la calidad de vida de la población, y son intangibles, o de difícil medición, como por ejemplo el alivio del dolor y el sufrimiento, la corrección de invalideces y deformidades anatómicas.

La provisión de estos servicios de salud, está organizada por lo general en todos los países a partir de los sistemas de salud, los cuales se crean para dar una respuesta social organizada y estructurada a las condiciones de salud de una población, teniendo una tendencia hacia la creciente complejidad de estos servicios. En función de determinar la provisión del servicio de salud, existe un intenso debate que tiene en cuenta el valor de la

²¹ Montejo de la Torre, Ernesto; López Pardo, Cándido; et al., *Salud para todos. Sí es posible*, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, Capítulo 1, p. 15-24., La Habana, 2004.

salud de la población para la sociedad y por otro los servicios de salud y su forma de proveerlos (si privada o pública).

La participación del Estado en la provisión de los servicios de salud se da a partir de la vinculación de tres mecanismos principales: regulación, financiamiento y prestación directa de servicios. La vinculación directa o no por parte del Estado en uno o más mecanismos determinará el grado de control sobre el servicio final.

Históricamente, es posible identificar cuatro principios que se tienen en cuenta para la provisión de los servicios de salud:

- *el poder de compra*, que simplemente considera la atención de la salud como un elemento más de la economía de mercado;
- *el nivel de pobreza*, que ha sido la base de la asistencia pública mediante la cual el Estado proporciona determinados servicios a quienes carecen de medios para adquirirlos;
- la *prioridad socialmente percibida*, que ha encontrado su expresión en la seguridad social y que permite a ciertos grupos definidos como estratégicos hacer contribuciones financieras para adquirir un derecho efectivo a servicios de salud y otras prestaciones;
- la *ciudadanía*, que implica el acceso universal al definir la atención de la salud como un derecho social de todos los habitantes.

A lo largo de la historia, los países han usado indistintamente uno o varios de estos principios para la provisión de servicios de salud. Por ejemplo, la Unión Europea tiene como objetivos a largo plazo lograr el acceso a la atención sanitaria para todos, un alto nivel de calidad de la oferta, y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.²²

En el caso de numerosos países como Alemania, Australia y Reino Unido, asumen el principio de ciudadanía, presentan 100% de cobertura de salud, por lo que garantizan el acceso universal de la población al sistema de salud. Es de destacar, que según estudios

²² Comisión de la Unión Europea, *El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores. Garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera*, 5 de diciembre, 2001, geninfo/legal_notices_es.html. (Consultado noviembre del 2005)

realizados, los resultados en cuanto a niveles de morbilidad y salud no se comportan de manera homogénea para toda la población, sino que se ha comprobado que están relacionados con las desigualdades socioeconómicas de los diferentes sectores de la población a pesar de contar con el acceso universal.²³

Otros países como México y Costa Rica utilizan una combinación de los dos primeros principios para proporcionar la atención de salud, cofinanciado por el Estado e instituciones privadas, y busca ampliar la cobertura de salud a través de programas dirigidos a determinados sectores como grupos de indígenas entre otros. En Tanzania por ejemplo se usa el principio de la prioridad socialmente percibida, ya que tienen derecho a la atención de salud todos los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 65 años.

2. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

El año 1999 se declaró como "El Año de la Persona Mayor", un claro signo del reconocimiento por la comunidad internacional de que la población mundial está envejeciendo significativamente.

El demógrafo francés Jean-Claude Chesnais señala que el envejecimiento de la población se puede definir también "como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno no es sólo la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de jóvenes menores de 15 años".²⁴

Aunque está en continuo debate el hecho de enmarcar en determinada edad el envejecimiento, que se plantea que la edad cronológica no es un indicador de las capacidades funcionales del adulto mayor, sino que estas varían de acuerdo a cada persona. En la actualidad se distingue la tercera edad a partir de los 60 años y en algunos países europeos 65 años, y se le denomina cuarta edad a partir de los 75 años.

²³ Dror, D., Jacquier, C. *Microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos*, Revista Internacional de Seguridad Social, Vol. 52, Núm. 1, 1999.

²⁴ Marín, Clara, *Envejecimiento de la Población y sus repercusiones sobre el sector de la Salud en Cuba*, CELADE, Santiago de Chile, 1995, p. 8.

Se hace esta diferencia ya que aunque a partir de los 60 o 65 años empiezan a surgir determinados cambios en el organismo y en el comportamiento asociados a la vejez, es en la cuarta edad cuando se ven más evidentes los cambios y limitaciones físicas y mentales que los afectan por lo avanzado de los años, también se usa el término del anciano o viejo frágil, para los mayores de la tercera edad que presentan problemas severos de salud física y mental²⁵, y los de la cuarta edad.

Este aumento de las personas mayores, y sobre todo de los más viejos (85 y más), plantea un reto a la sociedad, que va desde la independencia del anciano tanto económica como social; la atención que necesita por parte de la familia afectiva y material, y los cuidados de salud que se incrementan en las edades avanzadas. Estas presiones demográficas recaerán sobre los sistemas de atención de salud y de seguridad social, tanto económica como social, que precisarán de políticas y programas sociales y económicos que se correspondan con las necesidades de este creciente grupo de la población.

En este sentido, los sistemas de salud deberán atender cada vez a más personas con enfermedades crónico- degenerativas, se introducen cambios en la demanda de equipos médicos, los medicamentos, los tipos de consultas, los servicios de fisioterapia y rehabilitación entre otros servicios asociados al incremento de este sector de la población.

2.1 El envejecimiento en Cuba.

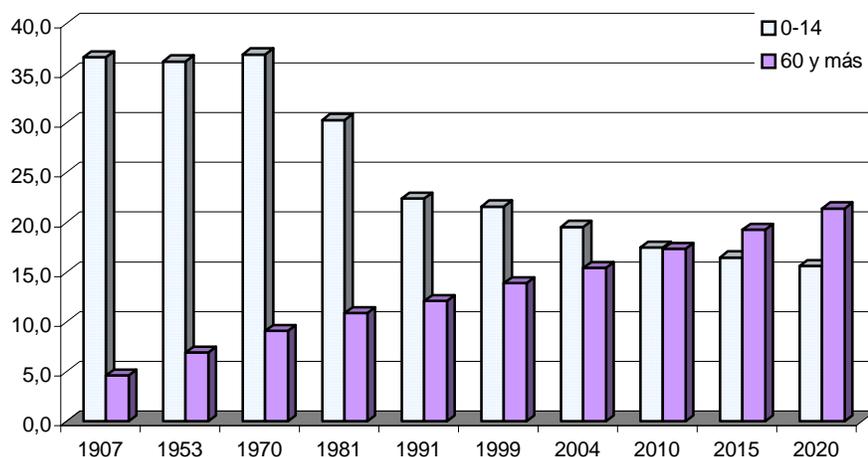
Una de las formas de mostrar gráficamente el envejecimiento de la población de un país es a través de las pirámides de población. A partir de la evolución de la fecundidad y la mortalidad en diferentes períodos, se va invirtiendo la forma de la pirámide, como consecuencia de la disminución de los nacimientos, que hace reducir en el tiempo las cohortes más jóvenes, junto con la disminución de la mortalidad que provoca que más personas lleguen a vivir más años y por tanto se ensancha la pirámide, primero en el centro y posteriormente en la cúspide. Este comportamiento distingue la evolución de la

²⁵ CEPAL, *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Brasil, 2002, p. 78.

población cubana durante los últimos 30 años, proceso por el cual está tendiendo a cambiar la configuración de la pirámide.²⁶

En el (Figura 1) se observa como evoluciona la proporción de jóvenes (0-14 años) con respecto a los adultos mayores (60 y más). Mientras que los jóvenes han seguido un proceso de decrecimiento, como habíamos analizado producto de la disminución de la fecundidad en el tiempo, los adultos mayores han aumentado su proporción. Se espera que esta proporción en el 2010 sea cerca del 17% para los adultos mayores, mientras que los jóvenes serán algo más del 17% de la población total. Hacia el 2020 ya habrá cambiado el sentido de la relación, siendo mayor el porcentaje de la población adulta mayor (21,4%) que el de los jóvenes (15,6%) dentro del total de la población.

Figura 1. Cuba. Estructura de la población. Real y Proyecciones. Años seleccionados



Fuente: Elaboración propia a partir del **Anuario Estadístico de Cuba, 2001**. CEPDE- ONE, Publicación electrónica, ISBN 959-7119-27-7. La Habana, diciembre 2002, II.12, p. 39. y de Información para Estudios en Población y Desarrollo con enfoque de género, 2004. CEPDE-ONE, publicación electrónica. La Habana, diciembre 2004, capítulo I, Capítulo de Proyecciones.

²⁶ Idem 8.

2.2 Comportamiento del envejecimiento en Ciudad de La Habana.

Cuba presenta un avanzado proceso de envejecimiento, en el 2001 la población de 60 años y más representaba el 14.5% del total estando en el segundo grupo de envejecimiento según la última clasificación de CELADE, y ya en el 2004, tenía un 15.4% de población de más de 60 años, clasificando en el último grupo de envejecimiento. Como se observa en el Cuadro 2, se presentan las tres provincias más envejecidas del país. En el año 2004, Villa Clara es la provincia más envejecida con algo más del 18% de población mayor de 60 años, seguida por Ciudad de La Habana, con más de 17% y después Sancti Spíritus, con casi un 17% en ese mismo año.

Cuadro 2. Porcentaje de la población de 60 años y más en Cuba y en las provincias más envejecidas.		
	2001	2004
Cuba	14.5	15.4
Villa Clara	17.4	18,6
Ciudad de La Habana	17.1	17,7
Sancti Spíritus	15.9	16,9

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En este epígrafe se analizarán las características fundamentales del envejecimiento en Ciudad de La Habana, para lo conformación del perfil sociodemográfico de la segunda provincia más envejecida del país.

En el Cuadro 3 se presentan la proporción de adultos mayores de Ciudad de La Habana según sexo y edad, teniendo que casi un 60 % son del sexo femenino (59.10%), para un 40.9% de hombres. Esta feminización de los adultos mayores se agudiza a medida que aumenta la edad, llegando a ser en el grupo de 75 y más de casi el 60% de mujeres. Esto se explica por las diferencias en los patrones de mortalidad que favorecen a las mujeres.

Cuadro 3. Población de Ciudad de La Habana de 60-74 y 75 años y más por grupos de edad según sexo. Año 2000. Porcentaje.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
60-74	56.5	43.5	100
75 y más	64.9	35.1	100
Total	59.1	40.9	100

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Uno de los factores sociales que afectan en mayor medida a los adultos mayores es la interacción social, la cual se va perdiendo a medida que aumenta la edad. En este caso, se midió si la persona trabajaba o no al momento de la encuesta (Cuadro 4), resultando que solo el 20.6% de los adultos mayores estaban trabajando, y como es de esperar es mayor la proporción en los más jóvenes (26.9%) que en los más viejos (6.6%). Por sexos podemos ver una clara diferenciación, siendo los hombres los que más trabajan, 36.1% con respecto a las mujeres, 9.9%.

Cuadro 4. Ciudad de La Habana, población de 60 años y más por grupos de edad y sexo según estado ocupacional al momento de la encuesta. Año 2000. Porcentaje.

Empleo Actual	Grupos de edades		Sexo		Total
	60-74	75 y más	Mujeres	Hombres	
Trabajan	26.9	6.6	9.9	36.1	20.6
No Trabajan	73.1	93.4	90.1	63.9	79.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Estudios en otros contextos muestran que alrededor del 30% de los adultos mayores latinoamericanos están insertos en el mercado de trabajo, frente al 15% que registran los adultos mayores de países europeos.²⁷ En el caso de Ciudad de La Habana, el 20% trabajaba, siendo los más jóvenes los que se encuentran en esta situación, lo cual incluye al pensionado que sigue trabajando con contrata, y es una forma de aumentar el ingreso, o los que continúan trabajando después de la edad de retiro, que su ingreso es mayor que si se retiraran.

²⁷ Guzmán, José Miguel; Sosa, Zulma, *Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo*, CELADE/CEPAL, División de Población, Santiago de Chile, marzo de 2002, p. 35.

A través del índice socioeconómico²⁸, se buscó establecer un nivel de bienestar de los adultos mayores teniendo en cuenta determinadas variables de tipo social y económicas. (Cuadro 5) En este sentido, los resultados muestran que más de la mitad de los adultos mayores se encuentran en un nivel medio (59%), en nivel bajo se encuentran un 12.4% y en nivel alto un 28.6% de los adultos mayores.

Cuadro 5. Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según niveles del índice socioeconómico. Año 2000.

Sexo	bajo	medio	alto	total
Total	12.4	59.0	28.6	100.0
Hombres	11.6	58.2	30.2	100.0
Mujeres	13.0	59.6	27.4	100.0
edad				
60-74	11.6	60.2	28.2	100.0
75 y más	14.3	56.2	29.5	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Se puede observar que hay poca variación por sexo para el nivel medio, mientras que en el nivel bajo se encuentran un porcentaje un poco mayor de mujeres y en el alto de hombres. Para ambos grupos de edad vemos que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel medio, siendo mayor entre los más jóvenes (60.2%) con respecto a los más viejos (56.2%), mientras que el nivel alto se mantiene muy similar en ambos grupos de edad, entre el 28% y el 29%, en el nivel bajo, los de 75 y más son los que tienen mayor proporción (14.3%) con respecto a los más jóvenes (11.6%).

²⁸ El índice socioeconómico se elaboró a partir de 5 dimensiones: vivienda, ingresos, medio ambiente, educación y equipamiento del hogar, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005, Capítulo de Anexo General.

Las condiciones socioeconómicas influyen en el nivel de vida de la población, y por tanto en las condiciones de salud y bienestar. Según este estudio, hay un 12% de esta población que tiene niveles mínimo de condiciones, que es uno de los factores determinantes del estado de salud (visto anteriormente) por lo que es un sector que está en riesgo social, que debe tenerse en cuenta, tanto por el sector de salud, como la seguridad social, para evitar un mayor deterioro de estas condiciones y tratar de incidir en estas con el objetivo de disminuir sus efectos en el estado de salud y en general en sus condiciones de vida.

En el Cuadro 6 se observa cómo algo más de la mitad viven con otras personas y sin cónyuge (51.1%), y un 21.9% de los adultos mayores viven solos o con su cónyuge. Este es un segmento de las personas que se les debe prestar atención especial ya que son personas que además de vivir solas, en ocasiones no tienen algún familiar o allegado que pueda ayudarlos en caso de necesitar algún apoyo.

Cuadro 6. Porcentaje de población de 60 años y más según tipo de arreglo familiar por edad y sexo. Año 2000.

Tipos de arreglos familiares	grupos de edad		sexo		total
	60-74	75 y más	mujeres	hombres	
Solo o Con Cónyuge	24.1	17.3	18.2	27.3	21.9
Con Cónyuge y otros	32.2	15.9	15.9	43.5	27.2
Con otros sin Cónyuge	43.7	66.8	65.9	29.2	51.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-71119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Los hombres viven más con cónyuge y otras personas (43.5%), mientras que las mujeres, más de la mitad viven con otras personas sin cónyuge (65.9%). Por edad vemos que la mayor proporción se da para ambos grupos viviendo con otros sin cónyuges, aumentando mucho más en los más viejos (66.8%) que en los más jóvenes (43.7%).

Con respecto a la forma en que reciben ayuda (Cuadro 7), más del 90% de los adultos mayores, tanto en mujeres como en hombres reciben algún tipo de ayuda. Las mujeres para casi todos los tipos de ayuda recibieron más que los hombres, con excepción de los servicios y otros tipos de ayuda.

Cuadro 7. Porcentaje de población que recibe algún tipo de ayuda, por edad y sexo. Año 2000.

Tipos de Ayuda	Recibe Ayuda		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Sexo			
Alguna Ayuda	93.0	94.0	91.6
Dinero	70.2	78.2	58.6
Servicios	84.1	82.3	86.6
Cosas	78.8	81.2	75.2
Compañía	16.8	18.9	13.7
Otro	23.3	22.4	24.5
Grupos de edad	60-64	65-74	75 y más
Alguna Ayuda	92.2	92.5	94.5
Dinero	69.3	68.6	73.0
Servicios	82.9	82.6	87.0
Cosas	74.5	76.1	86.2
Compañía	17.7	15.1	18.3
Otro	21.2	23.6	24.7

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Por los grupos de edad se evidencia como ha medida que aumenta la edad, aumentan todos los tipos de ayuda. Es de destacar como la compañía de las personas que no co-residen con el adulto mayor, a los adultos mayores es baja, en menos del 20% tanto por sexo, como para todos los grupos de edad, aspecto muy importante en el bienestar psicológico sobre todo en los adultos mayores.

2.2.1 Estado de salud

Un indicador importante para analizar el estado de salud de los adultos mayores es su percepción de salud. En este se excluyeron aquellas personas que no podían responder por sí mismos. Más de la mitad de los adultos mayores tiene una percepción de su salud como regular o mala (57.7%), en las mujeres aumenta a 61.5% y en los hombres es menor, de 52.1%. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Porcentaje de población de 60 años y más según percepción del estado de salud por sexo y grupos de edad. Año 2000.

Sexo	Percepción del estado de salud*	Grupos de edad		
		60-74	75 y más	total
Ambos sexos	Excelente/muy bien/bien	35.9	30.8	34.3
	Regular/mal	61.0	50.3	57.7
		100.0	100.0	100.0
Mujeres	Excelente/muy bien/bien	28.7	27.7	28.4
	Regular/mal	67.0	50.7	61.5
		100.0	100.0	100.0
Hombres	Excelente/muy bien/bien	45.2	36.5	42.9
	Regular/mal	53.0	49.6	52.1
		100.0	100.0	100.0

* Se excluyeron a las personas con deterioro cognitivo.

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Analizando por grupos de edad, vemos que para ambos sexos disminuye el porcentaje de personas que se considera en un estado de salud regular o malo cuando aumenta la edad.

Otro aspecto muy importante es la realización de actividades físicas, que está muy vinculado a la funcionalidad física de los adultos mayores, y también se relaciona con la presencia de algunas enfermedades en estas edades. (Cuadro 9)

Se encontró que el 76.6% de los adultos mayores no realizan actividad física²⁹, aumentando este valor en las mujeres (81.4%) con respecto a los hombres (69.8%). Por grupos de edad vemos que disminuye mucho más la actividad física, a medida que aumenta la edad, estando por encima del 80% la no actividad física, tanto para mujeres como hombres.

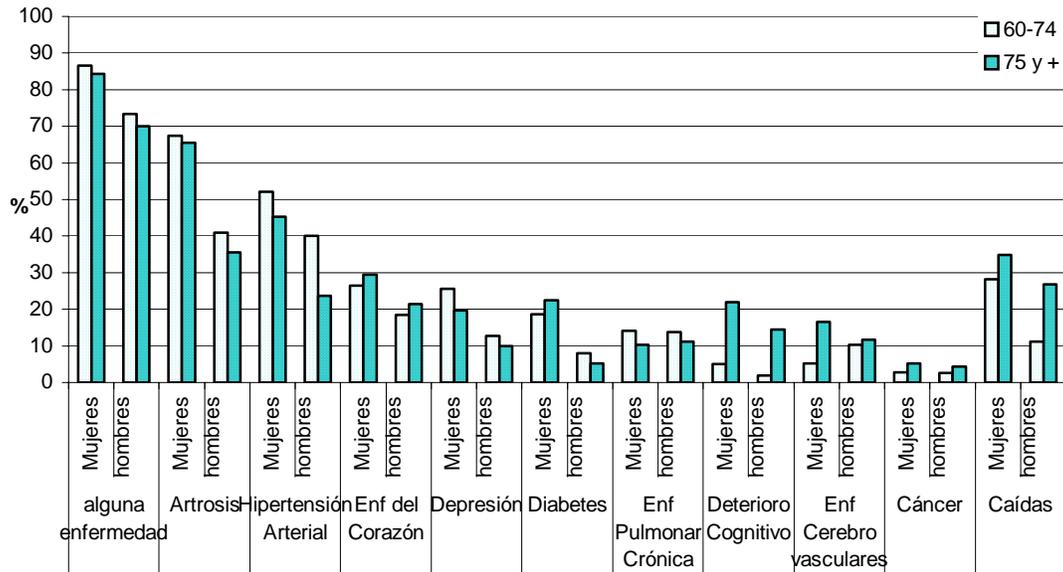
Cuadro 9. Porcentaje de población de 60 años y más según realización de actividades físicas por grupos de edades y sexo. Año 2000.				
Sexo	Realizan Actividad Física	% por grupos de edad		Total
		60-74	75 y más	
Ambos sexos	Si	26.1	16.9	23.3
	No	73.8	83.0	76.6
		100.0	100.0	100.0
Mujeres	Si	20.1	15.3	18.5
	No	79.8	84.5	81.4
		100.0	100.0	100.0
Hombres	Si	33.8	19.9	30.2
	No	66.2	80.1	69.8
		100.0	100.0	100.0

Fuente: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

²⁹ Se refiere a si hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana.

El presentar al menos una enfermedad crónica en los adultos mayores se encuentra en más de un 70% de la población estudiada, llegando a ser en las mujeres de más de un 80%. (Figura 2)

Figura 2. Porcentaje de Enfermedades según sexo y edad.



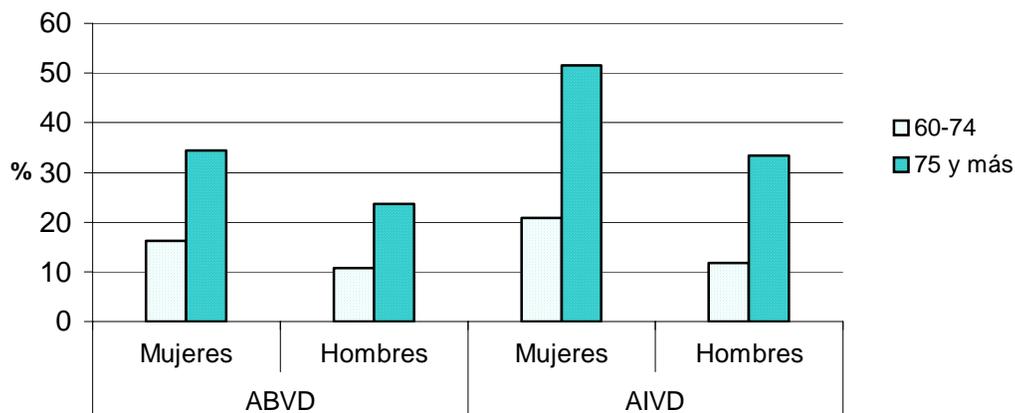
Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En casi todas las enfermedades, las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres, excepto en las enfermedades cerebrovasculares para los de 60-74 años. La artrosis es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en los adultos mayores, siendo en las mujeres de más de un 65% y para los hombres de más de un 35%. Las enfermedades crónicas que más afectan a los adultos de más de 75 años son la artrosis, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, deterioro cognitivo, enfermedades cerebro vasculares y el cáncer, con respecto a los de 60-64 años.

Las caídas es una variable que se incluye en el estudio por las implicaciones que para los adultos mayores tienen, ya que por lo general conducen a discapacidades temporales y en no pocos casos llegan a ser severas. Las mujeres tienen mayor porcentaje de caídas que los hombres, mientras que los más viejos tienen más caídas, llegando a ser en las mujeres de casi un 35% y en los hombres casi 30%.

En cuanto a presentar al menos una limitación en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Figura 3), las mujeres presentan más limitaciones que los hombres, en los dos grupos de edad, y entre los viejos viejos, las mujeres tienen más de un 30% y en los hombres más de un 20% con limitaciones.

Figura 3. Limitaciones en las ABVD y en las AIVD según sexo y grupos de edad. Porcentajes.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, SBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Tanto para hombres como para mujeres, presentan más limitaciones en al menos una de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que en las ABVD. Para las mujeres pasa de alrededor de un 20% para las más jóvenes a más de un 50% en las más viejas, mientras que en los hombres, va de algo más de 10% a poco más de 30%.

2.2.2 Factores socioeconómicos relacionados con las limitaciones en las actividades de la vida diaria y la percepción de salud.

Según la literatura especializada, determinados factores relacionados con los estilos de vida, condiciones económicas, nivel de educación, arreglos familiares entre otros, inciden directamente en las condiciones de salud de la población.

En este epígrafe se exploran algunos de estos factores socioeconómicos en relación con las limitaciones funcionales y la percepción de salud de los adultos mayores.

Primero se realizó un análisis descriptivo bivariado a través del Test Chi-cuadrado y un análisis multivariado, a partir del modelo de Regresión logística, para evaluar si eran significativas o no las variables con relación a la percepción de salud y las limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (presentar al menos una limitación en una de las ABVD o las AIVD).

El análisis bivariado nos dio como resultado que, para percepción de salud, de las variables independientes no fueron significativas: la edad y los arreglos familiares, o sea que en el resto de las variables estudiadas hay dependencia con la percepción de salud. En el caso de las limitaciones en las Actividades de la vida Diaria sólo no fue significativo el nivel socioeconómico. (Anexo 1)

Para profundizar en el análisis se realizó el análisis multivariado, para buscar una relación entre las variables pero en su conjunto. Para percepción de salud resultan no significativas: la edad de 70-74 años con respecto a la variable de referencia que es 75 años y más, los arreglos familiares, situación conyugal, nivel de educación secundaria con respecto al primario, y el nivel socio-económico. Para las limitaciones en ADL-IADL se vuelven no significativos el estado conyugal y el nivel socio-económico.

Luego se aplicó un modelo de regresión Probit para evaluar el cambio para distintas categorías de las variables. A partir de los resultados del anexo 2, se puede observar como en el caso de las personas que tienen de 60 a 69 años tienen un 26% más de probabilidad de no presentar limitaciones que los de 75 años. Que las personas con nivel universitario tienen un 15% más de probabilidad de no presentar limitaciones que los que son de nivel primario, los hombres tienen casi un 10% más de probabilidad de no presentar limitaciones que las mujeres y así para todas las variables.

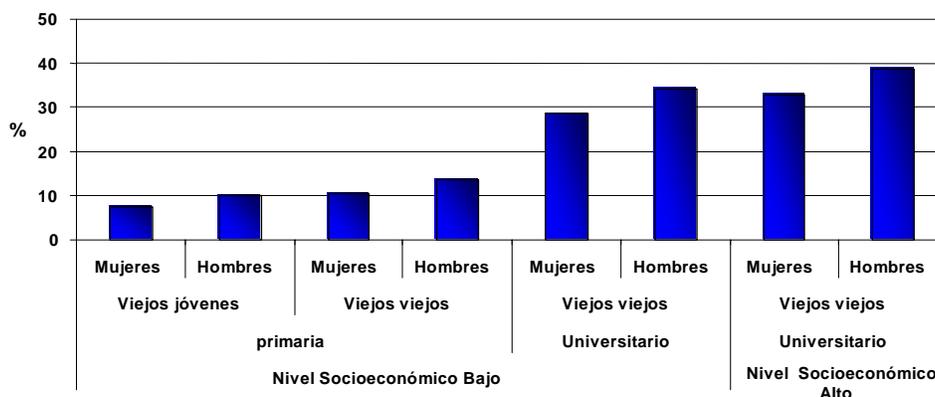
De forma general se podría decir que en el caso de tener buena funcionalidad física, evaluada por no presentar limitaciones en AVD, presentan una mejor situación las personas que se encuentran entre las edades de 60 a 74 años, los que no presentan enfermedades, tienen nivel de educación secundario o más, viven solos o con cónyuge y son hombres.

En el caso de percepción de salud sería, los que no presentan enfermedades crónicas tienen un 39 % más de probabilidad de percibirse en buena salud que los que si presentan enfermedades crónicas, y así también para todas las variables.

Por tanto, se podría decir que las personas que se perciben en buena salud con respecto al resto de los adultos mayores estudiados no presentan enfermedades crónicas, no tienen limitaciones en AVD, tienen nivel de educación universitario, son hombres y tienen más de 75 años.

A partir del modelo de regresión Probit ajustado se calcularon las probabilidades asociadas a distintas categorías de las variables. (Figura 4)

Figura 4. Probabilidad de percibirse en buena salud teniendo en cuenta cambios en variables socioeconómicas. (Probit Regression Model)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Considerando la población que tiene bajo nivel socio-económico, encontramos que dentro de los que tienen nivel primaria, los hombres más jóvenes se perciben en mejor salud que las mujeres más jóvenes, y que a su vez se perciben en mejor salud los más viejos que los más jóvenes. Si comparamos dentro del nivel socioeconómico bajo, para los que son universitarios esta proporción aumenta en casi el doble en los hombres viejos, mientras que en las mujeres se triplica la probabilidad de percibirse en buena salud. Dentro de los universitarios, si consideramos los que tienen nivel socioeconómico alto aumenta la probabilidad en casi un 10 % en los hombres y un poco menor para las mujeres.

Entonces tenemos dos resultados importantes, que las diferencias más importantes de percibirse en buena salud vienen dadas por tener nivel de educación alto o bajo, en este caso, los que tienen nivel universitario tienen mejor percepción de su salud.

En trabajos cubanos sobre la relación del nivel de educación y el estado de salud también se ha verificado esta relación, a mayor nivel de educación, menor mortalidad o morbilidad.³⁰

Por otro lado, que el cambio de nivel socioeconómico bajo a alto, tiene poca variación en la probabilidad de percibirse en buena salud, como sucede en otros contextos que no sea el cubano.³¹

Como muestran las variables analizadas, el nivel de educación es un factor importante en la percepción de salud de los adultos mayores y en menor medida el nivel socioeconómico. Y se destaca también que hay un diferencial por sexo en todas las subpoblaciones estudiadas.

2.3 Reflexiones parciales

Según lo analizado hasta aquí, se dan diferencias importantes entre hombres y mujeres, y entre los adultos mayores más jóvenes y los más viejos. Esto está en correspondencia con lo expuesto anteriormente según autores y trabajos realizados en otros países.

Por ejemplo que los más viejos (más de 75 años) y las mujeres, tienen menos nivel de educación que los más jóvenes, lo que es resultado del aumento del nivel de educación de la población en general. Por lo que cada vez llegarán a la tercera edad, personas más instruidas, y por tanto, su comportamiento y expectativas de la vida serán distintas.

Por otro lado, más de la mitad de los adultos mayores tienen una percepción de su salud regular o mala. Los más viejos se perciben mejor que los más jóvenes, no obstante tienen más limitaciones en las actividades de la vida diaria, y un alto porcentaje de enfermedades, siendo estos porcentajes también mayores en las mujeres, en concordancia con el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que predominan en este sector de la población, al igual que lo encontrado en otros contextos. Como consecuencia, se puede decir que necesitarán más servicios de salud como

³⁰ Herrera León, Lorenzo, Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba. 1998-2002, Trabajo de aspirante a Doctor en Ciencias Económicas, Centro de Estudios Demográficos, La Habana, diciembre 2005.

³¹ House JS, Kessler RC, Herzog AR., *Age, socioeconomic status, and health*, Milbank Q. 1990; 68(3):383-411. PMID: 2266924 [PubMed - indexed for MEDLINE] (Consultado diciembre del 2005)

consultas, medicamentos y rehabilitación para hacerle frente a estas enfermedades y discapacidades que por lo general se prolongan en el tiempo.

Es importante resaltar que el 93% de los adultos mayores reciben algún tipo de ayuda, en mayor proporción los más viejos y las mujeres. Puede estar en relación por un lado, con la necesidad de ayuda que presentan estas personas para cubrir sus necesidades, y en segundo lugar, del nivel de responsabilidad y relación afectiva que se da para con nuestros padres y abuelos por parte de nuestra sociedad.

En cuanto al nivel socioeconómico de los adultos mayores, tenemos que casi el 60% se encuentran en nivel medio. En el grupo de nivel bajo se encuentran casi el 12% de los adultos mayores, los cuales se deben atender de manera diferenciada para que aquellas dificultades o condiciones económicas que presenten, no les afecte su salud y su bienestar en general.

En la literatura sobre estos temas, se establece por lo general la relación entre las condiciones socioeconómicas y el nivel de salud. En el estudio realizado, para el caso de la relación entre nivel socioeconómico y nivel educacional con la percepción de salud, no se encontró un grado importante de variación entre tener nivel socioeconómico bajo o alto y sí en el caso del nivel de educación.

3. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CUBA.

Cuba fue el primer país en crear un Ministerio o Secretaría de Sanidad y Beneficencia en 1909³². Hacia 1958, Cuba contaba con 67 hospitales generales, uno solo rural, varios especializados en ortopedia, psiquiátricos, oncológicos, de maternidad, entre otros, los cuales se concentraban en las principales ciudades del país, Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba fundamentalmente.

A partir del Triunfo de la Revolución, se da en el país un aumento del nivel de vida de la población como resultado de un conjunto de medidas encaminadas a elevar las condiciones de vida de la población. Con este objetivo se desarrolló en el país una política social enfocada en dar una atención priorizada a la salud y la educación, y eliminar las desigualdades fundamentalmente en las zonas rurales, tradicionalmente las más atrasadas.

A partir de 1969 el Sistema Nacional de Salud, basándose en el principio de ciudadanía, reconoce el derecho de toda la población a recibir de forma gratuita los servicios de salud. A partir de ese momento el Estado asumió la responsabilidad de financiar y proveer a la vez, de forma pública y gratuita estos servicios, al igual que la educación.³³

En función de brindar la atención primaria de salud, se crearon los policlínicos, que tenían servicios de atención externo (laboratorio clínico, rayos X, etc.) que no clasificaban como hospitales. Para esto se construyeron nuevas edificaciones, aunque también se utilizó la infraestructura ya existente de las clínicas privadas de menor escala.

A inicios de 1984, Cuba comenzó una nueva modalidad de atención primaria denominada "Médico de la Familia", y con ello, los planes de enseñanza médica se reformaron, y se creó la especialidad de Medicina General Integral. El médico de la familia que empieza a formarse está capacitado con los conocimientos básicos de epidemiología general, higiene del medio, prevención y promoción de salud, entre otras materias necesarias, que

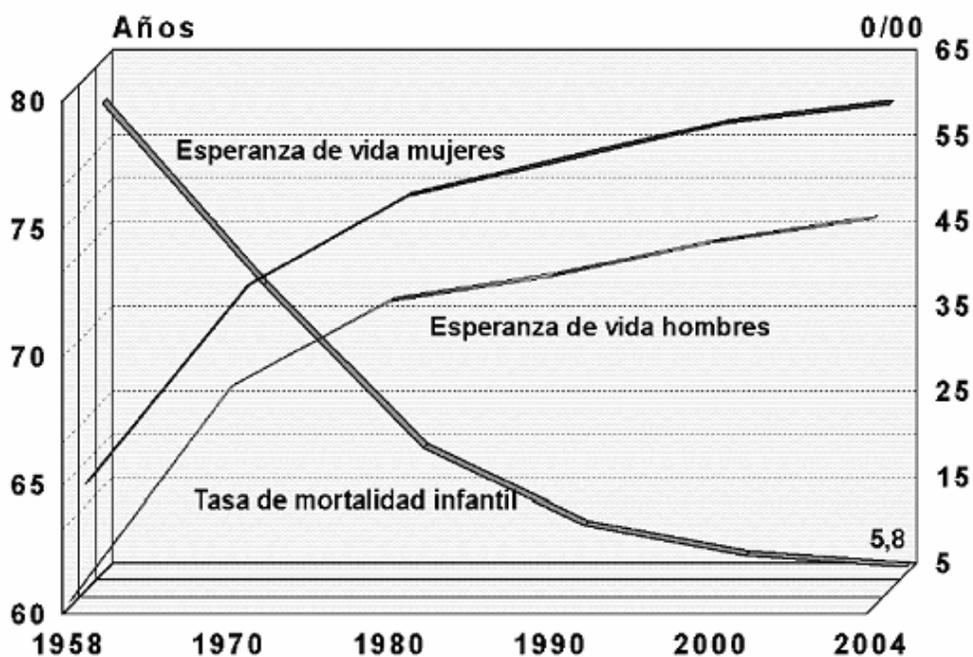
³² Idem 2, p. 40.

³³ Idem 21, p. 30.

le permiten operar con una concepción más amplia sobre los determinantes del estado de salud de la población y tiene, en la familia, el centro de su atención.³⁴

El nivel de la esperanza de vida al nacer, de casi 40 años a inicios del siglo, aumentó a casi 60 años a finales de la década del 50, y en el período 2001-2003 77 años. Por otro lado la mortalidad infantil disminuyó de casi 200 muertes por cada 1000 nacidos vivos a cerca de 60 defunciones a finales de la década de 1950, y disminuyó hasta 6,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos para el período 2001-2003. (Figura 5)

Figura 5. Cuba, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil. Años seleccionados.



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas, *Anuario Estadístico de Cuba, 2004*, Ciudad de la Habana, 2005.

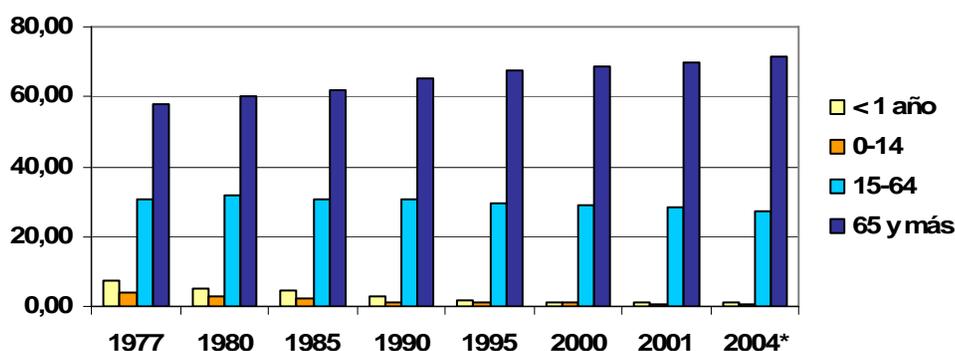
³⁴ *Ibídem.*

Actualmente el programa relacionado con la creación de los policlínicos integrales constituye uno de los elementos más importantes de transformación en el sistema de salud cubano, ya que a partir de las nuevas funciones asumidas por esa instancia se descentraliza más la atención de salud del nivel secundario hacia el nivel primario. Los policlínicos cumplen con las funciones de atención médica integral de excelencia a personas, familias, grupos y la comunidad, con enfoque biopsicosocial.

Como se ha analizado anteriormente, la transición demográfica y la epidemiológica en Cuba ha conducido a un aumento de los adultos mayores en el país, así como un aumento de las enfermedades crónico degenerativas, que provocan que la mayor cantidad de defunciones se de en las últimas etapas de la vida.

En la Figura 6, se muestra como ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, la proporción de muertes de menores de un año y de 0-14 años, mientras que las muertes en edades mayores de 65 años ha tenido un incremento sostenido y ya son más del 70 por ciento en el 2004. Entonces, ha aumentado el riesgo de morir por enfermedades no trasmisibles, incrementándose en las últimas décadas en correspondencia con el envejecimiento de la población.

Figura 6. Cuba. Estructura de las defunciones por edad. años seleccionados.



2004* Datos provisionales

Fuente: Elaborado por la autora a partir de: Centro de Estudios de Población y Desarrollo, **Información para Estudios en Población y Desarrollo con enfoque de Género, 2004**, Ciudad de la Habana, abril de 2005, y Dirección Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, **Anuario Estadístico de Salud, 2004**, Ciudad de La Habana, 2004, ISSN: 1561-4425.

Los servicios de salud por tanto, se enfrentan principalmente, no solo a cuidar de la salud de los niños, que padecen enfermedades generalmente de corta duración, muchas infecciosas, las más frecuentes prevenibles por vacunación, que se curan solas, que cuando requieren hospitalización es casi siempre por períodos cortos y de tratamiento en general barato, sino a prestar asistencia y servicios a personas con enfermedades degenerativas, crónicas, que generalmente terminan en la muerte y que cuando requieren hospitalización, es por períodos largos y con costos por tratamiento muy elevados.

3.1 La atención al adulto mayor en Cuba.

En este sentido, y frente a los cambios en la dinámica y estructura de la población se ha hecho inevitable acometer un plan de acción y atención diferenciado que cubra las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que permitan elevar la calidad de vida de las personas con edades avanzadas.

Hace varias décadas que el país viene generando esfuerzos en cuanto a la atención de los adultos mayores, puesto que es un hecho que, aunque se ha agudizado en los últimos años, ya venía avizorándose desde décadas atrás. En 1974 se creó el primer Programa de Atención al Adulto Mayor en el país. A partir del año 1984 se comienza a estudiar en Cuba la especialidad de geriatría, dándole impulso al desarrollo de la gerontología y la geriatría.³⁵

Se crea el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED) en 1992, una institución docente e investigativa en función de analizar los aspectos del envejecimiento poblacional y sus requerimientos en múltiples frentes de la vida social.

Recientemente, en 1996 se crea por el CITED, el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor. Este programa tiene un enfoque comunitario e institucional, e incluye no sólo problemas de salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación, entre otros, con acciones dirigidas a la atención comunitaria, la atención institucional y la atención

³⁵ Hernández Castellón, Raúl, *Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción*, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003.

hospitalaria. Como propósito principal del Programa de Atención al Adulto Mayor se tiene:³⁶

“Contribuir a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud, en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucradas en esta atención. Se debe tener en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y al propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.”

Entre las soluciones y actividades que se han promovido para cumplimentar estos objetivos se encuentran:

- Los Círculo de Abuelos, encaminados a promover la práctica del ejercicio físico sistemático, actividades culturales y sociales, mediante los ejercicios matutinos -bajo la asesoría de un personal calificado-, paseos, celebración de cumpleaños colectivos, entre otras.
- Los Hogares de Día o Casas del Abuelo. A diferencia de los asilos de ancianos, estos tienen un régimen seminterno, donde realizan actividades recreativas, físicas y sociales que inciden positivamente en su salud, y se les garantiza desayuno, merienda, almuerzo, comida y asistencia médica hasta la tarde en que regresan a sus casas.

Servicios y nuevos programas dirigidos a los adultos mayores.

Están definidos por el Sistema Nacional de Salud, una serie de programas y servicios específicos para la atención de los adultos mayores. El primer contacto con los servicios de salud de los adultos mayores se realiza a partir de la Atención Primaria de Salud, a través del médico de la familia. En este contexto los adultos mayores reciben una atención integral en los aspectos de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, atendiendo al grupo dispensarial en que se encuentren³⁷:

³⁶ Prieto Ramos, et al, *Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas*, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 2da edición, Ciudad de la Habana, Cuba, 1996.

³⁷ Idem 5.

- Grupo I (sano)
- Grupo II (en riesgo de enfermar)
- Grupo III (con enfermedades crónicas)
- GrupoIV (Discapacitados)

Según esta distribución el adulto mayor frágil o en estado de enfermedad se transfiere al Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), este corrobora el diagnóstico, estableciendo un Plan de Atención para cada caso.

Existe una red de apoyo de servicios socio-sanitarios y económicos que se aplican a cada caso de acuerdo al diagnóstico y las necesidades que presenten. Estos pueden ser³⁸:

- Cuidados subagudos: se realizan en el domicilio o en Unidades de Atención Primaria, Instituciones Sociales y Hospitales de Día Geriátricos. Está dirigido a personas que necesitan cuidados de 3 a 6 meses.
- Cuidados a largo plazo: realizado principalmente por los EMAG, que cuentan con: nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta. Estas instituciones tienen una interrelación estrecha con el Nivel Primario y el Hospitalario.

Por el creciente número de personas de la tercera edad y sus características, se han creado nuevos programas y servicios sanitarios en función de los adultos mayores, los cuales todavía están en plena implementación y expansión a todos los niveles del sector de salud y en todas las provincias, por lo que aún resultan insuficientes en cantidad y cobertura³⁹:

- Equipos de Atención Multidisciplinaria Gerontológica (EMAG): Servicio que se presta por un equipo multidisciplinario compuesto por médico (especialista de medicina familiar u otro), enfermera, trabajadora social y psicólogo, cuya labor está dirigida a la atención a adultos mayores frágiles y en estado de necesidad.
- Ingresos domiciliarios de continuidad: es un servicio médico-social que continúa el tratamiento comenzado en los niveles de atención hospitalaria.

³⁸ Idem 5, p 15.

³⁹ Ibídem, p.16.

- Centros Comunitarios de Salud Mental del Área de Salud: centro que presta servicios de salud mental, brinda cobertura a los problemas identificados, desempeña una labor preventiva con grupos de riesgo y vulnerables, así como ofrece servicios de orientación.
- Servicios de suministro de ayudas técnicas: Servicio que se brinda a personas necesitadas de ayudas técnicas (sillas de ruedas, camas Fowler, oxígeno, etc.)
- Salas o Servicios de Geriátrica: servicio médico social y de rehabilitación de un Hospital Clínico Quirúrgico o General (Municipales, Provinciales o Nacionales) que se dirige como servicio vertical para adultos mayores (AM).
- Hospital de Día Geriátrico: servicio médico –rehabilitatorio– social de continuidad en el tratamiento del AM hospitalizado y en algunas ocasiones proveniente de la comunidad, que oferta los servicios de rehabilitación, subagudos y terminales.
- Servicios de Cuidados Paliativos: servicios médicos y de apoyo no curativos, para pacientes con enfermedades terminales (esperanza de vida de menos de 6 meses).
- Nuevos programas de asistencia social para pagar la atención de un cuidador para los ancianos encamados que viven solos o con cónyuge del adulto mayor solamente.
- Las nuevas regulaciones en términos de asistencia social para apoyar a las personas que están encamadas y requieren un cuidador y la familia trabaja (pago parcial o total de salario a un cuidador)

Si analizamos la evolución de algunos indicadores relacionados con la atención a los adultos mayores (Cuadro 10), vemos que, aunque todavía son insuficientes, hubo un incremento en el valor de los indicadores, por ejemplo la formación de geriatras ha aumentado, de 187 que había en 1997, en el 2004 se elevan a 352; las salas de geriátricas han tenido un leve incremento, en comparación con la cantidad de consultas de geriatría realizadas, llegando a ser en el 2001 de 101713; y las casas de abuelos han aumentado mucho más que los hogares de ancianos, estando en correspondencia a las dificultades económicas que llevan la creación de hogares de ancianos, pero sobre todo por la concepción de que al adulto mayor no se le debe excluir de su medio social, y las casas de abuelos han resultado una solución muy favorable y aceptada para ello.

Cuadro 10. Cuba. Tipos de servicios orientados a los adultos mayores. Años seleccionados.

	1997	1999	2001	2004
Geriatras	187	-	301	352
Salas de geriatría	23	32	35	-
Consultas de geriatría	54 626	-	101 713	-
Casas de abuelos	63	96	146	178
Hogares de ancianos	-	129	140	141

- No se cuenta con información para esos años.

Fuente: Hernández Castellón, Raúl, *Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción*, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003; Dirección Nacional de Estadísticas, *Anuario Estadístico de Salud, 2004*, Ciudad de La Habana, 2005.

A partir del año 2000, se creó la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, presidida directamente por el Ministerio de Salud Pública, al cual están asociados 18 ministerios e institutos de investigación.⁴⁰ Uno de sus objetivos fue crear un Programa de Salud y Calidad de Vida, entre cuyas acciones estuviera fomentar estilos de vida saludables, y constituir grupos de investigación con instituciones para desarrollar indicadores de esperanza de vida en salud para evaluar progresos y posibles barreras.

Como parte de los programas priorizados de la Revolución en los últimos años, la salud ha tenido un lugar importante. En función de ello, se han invertido cuantiosos recursos financieros en reparar, modernizar y construir los nuevos centros de atención médica, en todo el país.⁴¹

⁴⁰ Carlos Lage, *Acuerdo # 3790 del Consejo de Ministros*, Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, La Habana, Octubre, 2000.

⁴¹ Discurso pronunciado por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, Primer Secretario del Comité Central del Partido Comunista de Cuba y Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, en ocasión del aniversario 47 de su entrada en Pinar del Río, en el acto por la culminación del montaje de los grupos electrógenos en esa provincia. Pinar del Río, 17 de enero de 2006.

En el marco del Taller de Esperanza de Vida Saludable⁴², se abordaron diversos temas vinculados con mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. En este sentido se recomendaron entre otras, las siguientes acciones:

- Debe preverse que el rápido crecimiento de la población adulta mayor pudiera crear un desbalance entre la oferta y la demanda de ayudas a personas de edad con discapacidad.
- Debe dotarse al Modelo de la Atención Primaria de Salud de las tecnologías que permitan responder con eficacia al rápido envejecimiento de la población.
- Se recomiendan dos formas no excluyentes de elevar la esperanza de vida libre de discapacidad: mejorar la atención a los enfermos y mejorar la atención de las personas sanas para que no enfermen.
- Es necesario perfeccionar la gestión de información y conocimiento a nivel internacional, nacional y local. Deben incrementarse los contenidos de envejecimiento y vejez en los planes curriculares de la universidad médica, así como deben potenciarse estos elementos en las áreas investigativas y de extensión universitaria. La educación en la tercera edad se considera de vital importancia.
- Se requiere realizar estudios longitudinales sobre envejecimiento en el país así como documentar los resultados de las investigaciones y de las estrategias de promoción y prevención.

La pérdida de salud en los adultos mayores tiene asociados costos tangibles e intangibles para el adulto mayor y para la sociedad. Los programas y servicios de salud que se brindan a los adultos mayores tienen un alto costo económico para el Estado, ya que es el responsable de proveerlos en nuestra sociedad. También los problemas de salud implican costos para el adulto mayor o su familia, que en ocasiones puede exceder la capacidad de respuesta ante esta situación, provocando un riesgo mayor de vulnerabilidad social. Por otra parte hay costos intangibles de difícil medición, pero que tienen vital importancia en cuanto al estado de ánimo de los adultos mayores y su salud en general. (Ver Anexo 5)

Dentro de las estrategias de los programas priorizados de la Revolución, se ha visto el impacto en la reanimación económica del sector de Salud, no obstante quedan

⁴² Organización Panamericana de Salud, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, *Conclusiones preliminares del Taller de Esperanza de Vida Saludable*, Ciudad de La Habana, enero 2006.

pendientes la recuperación de diferentes áreas y capacidades perdidas durante los años de Período Especial, los cuales se recogen como parte de las Proyecciones del Ministerio de Salud Pública⁴³:

- Incrementar la cobertura y acceso de servicios necesarios a una población cuyo envejecimiento progresivo es incuestionable.
- Mejorar la sostenibilidad de estos programas de salud que tienen altos costos por las implicaciones tecnológicas y la demanda de atención creciente a medida que la vida se prolonga.
- Este contexto futuro precisará de enfoques preventivos y de promoción de salud, así como del desarrollo de servicios y tecnologías con mayor capacidad resolutive, lo que inexorablemente producirá un incremento de los costos de la atención.
- Reorientación de los servicios, fortalecimiento del policlínico y excelencia en la atención médica integral. Integración programática en el Programa de Atención Integral a la Familia. Reorientación de la práctica del médico de familia hacia la promoción y prevención de salud.

3.2 Reflexiones parciales

Haciendo una síntesis de lo analizado en este capítulo, tenemos que el Sistema Nacional de Salud en Cuba tiene como responsabilidad fundamental brindar una atención de salud gratuita y universal. Entre sus objetivos está mejorar las condiciones de salud de la población para elevar la calidad de vida, a través de determinados programas encaminados a brindar una atención diferenciada a aquellos sectores de la población que se encuentran en desventaja.

En función de esto se han trazado estrategias como la Atención Primaria de Salud, para acercar lo más posible los servicios de salud a los que lo necesiten, y prácticas de promoción y prevención de salud desde este nivel básico de atención.

⁴³ Ministerio de Salud Pública, *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*. Documento de trabajo, informe preliminar, Ciudad de La Habana, 2005.

Actualmente el programa relacionado con la creación de los policlínicos integrales constituye uno de los elementos más importantes de transformación en el sistema de salud cubano, asumiendo nuevas funciones, con el fin de descentralizar más la atención de salud del nivel secundario hacia el nivel primario.

Dentro de los programas del Ministerio de Salud, ha cobrado importancia la atención hacia las personas de la Tercera Edad, reconociendo la necesidad por parte de los adultos mayores de una atención especializada, así como servicios sociales y de salud que no requieren otros segmentos de la población. En función de esto se creó el Programa Integral de Atención al Adulto Mayor, así como numerosos servicios y subprogramas que van dirigidos específicamente a estos.

4. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS.

Se reconoce que el estado de salud de una población incide directamente en la demanda de servicios de salud. Los adultos mayores, como se ha analizado anteriormente, presentan un patrón de enfermedades de tipo crónico-degenerativo. Esto implica que en ocasiones, estén afectando a un mismo individuo más de una enfermedad a la vez; también, que al estar el individuo un período mayor de tiempo afectado por éstas, el tratamiento y/o medicación para su control también se prolonguen en el tiempo.

Es por esto que se analiza a continuación, en el caso de los adultos mayores en Ciudad de La Habana para el año 2000, si determinados factores demográficos y socioeconómicos pueden estar incidiendo o creando diferenciación, en el grado de utilización de los servicios médicos. Para esto se examinará la incidencia de estos factores en asistir a una consulta médica en los últimos doce meses, y si estuvo hospitalizado al menos una noche en los últimos 4 meses.

Si analizamos el Cuadro 11, se encuentra que casi la mitad de las consultas de salud realizadas por los adultos mayores se efectúan en el consultorio médico, seguido por el hospital, el policlínico y la casa del entrevistado. En el caso de las mujeres es de 11.2%, siendo en mayor proporción esta atención domiciliaria que en los hombres que es de 5.8%.

La hospitalización de los adultos mayores en su domicilio es una modalidad de reciente implementación, puede deberse a las limitaciones físicas y funcionales que estos presentan, y el grado de deterioro de su estado de salud, siempre y cuando el cuidado médico que necesiten pueda brindársele en el hogar. Entre las enfermedades crónico-degenerativas están algunas de larga duración y que pueden ser atendidas en el hogar, con el seguimiento permanente del médico de familia y la enfermera.

Esta acción favorecería psicológicamente al paciente, que al ser adultos mayores, por lo general les crea trastornos psicológicos cuando los sacan de su medio social, y por otro lado alivia las presiones de hospitalización del Sistema de Salud, traspasando la responsabilidad de la atención a los médicos de familia.

Cuadro 11. Porcentaje de adultos mayores que asisten a los servicios médicos, según adonde asistieron por sexo.

Lugar de la consulta últimos doce meses.	Total	Hombres	Mujeres
Consultorio médico	46.1	44.8	46.7
Hospital	33.6	36.5	32.1
Policlínico	10.3	11.6	9.7
Casa del entrevistado	9.4	5.8	11.2
Otro	0.6	1.3	0.3
	100.0	100.0	100.0

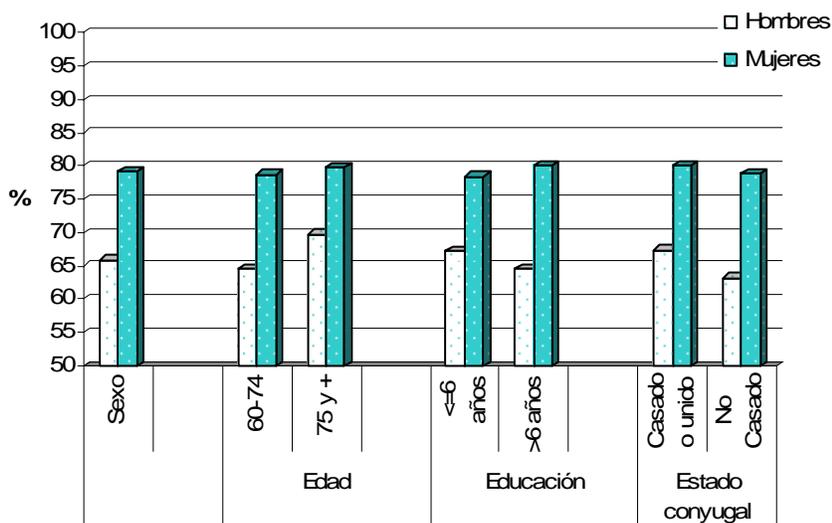
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, *SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000*, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

4.1 Consultas al médico

Con relación a asistir al médico se encontró asociación significativa con la variable sexo. (Figura 7) Del total de mujeres, casi el 80% asistió a alguna consulta en los últimos doce meses, y para los hombres fue del 65%. Esto quiere decir que 4 de cada 5 mujeres de 60 años o más y 2 de cada 3 hombres asistieron a consulta, lo que representa un número considerable de personas mayores que debe atender el sistema de salud.

Analizándolo por grupos de edad, se encontró que no hay asociación significativa con asistir a consulta si pertenece a un grupo u otro de edad, es decir que el tener entre 60 y 74 años o estar en el grupo de 75 años o más no se puede asociar a la concurrencia a consulta. No obstante, en los hombres se da un ligero aumento del porcentaje de hombres de 75 años o más que asisten a consulta con respecto a los que tienen 60 a 74 años, de un 65% a un 70%.

Figura 7. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según características socio-demográficas y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Esta descrito en la literatura especializada que las mujeres tienen una mayor tendencia a asistir a consulta que los hombres en cualquier contexto, dado que tienen a lo largo de su

vida un contacto más cercano con los servicios médicos, por diferencias de roles. Ya sea por cultura o tradición, las mujeres son por lo general las encargadas de llevar a los hijos al médico y son las que cuidan también a los enfermos, por tanto les resulta más natural asistir al médico. En el caso de los hombres, aumenta ligeramente asistir a consulta cuando tienen más edad, lo cual puede estar relacionado con el aumento de las enfermedades y limitaciones que presentan, y que necesiten por tanto de la asistencia médica.

En el caso del nivel de educación, tampoco se encontró significación estadística con el hecho de asistir a consulta, no obstante, se puede observar que en los hombres, los que tienen menor nivel de educación, presentan un ligero aumento en la proporción de asistencia a consulta, con respecto a los que tienen mayor nivel de educación. (Figura 8) Este hallazgo en cuanto a la no asociación entre el nivel de educación y el acceso a los servicios de salud contrasta con lo encontrado en la bibliografía analizada anteriormente, ya que se había encontrado que era una variable importante tanto para el estado de salud como para el acceso a los servicios.

Hay que destacar que en otros contextos el nivel de educación está muy relacionado con el nivel de ingresos, y por lo general los sistemas de salud en el mundo cuentan con una variedad de servicios de salud, privados y públicos, como los seguros médicos de cobertura total o parcial entre otros, los cuales presentan un acceso diferenciado en cuanto a nivel de ingresos y de educación, como en lo encontrado en el caso de Brasil⁴⁴ y en otros países desarrollados⁴⁵.

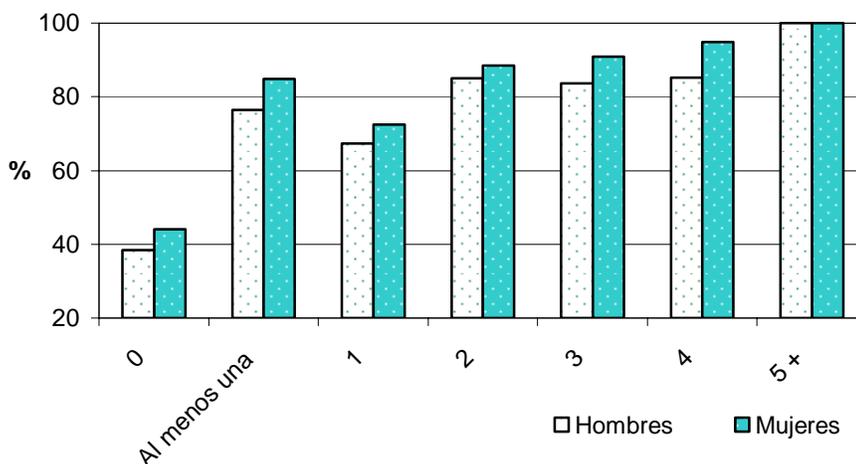
El estado conyugal no fue significativo con asistir a consulta, aunque para los dos sexos se muestra que tienen un ligero mayor porcentaje de asistencia a consulta los que están casados o unidos con respecto a los no casados. (Figura 7)

⁴⁴ Lebrão M. Lúcia, Oliveira Duarte, Yeda, *SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial*, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edición, OPS, Brasília, 2003.

⁴⁵ Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al., *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe*, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet 1997.

En el caso de las enfermedades crónicas⁴⁶ si tienen relación significativa con asistir a consulta, quiere decir, en este caso que el asistir a consulta está muy relacionado con el hecho de tener o no enfermedades, y la cantidad de enfermedades. En la Figura 8 vemos que en el caso de las personas que no presentan enfermedades crónicas, asisten al médico al menos una vez en el último año, más de un 30%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. El presentar al menos una enfermedad hace que aumenten las consultas a más de un 70% en los hombres y más de un 80% en las mujeres.

Figura 8. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores, según cantidad de enfermedades crónicas y sexo.

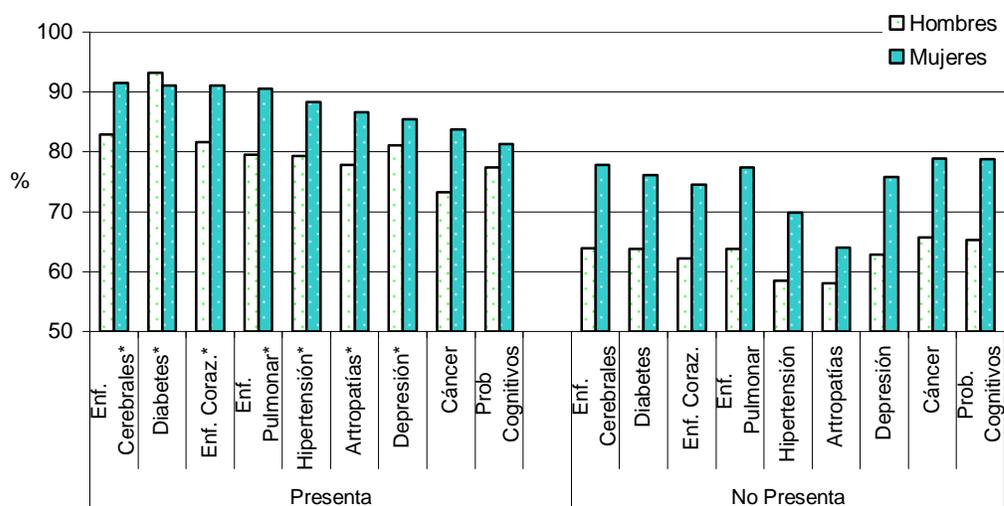


Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

⁴⁶ Enfermedades crónicas: Enfermedades cerebrovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares y cáncer.

En la Figura 9, vemos como se dijo anteriormente, que las personas que presentan enfermedades van más a consulta que las que no presentan, tanto para hombres como mujeres y en todas las enfermedades estudiadas. Del total de mujeres, asisten a consulta alrededor de un 90% por enfermedades cerebrovasculares, del corazón, de los pulmones y por diabetes. Por el resto de las enfermedades van alrededor del 80%. Para los hombres, es menor el porcentaje que asiste a consulta, tanto en los que presentan como los que no presentan con respecto a las mujeres, con excepción de la diabetes.

Figura 9. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según enfermedades y sexo.



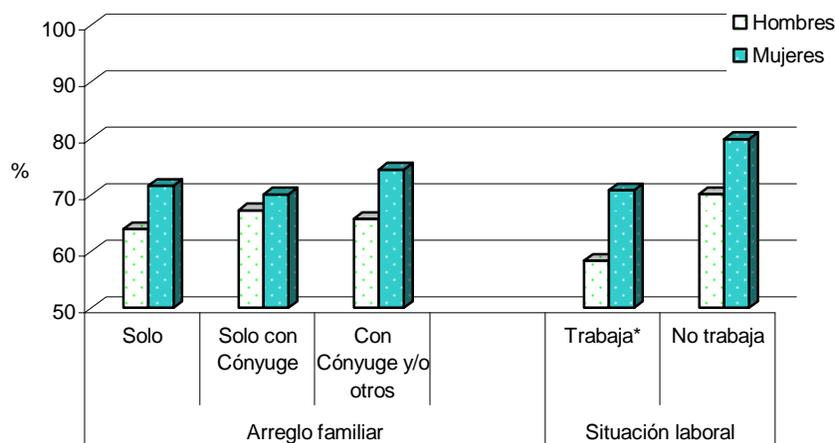
Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Como se observó anteriormente, existe un diferencial por sexos tanto en la presencia de enfermedades, como en asistir a una consulta médica, las mujeres son las que más enfermedades tienen y las que más asisten al médico.

Si analizamos la realización de consultas según los arreglos familiares (Figura 10), se observa que hay un comportamiento similar para los que viven solos y los que viven con cónyuge, aunque en el caso de vivir con cónyuge y/o otros, en las mujeres aumenta a

cerca del 75% las que hicieron consulta, con respecto a alrededor de 70% en solo y solo con cónyuge.

Figura 10. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según características socio-económicas y sexo.

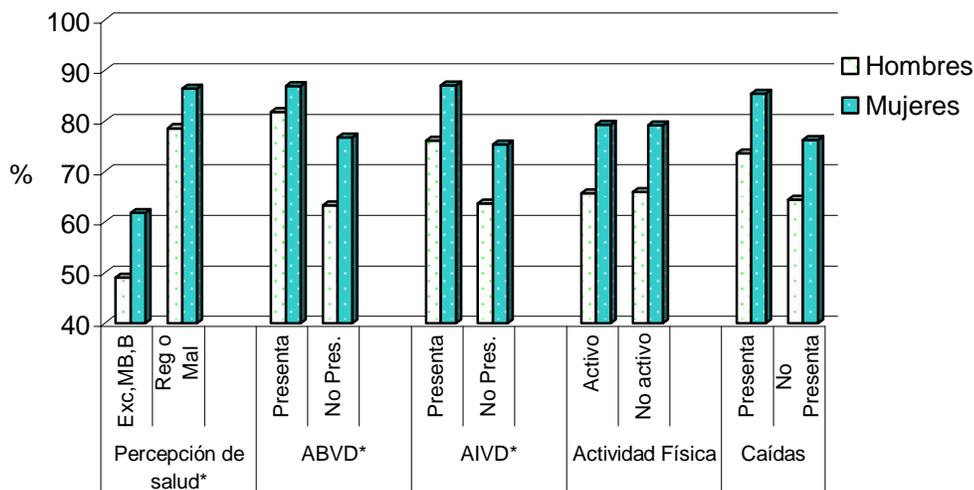


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Con relación a la situación laboral se dan importantes cambios. Del total de hombres que trabajaban, cerca del 55% asistió al médico, mientras que del total de los que no trabajaban fueron casi el 70%. Para las mujeres sucede parecido, lo que en mayor proporción.

La percepción de salud, que no está asociada directamente a alguna enfermedad en particular, sino a la propia apreciación de la persona, sí influye directamente en la asistencia al médico. Del total de mujeres, las que se perciben regular o mal, acuden en alrededor de un 85%, con respecto al total de mujeres que se perciben excelente, muy bien o bien que van en un 60%. En los hombres también es importante este indicador, ya que los que se sienten regular o mal, asisten a consulta en casi un 80%, mientras que del total que se sienten bien van menos de un 50%. (Figura 11)

Figura 11. Porcentaje de asistencia a consulta de los adultos mayores según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Las limitaciones en las actividades de la vida diaria también tienen asociación significativa con asistir a consultas, los que presentan limitaciones van más al médico que los que no tienen. La variable de actividad física no aporta diferencias para la realización de consultas. Los adultos mayores que presentan caídas en los últimos doce meses, van más a consulta.

El análisis bivariado realizado (Anexo 3), muestra que las variables que tuvieron significación estadística fueron el sexo, la situación laboral, y las enfermedades crónicas. Posteriormente se realizó un análisis multivariado de regresión Probit y se encontró significación estadística en las mismas covariables reportadas anteriormente: sexo, situación laboral y la tenencia de alguna enfermedad crónica. (Anexo 4) El análisis probit muestra como las mujeres tienen 7,9 veces más probabilidad de ir a consulta médica que los hombres, los que no están trabajando tienen 8,4 veces más probabilidad de ir al médico que el que se encuentra trabajando y la tenencia de alguna enfermedad crónica

eleva en 38,8 veces la probabilidad de ir al médico con relación a las personas que no padecen de alguna de esas enfermedades.

4.2 Hospitalización

El Sistema Nacional de Salud está concebido en función de brindar la mayor cantidad de servicios de salud en el primer nivel de atención, el cual organiza sus servicios de salud desde la prevención de enfermedades, hasta el ingreso domiciliario atendido por el médico y la enfermera de la familia, en los casos que esto procede, el segundo nivel de hospitalización se realiza en los Policlínicos Principales de Urgencias (PPU) y en los hospitales.

De aquí que el porcentaje de adultos mayores que han estado ingresados en hospitales es bajo, y responde solo a los que estuvieron ingresados en un hospital al menos una noche en los últimos cuatro meses. Se hospitalizaron el 6.1% de los adultos mayores, siendo ligeramente superior en las mujeres que en los hombres (Cuadro 12).

Cuadro 12. Ciudad de La Habana. Porcentaje de adultos mayores que se hospitalizaron en los últimos 4 meses por sexo. Año 2000.

Hospitalización	Total	Hombres	Mujeres
Cuba	6.1	5.9	6.2
Brasil	5.9	7.1	5.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE de Cuba, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005, y la Base de Datos de SABE de Brasil, en Encuesta SABE- **Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe**, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2005.

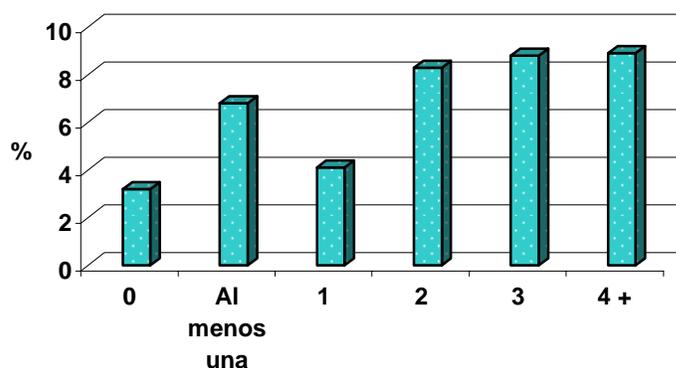
Comparando este nivel de hospitalización con otros contextos, en este caso la información para Brasil, que realizó la misma encuesta SABE, organizada por la OPS, se constata que el nivel de hospitalización en el estudio para Brasil es semejante en cuanto al nivel de los porcentajes, teniendo que las mujeres cubanas presentan una pequeña

proporción de ingresos hospitalarios que las brasileñas, mientras que en los hombres es al contrario, los cubanos presentan menos proporción que los brasileños.

Cuando se analiza la hospitalización de los adultos mayores, según la presencia de enfermedades crónicas (Figura 12), se observa que se duplica el porcentaje de personas hospitalizadas cuando se tiene al menos una enfermedad crónica, con relación a los que no presentan enfermedades crónicas.

Si analizamos el nivel de hospitalización según la cantidad de enfermedades crónicas, hay un aumento de la proporción de hospitalizaciones a medida que aumenta el número de enfermedades, duplicándose el porcentaje de personas hospitalizadas cuando presentan 2 o más enfermedades con relación a una enfermedad. Esto puede deberse al agravamiento del estado de salud cuando se tienen más de una enfermedad, sobre todo en el caso de los adultos mayores que necesitan la hospitalización, provocando una complicación en el cuadro de salud.

Figura 12. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según cantidad de enfermedades crónicas. Ambos sexos.



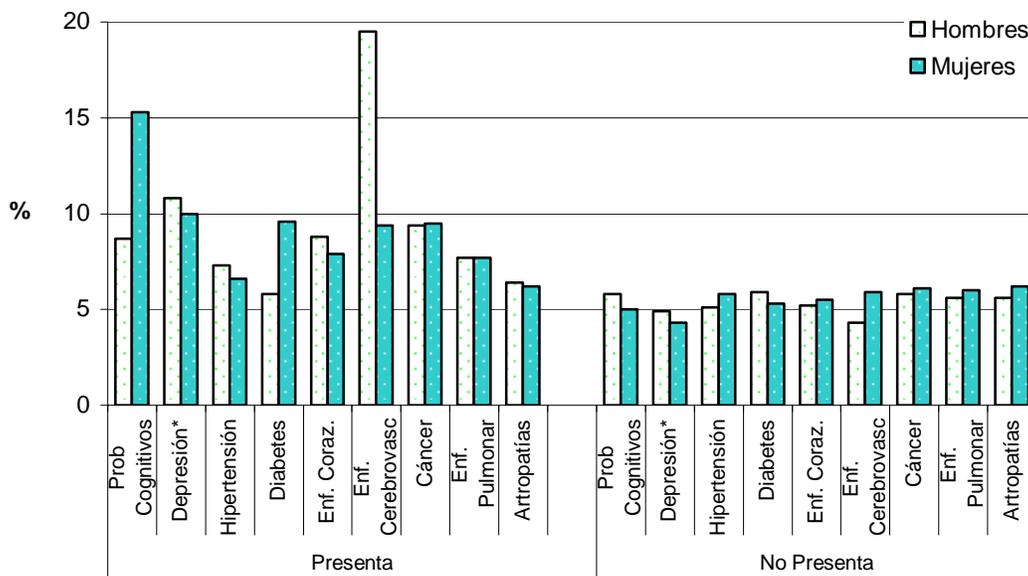
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Si analizamos el nivel de hospitalización según la cantidad de enfermedades crónicas, hay un aumento de las hospitalizaciones a medida que aumenta la cantidad de éstas, duplicándose el porcentaje de personas hospitalizadas cuando presentan 2 o más enfermedades con relación a una enfermedad.

Por lo general, tanto en hombres como en mujeres, la presencia de enfermedades hace que aumente el porcentaje de hospitalización. (Figura 13) En el caso de la depresión, presenta asociación significativa con la hospitalización, teniendo que la proporción de hospitalizaciones cuando tienen la enfermedad, aumenta en el doble con respecto a los que no la tienen, tanto para hombres como para mujeres.

En el caso de las mujeres, la diabetes y el deterioro cognitivo, son enfermedades que tienen asociación significativa con la hospitalización. La proporción de hospitalizaciones cuando presentan diabetes aumenta en el triple, mientras que cuando presentan deterioro cognitivo es del doble con respecto a las que no presentan estas enfermedades.

Figura 13. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según enfermedades y sexo.

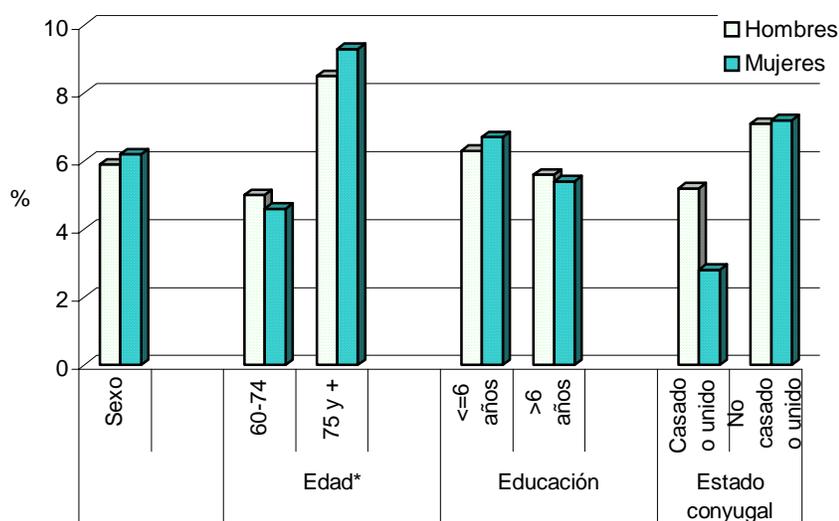


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

En los hombres, la enfermedad cerebrovascular presenta asociación significativa con la hospitalización, aumentando casi cinco veces la proporción de hospitalización cuando se tiene enfermedad cerebrovascular.

Las variables estudiadas en la Figura 14, revelan que en el caso del sexo, no se da una variación importante en los niveles de hospitalización. Con relación a la variable edad si hay una diferencia estadísticamente significativa, cuando la persona tiene 75 años o más, el porcentaje de hospitalización es mayor (más de un 8%), teniendo mayor porcentaje las mujeres, con respecto a poco más de 4% en el grupo de 60-74 años.

Figura 14. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según variables socio- demográficas y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

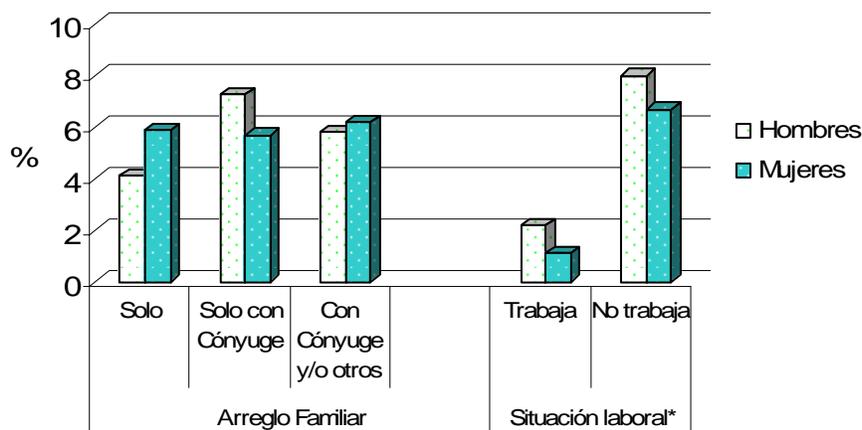
Entre la hospitalización y el nivel de educación, se tiene que, los que tienen 6 años o menos de estudio, del total de mujeres cerca del 7% se hospitalizan y en los hombres es

cerca de 6%; los que tienen más de 6 años de estudio tienen un menor porcentaje de ingresos hospitalarios.

En cuanto al estado conyugal también es significativo el hecho de que los que no están casados o unidos, tanto en hombres como en mujeres se hospitalizan cerca del 7%, mientras que los que están casados o unidos del total de hombres se hospitalizaron el 5%, siendo menor en las mujeres, cerca del 3%.

En cuanto a los arreglos familiares (Figura 15) se tiene que los que viven solos, tienen menos hospitalizaciones, que los que viven solos con cónyuge y los que viven con cónyuge y/o otros. En el caso de vivir solo con el cónyuge, del total de hombres se hospitalizaron el 7,3%, siendo mayor que en las mujeres que viven solas con cónyuge.

Figura 15. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según características socio-económicas y sexo.

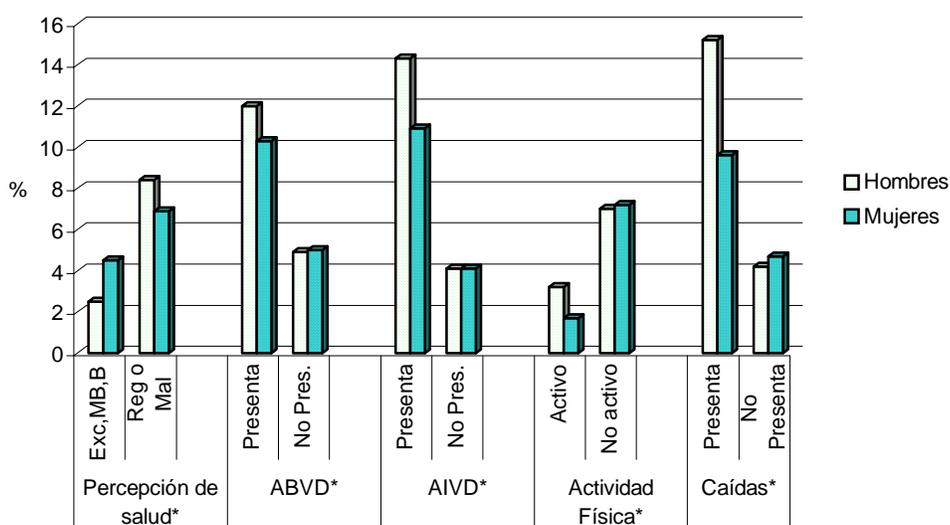


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

La situación laboral es estadísticamente significativa con relación a la hospitalización. Del total de mujeres que trabajaban, el 1,1% se hospitalizó, mientras que de las que no trabajaban se hospitalizó el 6,7%. En el caso de los hombres sucede de forma semejante, se hospitalizan más los que no trabajan. Tanto para los que trabajan como los que no trabajan, los hombres se hospitalizan más que las mujeres.

Las variables relacionadas con la percepción de salud, limitación en las actividades funcionales, la actividad física y las caídas (Figura 16) son estadísticamente significativas con relación a la hospitalización. Al igual que sucedió en asistir a consultas, en la hospitalización influye la percepción de salud, los que se sienten regular o mal tienen mayor porcentaje de hospitalización, y es mayor en hombres que en mujeres.

Figura 16. Porcentaje de hospitalización de los adultos mayores según percepción de salud, limitaciones funcionales y actividad física por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Tener limitaciones en las actividades de la vida diaria, tanto en instrumentales como en las básicas, aumenta el porcentaje de hospitalización, siendo mayor en los hombres, en ABVD es de 12% y en AIVD de 14%. Con relación a las mujeres, del total que presenta limitaciones, cerca del 10% se hospitaliza entre las que presentan tanto limitaciones básicas como instrumentales. Los que no presentan, tienen entre un 4 y un 5% de hospitalización para ambos sexos.

En relación con la realización de actividad física y la hospitalización, aumenta el porcentaje de hospitalización en los que no realizan actividad. Del total de mujeres, las hospitalizadas que no realizan actividades son el 7,2%, mientras que las que sí realizan actividades solo se hospitalizan menos de 2%. Para los hombres sucede de forma similar en los que no realizan actividad física, mientras que los que sí realizan actividad física, tienen mayor grado de hospitalización.

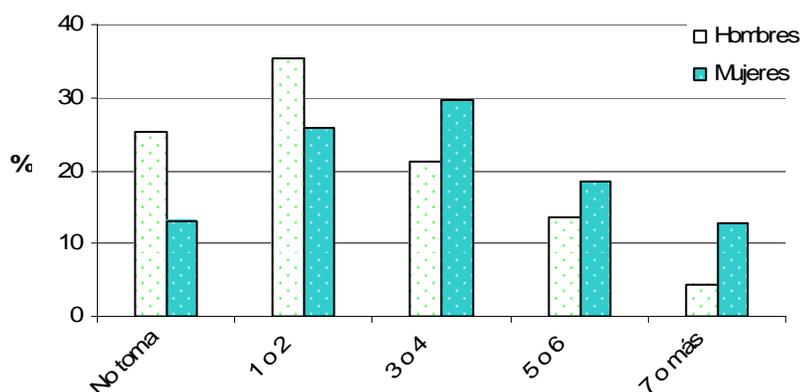
La hospitalización en relación con las personas que tuvieron caídas en los últimos doce meses, es superior a los que no presentaron caídas, en el caso de las mujeres se duplica el porcentaje, y entre los hombres se triplica.

4.3 Consumo de medicamentos

Los adultos mayores que consumen medicamentos presentan diferencias por sexo, un 25% de los hombres no consumen medicamentos, mientras que en las mujeres son un 13% las que no consumen medicamentos. Por tanto, hay mayor proporción de mujeres que consumen medicamentos que de hombres. (Figura 18)

Si analizamos la cantidad que se consume, en 1 o 2 medicamentos son los hombres los que tienen mayor por ciento de consumo, para ir disminuyendo la proporción de personas que consumen a medida que aumenta la cantidad de medicamentos, y las mujeres presentan igual comportamiento que los hombres, pero en una mayor proporción que estos. (Figura 17)

Figura 17. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según cantidad de medicinas y sexo.

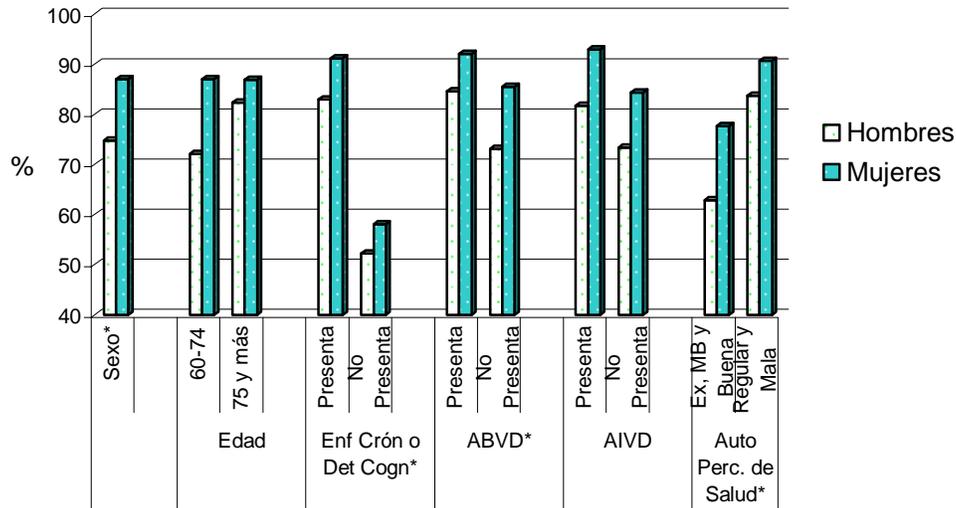


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

El sexo en relación con el consumo de medicamentos es estadísticamente significativo (Figura 19), las mujeres tienen mayor porcentaje de consumo de medicamentos que los hombres, como se analizó en la figura anterior. Con respecto a la edad, se dan diferencias en el caso de los hombres, los más viejos consumen más que los más jóvenes, mientras que las mujeres no presentan diferencias en el consumo por edad.

Presentar enfermedades crónicas o deterioro cognitivo con relación a tomar medicina es estadísticamente significativo (Figura 18). Del total de hombres que presentan enfermedades, algo más del 80% consume medicamentos, y en las mujeres es de más del 90%. Los que no presentan enfermedades tienen mucho menor porcentaje de consumo de medicamentos, cerca de 50% en los hombres y casi 60% de las mujeres. La presencia o no de limitaciones en las actividades de la vida diaria tiene relación con tomar medicinas, su consumo aumenta en los que presentan las limitaciones tanto en ABVD como en AIVD y para ambos sexos.

Figura 18. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores según edad, enfermedades crónicas o deterioro cognitivo, limitaciones y autopercepción de salud por sexo.

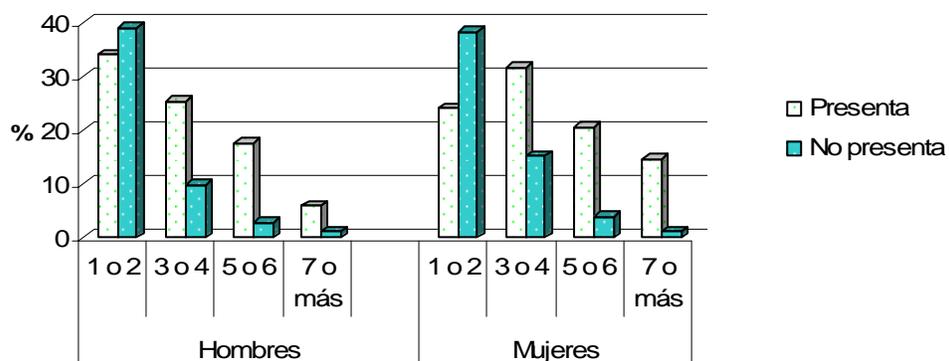


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

La percepción de salud con relación a tomar medicinas es estadísticamente significativa, de los que tienen una percepción de salud regular o mala, las mujeres consumen medicamentos en un 90%, mientras que en los hombres es de un 83%. El consumo de medicamentos disminuye considerablemente en los que se sienten excelente muy bien o bien, del total de hombres es el 62,8% y en las mujeres del 77%.

En cuanto a la relación entre las enfermedades crónicas o deterioro cognitivo con la cantidad de medicinas que consumen (Figura 19), se encontró que en relación a tomar uno o dos medicinas, los hombres que presentan enfermedades se encuentran en mayor proporción que las mujeres. Ha medida que aumenta la cantidad de medicinas que toman, son las mujeres las que consumen más.

Figura 19. Porcentaje de consumo de medicamentos de los adultos mayores que presentan enfermedades crónicas o deterioro cognitivo según cantidad de medicamentos por sexo.

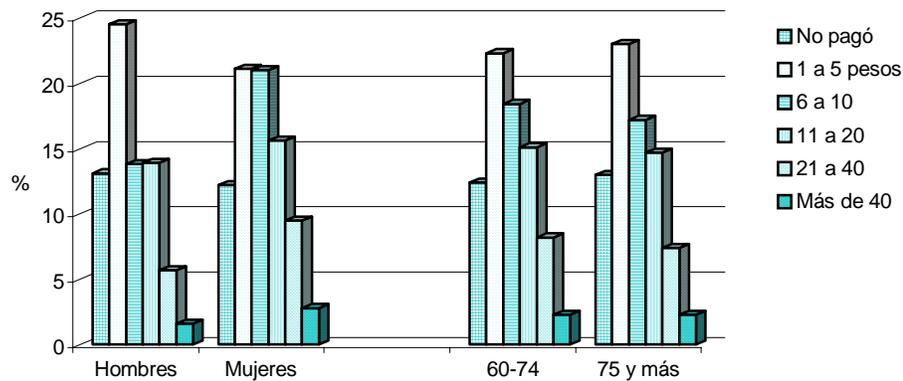


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Con relación al pago de las medicinas según su costo (Figura 20), se encontró que tanto en las mujeres como en los hombres, los que no pagaron las medicinas están entre un 12 y un 13% respectivamente.

Cuando el gasto en medicamentos fue de 1 a 5 pesos, se encontró que lo pagó el 25% de los hombres, mientras que en las mujeres fue de casi 20%. Ha medida que aumenta el gasto, disminuye la proporción de personas que gastan en medicamentos tanto en hombres como en mujeres, aunque la proporción de mujeres que gastan más es mayor que en los hombres.

Figura 20. Porcentaje de adultos mayores que pagan medicinas según el gasto en medicinas por sexo y edad.

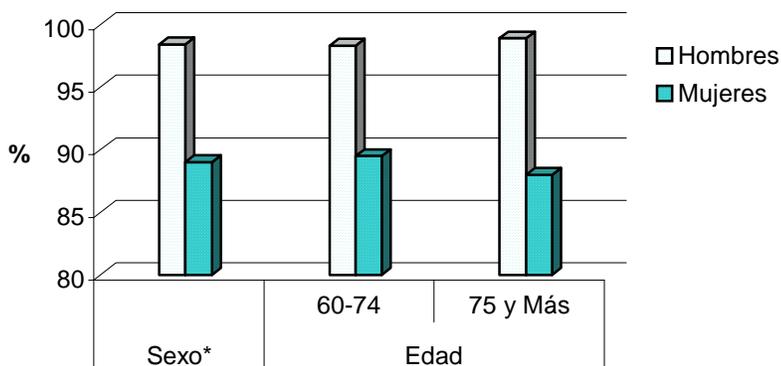


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Teniendo en cuenta la edad, vemos que no se encontraron diferencias significativas en el pago de los medicamentos entre los más jóvenes y los más viejos, teniendo un comportamiento similar por edad para todos los grupos de gastos en medicinas.

Con relación a la disponibilidad de ingresos (Figura 21), se encontró en los adultos mayores diferencias estadísticamente significativas por sexo, siendo mayor el porcentaje de hombres que recibe algún ingreso que las mujeres. Por edad no se aprecian diferencias en recibir ingresos entre los más jóvenes y los más viejos.

Figura 21. Porcentaje de adultos mayores que reciben algún ingreso por sexo y edad.

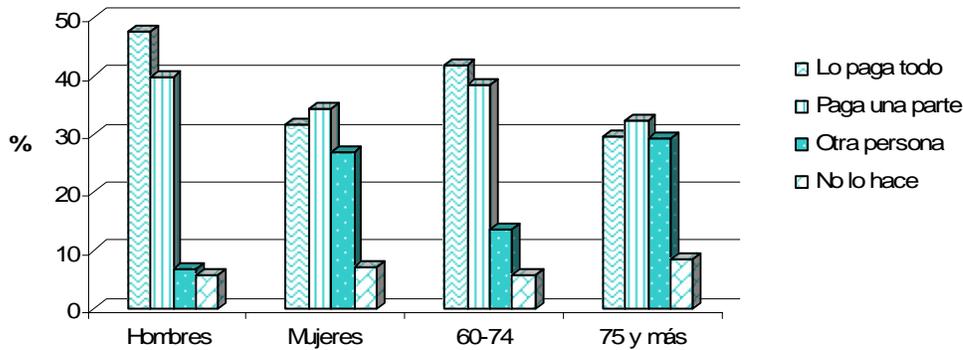


Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

De acuerdo a como los adultos mayores efectúan el pago de medicamentos (Figura 22), en los hombres los mayores porcentajes se encontraron en lo paga todo o una parte, mientras que en las mujeres tienen un menor porcentaje de pagar todo o una parte, aumentando considerablemente la proporción de mujeres que el pago lo realiza otra persona.

En cuanto a las diferencias por edad, se encontró que los hombres y los más jóvenes se comportan de manera similar, y los más viejos y las mujeres también de manera similar.

Figura 22. Porcentaje de adultos mayores según como efectúan pago de medicamentos por sexo y edad.



Fuente: Elaboración

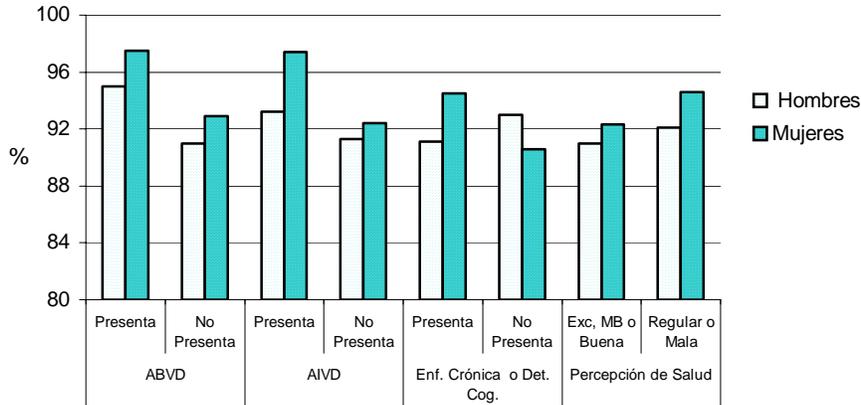
propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Las diferencias por sexo de pagar los medicamentos, están dadas principalmente porque existe una mayor proporción de hombres que trabajan o que trabajaron en algún momento de su vida y reciben alguna pensión, mientras que por lo general las mujeres, tienen un alto grado de amas de casa, que nunca trabajaron y que dependían económicamente del cónyuge, en el caso de las mayores de 75 años se encuentran en peor situación, ya que hay más mujeres viudas por tanto no tienen su pareja para hacerle frente a los gastos y por tanto acudir a familiares u otros.

Analizando la población adulta mayor según si recibe alguna ayuda⁴⁷, se observa que las mujeres reciben más ayuda que los hombres, y la presencia de alguna limitación funcional o enfermedad incrementa la proporción de personas que reciben alguna ayuda, excepto en los hombres con enfermedades crónicas o deterioro cognitivo. Con relación a la percepción de salud, los que la perciben como regular o mala, tienen mayor proporción de personas que reciben ayuda con relación a los que se perciben con buena salud. (Figura 23)

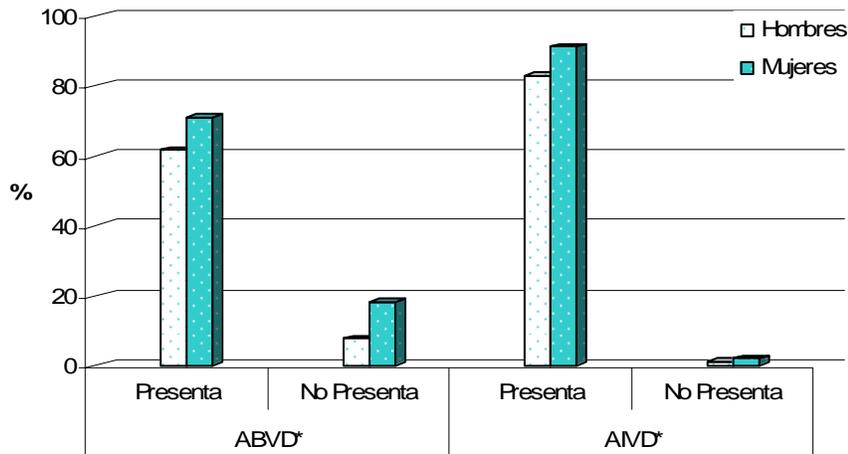
⁴⁷ Recibir alguna ayuda en: dinero, servicios, cosas, compañía y otros.

Figura 23. Porcentaje de la población adulta mayor que recibe alguna ayuda según enfermedades, limitaciones y percepción de salud por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Figura 24. Porcentaje de limitaciones funcionales de los adultos mayores según si recibe apoyo por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Teniendo en cuenta las redes de apoyo de las personas que presentan limitaciones funcionales (Figura 24), se observa que las personas que presentan limitaciones en las ABVD y en las AIVD, reciben apoyo en mayor proporción que las que no presentan, siendo mayor en las AIVD que en las ABVD, tanto en hombres como en mujeres. Se da un diferencial por sexo en recibir apoyo a favor de las mujeres.

4.4 Reflexiones parciales

A modo de resumen de las condiciones o características que presentan los adultos mayores en cuanto al uso de los servicios médicos tenemos:

En realización de consultas en el último año, más de las dos terceras partes de los adultos mayores asistieron a consulta, siendo mayor la proporción en mujeres. En el análisis estadístico realizado se obtuvo una asociación significativa de determinadas variables de los adultos mayores con relación a asistir a consulta, estas son el sexo, la situación laboral, las enfermedades crónicas, la percepción de salud y las limitaciones funcionales.

En el caso de las hospitalizaciones, menos de la décima parte de los adultos mayores estuvo al menos una noche en los últimos cuatro meses hospitalizado. Las variables que tienen asociación significativa son la edad, el estado de salud y la situación laboral para ambos sexos.

Un elevado porcentaje de adultos mayores consumen medicinas, teniendo entre las variables que tienen asociación significativa el sexo, la percepción de salud, las enfermedades, las limitaciones funcionales tanto en hombres como en mujeres.

El porcentaje de adultos mayores que reciben ingresos se diferencia en cuanto a sexo, no así por edad. El pago de los medicamentos está influido por el sexo y la edad, en este caso las mujeres y los más viejos pagan menos los medicamentos por sí solos.

La mayoría de los adultos mayores recibieron algún tipo de ayuda. Las variables que más influyeron en la proporción de los que recibieron ayuda son el sexo, las enfermedades,

las limitaciones funcionales y la percepción de salud. Este indicador es importante para visualizar una subpoblación que puede estar en situación de riesgo, que serían los adultos mayores que no cuentan con redes de apoyo, tanto a nivel familiar como social.

Reflexiones finales

El estudio del perfil sociodemográfico y de salud de los adultos mayores arrojó un diferencial importante en desventaja de las mujeres y los adultos mayores de mayor edad en cuanto a nivel de educación, presencia de enfermedades y limitaciones funcionales.

Estos resultados pueden contribuir a explicar el bajo nivel del diferencial por sexos de la esperanza de vida en Cuba. En este sentido, las mujeres cubanas viven más que los hombres, pero, comparando el nivel de esperanza de vida con países que tienen similar valor, las mujeres cubanas viven menos años que lo que les correspondería vivir.

Estos programas y acciones en función de los adultos mayores todavía son de reciente implementación, lo cual unido a las condiciones económicas del país, hace que su desarrollo no esté en correspondencia con la proporción de adultos mayores que presenta el país, creándose un desequilibrio entre las necesidades sociales y de atención de salud de los adultos mayores en el país y la oferta de estos.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, el asistir a consulta en el último año estuvo relacionado significativamente con el sexo, la situación laboral, la percepción de salud, las enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales.

Por otro lado, el haber estado hospitalizado en los últimos cuatro meses estuvo relacionado significativamente con la edad, la situación laboral, las limitaciones funcionales y las enfermedades.

Se corroboran en el estudio realizado que existen tanto factores biológicos, como socio-económicos que influyen en las condiciones de salud en los adultos mayores, y que también se verifican en el caso del acceso diferenciado a los servicios de salud. En este sentido se hallaron diferencias principalmente por sexo, situación laboral y presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

Resulta importante a destacar que no se halló asociación significativa entre el nivel de educación y el uso de ambos servicios de salud, por lo cual no se cumple la hipótesis planteada al respecto inicialmente, y que estaba sustentada en cuanto a la importancia de esta variable en otros contextos.

Teniendo en cuenta que la población de la tercera edad en el país en la actualidad es de alrededor del 15%, y las condiciones socio-económicas y de salud que estos presentan, se requiere de servicios de salud especializados y otros servicios sociales, que resultan insuficientes, de acuerdo con su demanda en la actualidad.

Según las proyecciones de población, se espera que hacia el 2020, la población adulta mayor sea superior al 20%, por lo que este aumento implicará en el corto y mediano plazo un aumento de la demanda de estos servicios, provocando un aumento de los costos en cuanto a la atención diferenciada a este segmento de la población.

En función de lograr una esperanza de vida saludable y un envejecimiento con mayor calidad, ya se están dando pasos en nuestra sociedad, con la elaboración de programas y políticas que integren los distintos sectores, para dar un mayor impulso en los próximos años a las estrategias trazadas.

Bibliografía

Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, Formato Electrónico, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Benítez Pérez, María Elena, **Cuba. El Sistema de Salud frente a una población que envejece**, en la Octava Conferencia de Actuarios y Financistas a nivel internacional, Montevideo, Uruguay, Formato Electrónico, Junio 2003.

Bongaarts, John y Susan Cotts Watkins (1996), "Social interactions and contemporary fertility transitions", Population Council Research Division Working Paper, N° 88, Nueva York, Population Council.

Castro Ruz, Fidel, Discurso pronunciado en ocasión del aniversario 47 de su entrada en Pinar del Río, en el acto por la culminación del montaje de los grupos electrógenos en esa provincia. Pinar del Río, 17 de enero de 2006.

Chackiel, Juan, **La dinámica demográfica en América Latina**, Serie Población y Desarrollo #52, CELADE, Chile, mayo del 2004.

Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, Organización Panamericana de Salud, **Conclusiones preliminares del Taller de Esperanza de Vida Saludable**, Ciudad de La Habana, enero 2006.

CEPAL, **Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas**, Brasil, 2002.

Comisión de la Unión Europea, El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores. Garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera, geninfo/legal_notices_es.html, 5 de diciembre, 2001. (Consultado noviembre del 2005)

Dror, D., Jacquier, C. **Microseguro: extensión del seguro de salud a los excluidos**, Revista Internacional de Seguridad Social, Vol. 52, Núm. 1, 1999.

Frenk, Julio, **La Salud de la población. Hacia una nueva salud pública**, <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>. (Consultado noviembre del 2005)

Gómez León, Madelín, **Extensión y calidad de la supervivencia**, trabajo de diploma presentado en opción a la Licenciatura en Economía, Facultad de Economía- Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, julio del 2003.

Gómez, Rubén Darío, **La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?**, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, La Habana, septiembre de 2001.

Guzmán, José Miguel; Sosa, Zulma, **Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín Informativo**, CELADE/CEPAL, División de Población, Santiago de Chile, marzo de 2002.

Herrera León, Lorenzo, **Patrón y nivel de la sobrevivencia fetal en Cuba. 1998-2002**, Trabajo de aspirante a Doctor en Ciencias Económicas, Centro de Estudios Demográficos, La Habana, diciembre 2005.

Hernández Castellón, Raúl, **Estudio comparativo sobre el envejecimiento de la población en España y Cuba: Análisis de planes de acción**, Centro de Estudios Demográficos, Ciudad de La Habana, julio 2003.

Hernández Castellón, Raúl, **El Proceso de La Revolución Demográfica en Cuba**, Editorial Ciencias Sociales. 2da Edición, Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos, mayo, 1986.

Hernández Castellón, Raúl, **Los Modelos de Atención a los Adultos Mayores en Cuba. Algunas consideraciones**, en Revista Novedades en Población. Difusión de los resultados científicos, de la necesidad a la realidad, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de la Habana, No. 1, Formato Electrónico, enero-junio del 2005.

House JS, Kessler RC, Herzog AR., **Age, socioeconomic status, and health**, Milbank Q. 1990; 68(3):383-411. PMID: 2266924 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Lage Dávila, Carlos, **Acuerdo # 3790 del Consejo de Ministros**, Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, La Habana, Octubre, 2000.

Lalonde, M., **A new perspective on the health of Canadians**, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1994, en **Medicina preventiva y salud**

pública, G. Piédrola Gil, J Del Rey Calero, M. Domínguez Carmona, 9na edición, 1994.

Lebrao M. Lúcia, Oliveira Duarte, Yeda, **SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O Projeto Sabe no município de Sao Paulo: uma abordagem inicial**, ISBN: 85-87943-30-8. 1ra Edicáo, OPS, Brasilia, 2003.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et. Al., **Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe**, The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health, Lancet 1997.

Marín, Clara, **Envejecimiento de la Población y sus repercusiones sobre el sector de la Salud en Cuba**, CELADE, Santiago de Chile, 1995.

Matanyaire, Sandra D., **The AIDS Transition: impact of HIV/AIDS on the demographic transition of black/African South Africans by 2021**, University of the Western Cape., November 2004.

Ministerio de Salud Pública, **Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015**. Documento de trabajo, informe preliminar, Ciudad de La Habana, 2005.

Montejo de la Torre, Ernesto; López Pardo, Cándido; et al., **Salud para todos. Sí es posible**, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, La Habana, 2004.

Organización Mundial de la Salud, **La OMS lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población**. 6 de septiembre, 2004, Ginebra.

Prieto Ramos, et al, **Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas**, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 2da edición, Ciudad de la Habana, Cuba, 1996.

ANEXOS

Anexo 1. Análisis Estadístico de Variables Seleccionadas.

	<u>Análisis Descriptivo (Bivariado)</u>		<u>Análisis Multivariado</u> (Modelo Regresión Logística)	
	Percepción de	Limitaciones en	Percepción	(AVD)
	Salud	(AVD)	Salud	
NS: No Signif.				
S: Significativo				
Sexo (Ref: Mujer)	S	S	S	S
Edad	<u>NS</u>	S		
60-69			S	S
70-74			<u>NS</u>	S
75+ (var Ref.)				
Arreglos familiares	<u>NS</u>	S	<u>NS</u>	S
Casado o unido	S	S	<u>NS</u>	<u>NS</u>
Nivel de Educ.	S	S		
Primaria (Var Ref.)				
Secundaria o			<u>NS</u>	S
Pre universitario				
Universitario			S	S
Enfermedades Crónicas	S	S	S	S
Nivel Socioeconómico	S	<u>NS</u>	<u>NS</u>	<u>NS</u>
Limitaciones en AVD	S		S	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 2. Análisis multivariado con Modelo de Regresión Probit.

Limitaciones en Actividades de la vida diaria (AVD) (no presenta)

Variable	Categoría	Categoría de referencia	Cambio
Edad	60-69	(75 +)	0.2603
Enfer. Crónicas	No presenta	(Presenta)	0.1745
Nivel Educación	Universitario	(Primario)	0.1561
Edad	70-74	(75 +)	0.1474
Arreg. Familiares	Solo o con esposo	(con otros)	0.0967
Sexo	Hombres	(Mujeres)	0.0965
Nivel Educación	Secundaria o Preuniv.	(Primaria)	0.0828

Percepción de salud (E, MB, B)

Variable	Categoría	Categoría de referencia	Cambio
Enfer. Crónicas	No presenta	(Presenta)	0.3800
Limit. en AVD	No presenta	(Presenta)	0.2717
Nivel Educación	Universitario	(Primaria)	0.2699
Edad	75 +	(60-69)	0.0704
Sexo	Hombres	(Mujeres)	0.0594

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 3. Análisis Descriptivo Bivariado, asistir a consulta médica en los últimos 12 meses según covariables por sexo.

	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Asistió	No As.	Asistió	No As.	Asistió	No As.
Sexo *	73,7	26,3	65,9	34,1	79,1	20,9
Edad						
60-74	72,5	27,5	64,5	35,5	78,7	21,3
75 y más	76,3	26,3	69,8	30,2	79,7	20,3
Nivel Educación						
Hasta Primaria	74,5	25,5	67,3	32,6	78,4	21,6
Media o superior	72,6	27,4	64,6	35,4	80,1	19,9
Estado Conyugal						
Casado o Unido	71,7	28,3	67,4	32,6	80,1	19,9
Divorc, Viudo, Soltero	75,0	25,0	63,2	36,8	78,8	21,2
Arreglos Familiares						
Solo	71,6	28,4	64,0	36,0	75,6	24,4
Con Cónyuge solo	70,1	29,9	67,3	32,7	75,7	24,3
Con Otros y/o Cóny.	74,5	25,5	65,8	34,2	79,8	20,2
Trabaja	*		*		**	
Si	76,7	23,3	70,2	29,8	79,9	20,1
No	61,9	38,1	58,4	41,6	70,8	29,2
Ingreso Total						
Si	73,6	26,4	65,7	34,3	79,5	20,5
No	75,2	24,8	79,2	20,8	74,7	20,5
Nivel Socioecon.						
Bajo	73,2	26,8	62,8	37,2	80,1	19,9
Medio	73,4	26,6	68,4	31,6	77,2	22,8
Alto	76,7	23,3	74,6	25,4	78,0	22
Enfermedades Crón.	*		*		*	
Presenta	81,7	18,3	76,4	23,6	84,8	15,2
No Presenta	40,8	59,2	38,4	61,6	44,1	55,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 4. Asistir a Consulta en los últimos 12 meses según variables que dieron significativas. (Análisis multivariado. Regresión Probit)

			Cambio
Sexo	Mujer	(Refer: Hombre)	0.0790
Trabaja	No Trabaja	(Refer: Trabaja)	0.0843
Enf. Crónica	Presenta	(Refer: No Presenta)	0.3875

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos de SABE, en Alfonso, J. C; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; et. al; Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, **SABE, Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Ciudad de La Habana, Cuba. Año 2000**, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, ISBN: 959-7119-36-6, Ciudad de la Habana, 2005.

Anexo 5. Costos tangibles e intangibles relacionados con la pérdida de salud en los adultos mayores.

Costos Tangibles

Para el Sistema Nacional de Salud

Preparación del personal especializado en geriatría, fisiatría entre otras especialidades.

Equipos y tecnología de avanzada

Medicamentos

Instrumentos o medios de apoyo a los adultos mayores como: andador, bastón, sillas de ruedas, entre otros.

Atención profesional y seguimiento a los hogares de ancianos, círculos de abuelos y casas del abuelo.

Reparación y construcción de salas de geriatría y otras edificaciones propias para la atención de los adultos mayores.

Gastos por concepto del Programa Integral de Atención al Adulto Mayor.

Para el adulto mayor y sus familiares

Disminución de las capacidades para la actividad laboral.

Disminución de los ingresos por concepto de pensión o jubilación.

Gastos en medicamentos y alimentación

Gastos en pago a cuidadores o compañía

Pérdida de horas de trabajo por parte de la familia para atender al adulto mayor.

Gastos en transporte relacionados con la atención médica.

Gastos en investigaciones relacionadas con los adultos mayores.

Costos Intangibles

Pérdida de autonomía.

Pérdida de capacidades físicas y mentales

Reorganización familiar para la atención al adulto mayor con discapacidad o enfermedad

Disminución de la interacción social

Sufrimiento

Inseguridad

Pérdida de años de vida saludable

Fuente: Elaboración propia a partir del esquema orientado por Gálvez, A. M., Especialista en Economía de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, enero 2006.

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
UNIVERSIDAD DE LA HABANA**

**CUBA. ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD
EN LOS NOVENTA**

Lic. Nodalys González Soto

**Ciudad de La Habana
Septiembre de 2005**

© Lic. Nodalys González Soto, 2006
© Sobre la presente edición:
Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
de la Universidad de La Habana, 2006
Avenida 41 No 2003, Playa. Ciudad de la Habana
Cuba
ISBN: 959-7005-47-6

ISBN 959-7005-47-6



9 789597 005476

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	5
I. Estructura de la fecundidad. Camino por andar	7
I.1 Aproximaciones teóricas al estudio de la fecundidad	10
II. Perspectiva teórica para el estudio de la fecundidad y su estructura. El caso de Cuba	22
II.1 Consideraciones teóricas sobre la transición demográfica.....	22
II.2 Niveles de fecundidad en el mundo.....	25
II.3 Apuntes en torno a la transición demográfica en Cuba	28
III. ¿Fecundidad tardía a inicios del XXI?	36
III.1 Estructura de la fecundidad cubana antes de los noventa	36
III.2 Estructura de la fecundidad cubana después de los noventa	40
III.3 Edad media de la fecundidad en Cuba	50
Comentarios finales	52
Bibliografía	54
Anexos	58

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Título	Página
1	Resultados de la investigación realizada por las Naciones Unidas en 1965, teniendo en cuenta 72 países.	15
2	Tasa Global de Fecundidad y Esperanza de Vida al Nacer en seis países de América Latina según etapa de la Transición Demográfica (1970-1975 y 1995-2000)	24
3	Tasa Global de Fecundidad. Países seleccionados (2004)	25
4	Cuba. Estructura de la Fecundidad por edades. 1990-2003.	41
5	Cuba. Diferencias porcentuales de la estructura de la fecundidad. Trienios seleccionados	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

No.	Título	Página
1	Modelos de estructura de la fecundidad por edades. (1965).	13
2	Modelos de estructura de la fecundidad por edades. (1996)	19
3	Tasa Global de Fecundidad. Países seleccionados. 2004.	26
4	Cuba. Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción. 1970-2002.	33
5	Cuba. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edades. 1899,1919, 1953.	37
6	Cuba. Estructura de la fecundidad. 1970, 1982, 1989.	39
7	Cuba. Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción. 1990-2002.	40
8	Cuba. Estructura de la fecundidad por edades. 1990-2003.	42-43
9	Cuba. Estructura de la fecundidad por edades. Trienios seleccionados.	44
10	Cuba. Ordenamiento jerárquico de la estructura de la fecundidad por grupos de edades. 1990-2002.	46
11	Medidas de posición de la distribución de la fecundidad. 1990-2002.	48
12	Cuba. Estructura de la fecundidad. 1990, 1995, 2002.	49
13	Cuba. Edad media de la fecundidad y edad media del primer hijo. 1990-2002.	51

INTRODUCCIÓN

En el proceso de la transición demográfica en Cuba, la variable fecundidad ha mostrado características que la han distinguido, observándose un proceso paulatino de descenso, que se inicia desde principios del siglo XX, hasta llegar en el año 1978, a ubicarse por debajo del nivel de reemplazo generacional. El proceso de descenso se ha acelerado tras los cambios sociales ocurridos a principios de los años sesenta, acompañado por una creciente homogeneización de la conducta reproductiva en los diferentes grupos sociales y en los diferentes territorios.

No obstante, al interior de este comportamiento se pueden encontrar algunas inequidades ampliamente estudiadas en el contexto nacional e internacional destacándose altos niveles de fecundidad adolescente, elevada utilización del aborto, entre otros, para los cuales el país ha desarrollado estrategias o programas educacionales y de salud.

Paralelamente, la estructura de dicha variable, ha mostrado cambios a lo largo del período de manera independiente a los niveles de la misma, transitando de cúspides dilatada a temprana indistintamente.

Por su parte, existen varias investigaciones dirigidas al estudio de la fecundidad en Cuba, que anteceden a la presente intención. Tal es el caso de “Cuba: transición de la fecundidad, cambio social y conducta reproductiva”, realizada por investigadores de CEDEM, ONE, MINSAP, en la cual se sistematiza el rol de dicha variable en el proceso transicional destacándose sus tendencias, inequidades y determinantes del cambio.

Un resultado interesante en dicha investigación es la existencia de una estructura temprana de la fecundidad, hacia el año 1992, con valores máximos en las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, desde esa fecha por más de diez años, no se ha registrado un estudio particular que le dé continuidad en términos de estructura, o sea, la intención de la investigación es medir la magnitud de los cambios experimentados en la estructura de la fecundidad cubana en los 90s, a partir de sistematizar las series cronológicas de la estructura de la fecundidad cubana en el decenio y cuantificar los cambios que se han producido. Pues si bien los niveles de la fecundidad se mantienen estables en valores bajos,

sí se pudiesen experimentar cambios en la estructura, toda vez que esto ha sucedido en el pasado.

I. ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD. CAMINO POR ANDAR

La Transición de la Fecundidad cubana se ha caracterizado por un proceso de franco descenso desde la primera mitad del siglo XX, manteniéndose en niveles relativamente estables y bajos dentro del contexto latinoamericano durante estos primeros 50 años (tasa global de fecundidad (TGF)¹ de 3.6 hijos por mujer en 1953), con un incremento significativo pero circunstancial alrededor de los años 60, producto de importantes cambios sociales a nivel nacional y global, alcanzando su clímax en el año 1963, con un valor de TGF de 4.7 hijos por mujer.

Sin embargo, a partir del año 1964 se reanuda el proceso de descenso que venía describiendo dicha variable, caracterizándose por su celeridad y homogeneidad, llegándose rápidamente a describir valores de la TGF por debajo del nivel de reemplazo, por primera vez, en el año 1978. (TGF de 1.95 hijos por mujer) Este reemplazo no se ha vuelto a recuperar en la historia de la fecundidad cubana, observándose solo discretas oscilaciones en orden descendente, llegando en la actualidad (2003) a una TGF de 1.63 hijos por mujer².

A partir de estimaciones en lo relativo a la estructura de la fecundidad antes de la década del 60, se expone una cúspide dilatada con valores máximos similares en los grupos de edades de 20-24 y 25-29 años, a partir de estos años la cúspide transita de dilatada a temprana con valores máximos en el primer grupo antes mencionado, aunque es de destacar la importante contribución a la fecundidad total de las más jovencitas (15-19 años). Estos valores se han calculado a partir de estimaciones

Con estos valores de la fecundidad cubana, homologables a los de los países desarrollados que históricamente han presentado bajos niveles de fecundidad, y que sitúan a Cuba a la cabeza de Latinoamérica, podría parecer que no es preciso un estudio puntual de algunas de sus peculiaridades.

¹ Número promedio de hijos que tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. (Miró, C., 2003)

² ONE, "Anuario Demográfico de Cuba 2003", La Habana, 2004.

Sin embargo, aún persisten entre los estudiosos cubanos numerosas interrogantes, insatisfechas en materia de investigación, acerca del comportamiento de la fecundidad en los últimos años del siglo XX y primeros del XXI, más allá de sus niveles. Estas giran en torno a: ¿Cuál ha sido la estructura de la fecundidad en estos años?, ¿Qué está ocurriendo al interior de los grupos de edades de las madres cubanas?, entre otras. Es propósito del presente trabajo dar respuesta a algunas de estas interrogantes y a otras vistas anteriormente.

Para la elaboración de esta investigación se consultaron publicaciones que describen de alguna manera, la trayectoria de la fecundidad cubana desde inicios del Siglo XX. Entre ellas, la de Luisa Álvarez³ en 1982, quien logra presentar los factores determinantes de la fecundidad hasta ese momento y exhorta a la realización de futuras aproximaciones que aborden el comportamiento de la variable y sus consecuencias.

El trabajo de Zulma Camisa⁴ en 1975, sirvió de guía teórica para incursionar en el tema. La autora a través de ejemplos numéricos logra una mejor comprensión en la interpretación, análisis y discusión de los valores de la fecundidad en cuanto a nivel y estructura. En ese mismo año, se publicó en Cuba por Sonia Catasús, entre otros⁵, un estudio sobre la evolución estimada de la fecundidad en Cuba de 1900 a 1950, que ayudó a la reconstrucción de la historia demográfica en nuestro país debido a la falta de información existente en la etapa de la seudorrepública.

Esta línea de estudio la continuaron otros estudiosos como Raúl Hernández, Alfonso Farnós y Fernando González⁶, quienes hacia 1985 mostraron las características de la reciente evolución de la fecundidad. En este mismo año, Alfonso Farnós⁷ publica un novedoso trabajo sobre el descenso que estaba mostrando la fecundidad en Cuba y su posible comportamiento futuro en el contexto de los procesos demográficos.

³ Álvarez, L., "La tendencia de la fecundidad en Cuba". Instituto de Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1982.

⁴ Camisa, Z., "Introducción al estudio de la fecundidad". CELADE, Costa Rica, San José, 1975.

⁵ Catasús, S., et. al., "Evolución estimada de la fecundidad en Cuba, 1900-1950". CEDEM, UH. La Habana, 1975.

⁶ Hernández, R., et. al., " Algunas características de la reciente evolución de la fecundidad en Cuba". CEDEM, UH, La Habana, 1985.

⁷ Farnós, A. "La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba". Ciudad de La Habana, 1985.

En su folleto de notas de clases “Enfoques sociológicos y técnicas del estudio de la fecundidad”, Raúl Hernández⁸ presenta una amplia teoría sobre la temática a través de conceptos, definiciones, técnicas y ejemplos ilustrativos, con la finalidad de conseguir una mejor comprensión para los principiantes en estudios de fecundidad.

Las Naciones Unidas a través de su Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, hace importantes aportes al tema de población, presentando en 1978 los niveles y las tendencias que estaba asumiendo la fecundidad en el mundo, constituyendo esto, una investigación clave por su alcance internacional a fin de comparar lo acontecido en el contexto mundial en materia de fecundidad.

En 1995 un colectivo de investigadores⁹, procedentes del Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y MINSAP, publicó un estudio general del proceso de transición de la fecundidad en Cuba, -principal antecedente de este trabajo-, en el cual se realiza un importante recuento histórico de la fecundidad cubana dentro del proceso transicional, resaltando las desarticulaciones e inequidades de este.

La metodología es de corte cuantitativa. A través de fuentes documentales, se describe la tendencia de la estructura de la fecundidad.

Para el análisis de la información fue preciso auxiliarse de técnicas estadísticas que sustentaran el mismo, como el cálculo de las medidas de posición de la distribución de la estructura de la fecundidad, la cual permite confirmar lo que está sucediendo con la curva de la estructura de la fecundidad.

Las principales fuentes de información consultadas fueron los “Anuarios Demográficos” de la ONE¹⁰ (años seleccionados) y el “Anuario Estadístico de Salud” del 2002¹¹. A partir de estas

⁸ Hernández, R., “Enfoques sociológicos y técnicas del estudio de la fecundidad”. Notas de clases, Universidad de Zacatecas, 1996.

⁹ UNICEF, et. al., “Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva”. UNICEF, CEDEM, ONE, FNUAP, MINSAP. La Habana, 1995.

¹⁰ ONE, “Anuario Demográfico de Cuba”. Años seleccionados.

¹¹ MINSAP, “Anuario Estadístico de Salud, 2002”. UNICEF, OMS, OPS, Dirección Nacional de Estadística del MINSAP. La Habana, 2003.

publicaciones se obtuvieron los datos para sistematizar la estructura de la fecundidad en los noventa.

En tanto, para realizar la actualización de los modelos empíricos de la estructura de la fecundidad, se utilizó la información procedente del “Demographic Yearbook-1999” en formato digital.

I.1 Aproximaciones teóricas al estudio de la fecundidad.

Las teorías explicativas de la fecundidad revisadas, no hacen un énfasis especial en la estructura. Es decir, que no se refieren a postulados y regularidades que describan su comportamiento. Hasta el momento solo ha sido posible encontrar aproximaciones empíricas, destacándose entre ellas las realizadas por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas¹² y por Zulma Camisa¹³.

El estudio de la fecundidad por edad, se realiza desde la recopilación en las estadísticas continuas de la información puntual para cada grupo de edades calculando sus bases y relativizándolos.

A partir de la tasa específica de fecundidad por edades¹⁴, se pueden realizar dos tipos de análisis de la fecundidad, transversal y longitudinal. El primero se refiere al estudio de mujeres que pertenecen a siete grupos de cohortes diferentes (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 y 45-49 años), los datos básicos reflejan la situación de un año determinado. En el segundo análisis, se estudia el comportamiento de una sola cohorte de mujeres, en una sola etapa de su período fértil. En la mayoría de los casos se efectúa el transversal, pues el longitudinal se hace más difícil de realizar, porque las estadísticas corrientes no permiten recolectar los datos.

¹² Naciones Unidas, “Boletín de población, No. 7”, Naciones Unidas, Nueva York, 1965.

¹³ Camisa, Z., “Introducción al estudio de la fecundidad”, CELADE, Costa Rica, San José, 1975.

¹⁴ La tasa específica de fecundidad por edades se calcula durante el período reproductivo de la mujer. Este dura unos 35 años, de los 15 a los 49 años, muy pocas mujeres son fecundables durante todo ese tiempo. Mientras solamente una pequeña proporción de mujeres es fisiológicamente estéril toda su vida.

Según sea la contribución de los grupos de edades a la fecundidad total, será el tipo de cúspide. Estas son distribuciones modales o máximas, con la peculiaridad de ser una característica propia de la estructura y no del nivel de fecundidad y se dividen en tres categorías. La cúspide *temprana*, que describe una mayor contribución en el grupo de edades de 20- 24 años, la *tardía* que lo hace en el de 25-29 años y la *dilatada*, con valores máximos similares en los grupos de 20-24 y 25-29 años.¹⁵

En los países de alta fecundidad, existen, dentro de los tres tipos de cúspide, cuatro subtipos:

Cúspide temprana

De tipo A: muy alto nivel de fecundidad entre las mujeres menores de 20 años.

De tipo B: elevada concentración de la fecundidad en el grupo de 20 a 24 años.

Cúspide tardía

De tipo A: alta concentración de la fecundidad en el grupo de 25 a 29 años y es considerablemente simétrica en los valores correspondientes a las edades de 20 a 24 y de 30 a 34 años.

De tipo B: menor concentración en el grupo de 25 a 29 años con respecto a los porcentajes observados en las poblaciones del tipo A y a la vez coexiste una escasa simetría.

El tipo de cúspide puede estar determinado por diversos factores que inciden en su comportamiento, entre ellos se encuentran los de nupcialidad como la edad al matrimonio, la proporción de viudas, las tasas de divorcio o separación, el intervalo entre la fecha del matrimonio y el primer hijo (intervalo protogenésico), el intervalo entre un hijo y otro (intervalo intergenésico) y las tasas de abortos.

¹⁵ Camisa, Z., "Introducción al estudio de la fecundidad", CELADE, Costa Rica, San José, 1975. Pág. 18-19.

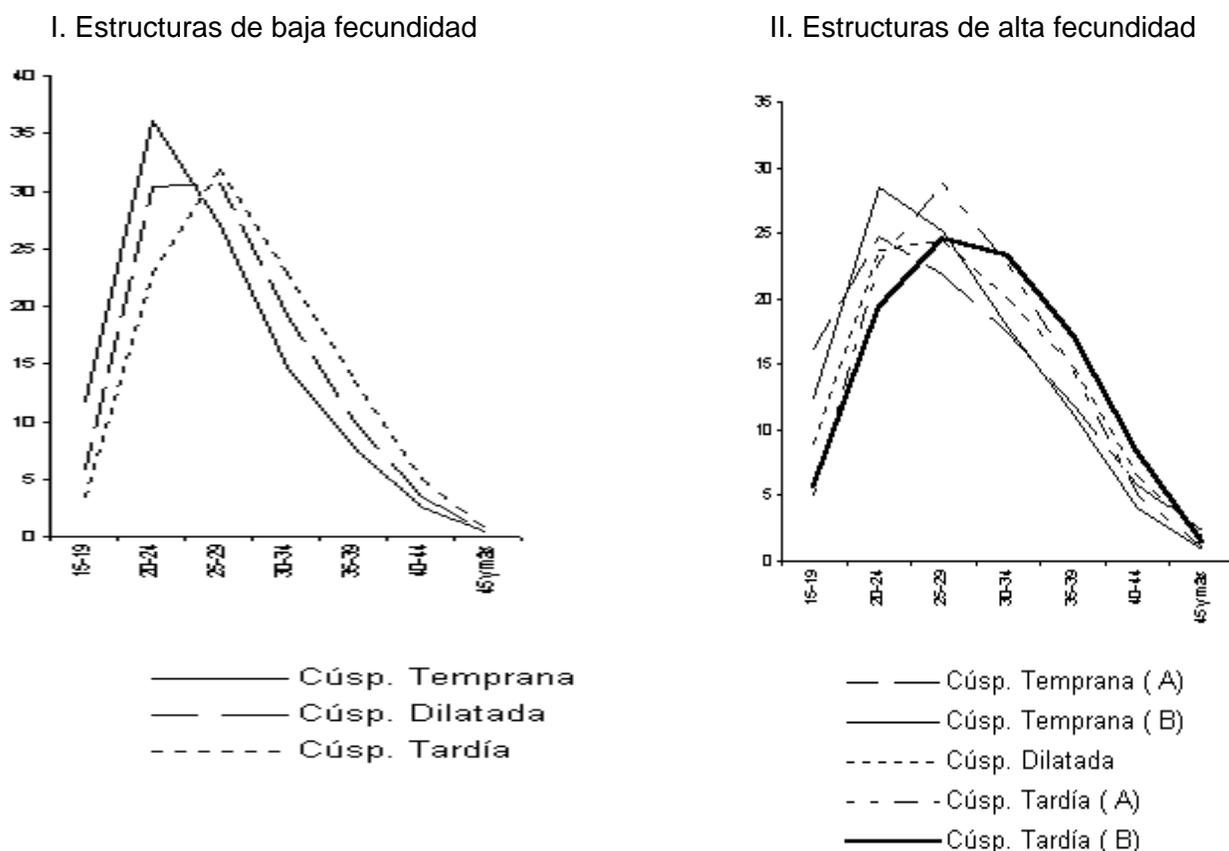
Modelos de estructura de la fecundidad por edades (Datos 1965)

En 1965 se realizó un estudio teniendo en cuenta 72 países, por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas¹⁶, donde se elaboraron nueve modelos empíricos para facilitar el análisis. A través de las tasas específicas de fecundidad por edades presentaron la distribución (porcentajes medios) de los tipos o subtipos de cúspide de la estructura de la fecundidad de los 72 países analizados. Estas distribuciones medias pueden utilizarse como modelos de la estructura de la fecundidad. (ANEXO # 2)

Los países se reparten en dos grandes grupos, los de baja fecundidad y los de alta fecundidad, en cada grupo se obtienen los modelos según el tipo de cúspide de la estructura de la fecundidad. Por último se adquiere un modelo utilizando la distribución media de todos los países del estudio. (GRÁFICO #1)

¹⁶ Naciones Unidas, "Boletín Demográfico de las Naciones Unidas" No.7. Nueva York, 1965. Págs. 114- 127.

GRÁFICO # 1. Modelos de estructura de la fecundidad por edades. (1965)



Fuente: Naciones Unidas, "Boletín Demográfico de las Naciones Unidas" No.7. Nueva York, 1965. Pág. 127.

Estos son modelos empíricos, que pueden utilizarse como elementos auxiliares para estimar la tasa bruta de reproducción y otras medidas demográficas para poblaciones en la que los datos no son suficientes para calcular las tasas específicas de fecundidad por edades.¹⁷

Se consideraron países con alta fecundidad, a los que mostraban tasas brutas de reproducción superiores a 2.0, y los que exhibían dichas tasas por debajo de ese valor se consideraron países con baja fecundidad.

¹⁷ Ídem.

Desde el punto de vista de la cúspide de la fecundidad, se pueden discernir los tres tipos de curvas en los dos grupos de países, tanto en los de alta como de baja fecundidad.

“Clasificados los países por edades cúspides de fecundidad, no se advierte ninguna diferencia importante entre países de baja y de alta fecundidad... De los 35 países de baja fecundidad, 9 pertenecen al tipo de cúspide temprana, diez al tipo de cúspide tardía y dieciséis al de cúspide dilatada. De los países de alta fecundidad, quince pertenecen al tipo de cúspide temprana, trece al de cúspide dilatada y nueve al de cúspide tardía.”¹⁸

Los resultados de la publicación de 1965, indican que en los países con BAJO NIVEL¹⁹ de fecundidad, las mujeres de 20 a 34 años contribuyen con un 75% o más de la fecundidad total. Mientras que las mujeres mayores de 35 años tienen una contribución menor. En tanto, las menores de 20 años contribuyen en menor medida.

En tanto, en los países de ALTOS NIVELES²⁰ de fecundidad, la concentración de las mujeres de 20 a 34 años es menos pronunciada mientras que la de las mayores de 35 años es de alrededor del 15% o más de la fecundidad total. El peso de las mujeres menores de 20 años suele ser más elevado en estos países que en los de baja fecundidad.

Es interesante en los resultados obtenidos el hecho de que Japón mostró una cúspide dilatada en su estructura de la fecundidad con un 45% en el grupo de 25 a 29 años. También vale mencionar, que países como Alemania, Bulgaria, Estados Unidos, Hungría y Rumania describieron una cúspide temprana donde las mujeres menores de 20 años contribuyeron con un 12% o más a la fecundidad total.

A su vez, presentaron una cúspide tardía, países como España, Malta, Gozo, Países Bajos y Portugal, donde lo relevante está en que las mujeres mayores de 35 años contribuyeron con el 20% o más de la fecundidad total.

¹⁸ *Ibidem*. Pág. 121.

¹⁹ Camisa, Z., “Introducción al estudio de la fecundidad”, CELADE, Costa Rica, San José, 1975. Pág. 14-19.

²⁰ *Ídem*.

CUADRO # 1. Resultados de la investigación realizada por las Naciones Unidas en 1965, teniendo en cuenta 72 países.

<u>Alta fecundidad</u>	<u>Baja fecundidad</u>
37 países	35 países
15 Cúspide temprana	9 Cúspide temprana
9 Cúspide tardía	10 Cúspide tardía
13 Cúspide dilatada	16 Cúspide dilatada
Menor tendencia de la fecundidad de la mujer a encontrarse en un campo más reducido de edades.	Mayor tendencia de la fecundidad de la mujer a encontrarse en un campo más reducido de edades.
Un 15% o más de la fecundidad total corresponde a mujeres mayores de 35 años.	Un 75% o más de la fecundidad total corresponde a mujeres entre 20 y 24 años.
Mayor contribución de las mujeres jóvenes (menores de 20 años).	Menor contribución de las mujeres jóvenes (menores de 20 años) y de las mayores de 35 años.
Heterogeneidad en la estructura de fecundidad por edades.	Homogeneidad en la estructura de fecundidad por edades.
Cúspide temprana (tipo A): Alto Volta Camerún Congo Dahomey Gabón Guinea Níger Cúspide temprana (tipo B):	Cúspide temprana: Alemania Bulgaria Estados Unidos Hungría Rumania Cúspide tardía: España Irlanda

Rep. Centro- Africana: Ubanguiental.	Malta
Cúspide tardía (tipo A):	Gozo
Egipto	Países Bajos
Cúspide tardía (tipo B):	Portugal
Reunión	Cúspide dilatada:
Cúspide dilatada:	Japón
Mauricio	
Sudáfrica	

Fuente: Naciones Unidas, "Boletín Demográfico de las Naciones Unidas" No.7. Nueva York, 1965. Págs. 114- 127.

Modelos de estructura de la fecundidad por edades (Datos de 1999)

Tomando en cuenta que posterior a la investigación realizada en 1965, no fue posible acceder a alguna otra, que mostrase como ha sido este comportamiento hasta la actualidad, y la validez de dichos modelos. En el presente trabajo se realizó un estudio similar pero menos abarcador con solo 17 países que permitiesen indagar sobre el comportamiento de las estructuras de la fecundidad. (ANEXO # 3)

La actualización de los modelos de la estructura de la fecundidad, a partir de la investigación de las Naciones Unidas, es de suma importancia, pues permite una descripción de cómo se está comportando la estructura de la fecundidad en años más recientes.

Se ha diseñado el análisis partiendo de dos criterios:

- Nivel de desarrollo socio- económico.
- Nivel de fecundidad, unido a la disponibilidad de la información.

En este caso se elaboraron 7 modelos empíricos, logrados a partir de las distribuciones (porcentajes medios) de las tasas específicas de fecundidad por edades de cada país. A diferencia de la investigación realizada en 1965, los países fueron agrupados atendiendo a su situación socio-económica, en desarrollados y menos desarrollados y se concentraron en cada grupo los que mostraban niveles bajos y altos de fecundidad. Por último se lograron los

modelos atendiendo al tipo de cúspide de la estructura de la fecundidad, incluyendo dos países que mostraron un comportamiento especial. (GRÁFICO # 2)

De los 17 países escogidos, 6 son desarrollados y el resto menos desarrollados. Para seleccionar a los países con bajos o altos niveles de fecundidad, se tuvo en cuenta el mismo criterio de selección usado en el estudio anterior, es decir, los que muestran tasas brutas de reproducción superiores a 2, se consideran de niveles altos de fecundidad, y con bajos niveles los que tienen dichas tasas por debajo de 2 hijas por mujer. (ANEXO # 4)

La clasificación según nivel de desarrollo, fue tomada a partir del Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1996, del Banco Mundial²¹.

Los 6 países desarrollados presentan bajos niveles de fecundidad y describen una cúspide tardía. Este es el caso de Austria, Francia, Alemania, Japón, Italia y España. Es interesante lo que le está ocurriendo a la estructura de la fecundidad de los dos últimos países, que históricamente han mostrado bajos niveles de fecundidad en el ámbito mundial.

Dentro de la bibliografía no se ha delimitado este tipo de cúspide, por lo que podemos considerarla como un caso especial de la cúspide dilatada. No obstante, en la investigación de Naciones Unidas en 1965, de los 72 países de los que se disponía información, se encontró que Irlanda concentraba valores máximos de fecundidad, similares en los grupos de edades entre 25-29 y 30-34 años, provocada por un retardo del matrimonio en este país. Fue Irlanda en ese momento excluido del análisis realizado.

En tanto, en la investigación realizada en la actualidad, Italia, por ejemplo, muestra un 33.82% de la fecundidad total en el grupo de edades de 25 a 29 años y un 31.77% en el grupo de 30 a 34 años, es decir, tiene valores muy similares en estos dos grupos de edades. No obstante, Italia todavía muestra el mayor peso de la fecundidad entre los 25 y 29 años. En España, sucede algo similar, la mayor contribución a la fecundidad se concentra en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años, pero en este caso presenta mayor peso el grupo de 30 a 34 años, con un 1.44 puntos porcentuales por encima del primer grupo. Otro hecho

²¹ Banco Mundial, "World Development Report, 1996". Banco Mundial, Washington, D. C., 1996.

relevante, es que las madres mayores de 30 años están teniendo un mayor aporte a la fecundidad, en España que en Italia.

A partir de estos resultados y a falta de una teoría que haga referencia a estos casos especiales anteriormente expuestos, se ha considerado la posibilidad de la existencia de un nuevo tipo de cúspide para el caso especial de España e Italia:

- Cúspide Dilatada de tipo A: valores máximos similares entre los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años.

En los países menos desarrollados el comportamiento es diferente. De forma general estos países presentan disímiles tipos de cúspide. Lo que infiere que todavía no se ha podido encontrar relación alguna entre nivel y estructura en estos tipos de países.

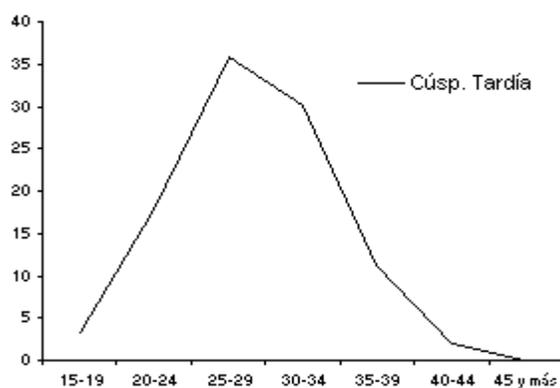
Lo interesante en este grupo de países con bajos niveles de fecundidad, está en Eslovenia, por los rápidos cambios en la curva de la estructura de la fecundidad en un corto período de tiempo. Lo ocurrido en este país a principio de los noventa es algo muy curioso, ya que en 1991 mostraba una cúspide temprana con valores máximos en el grupo de 20 a 24 años, la que dos años después llegó a ser dilatada, con una meseta bien definida en la curva, y ya en 1994 la estructura de la fecundidad tenía valores máximos en el grupo de 25 a 29 años por lo que la cúspide fue tardía, manteniéndose hasta 1996 (último año disponible).

Entre los países menos desarrollados con alto nivel de fecundidad, se encuentran Honduras, Paraguay, Nicaragua y Bolivia. Estos países están agrupados por el nivel de fecundidad y su situación socio-económica, no obstante, aparecen diferentes tipos de estructuras de la fecundidad. Es importante señalar que el análisis con estos países no es el óptimo porque no encontramos la información actualizada de principios de los noventa.

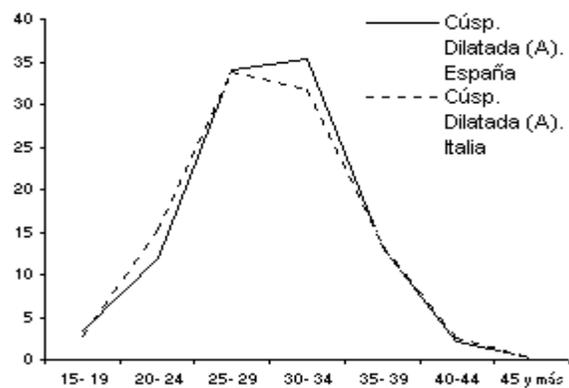
GRÁFICO # 2. Modelos de estructura de la fecundidad por edades. (1996)

Países desarrollados

I. Baio nivel de fecundidad

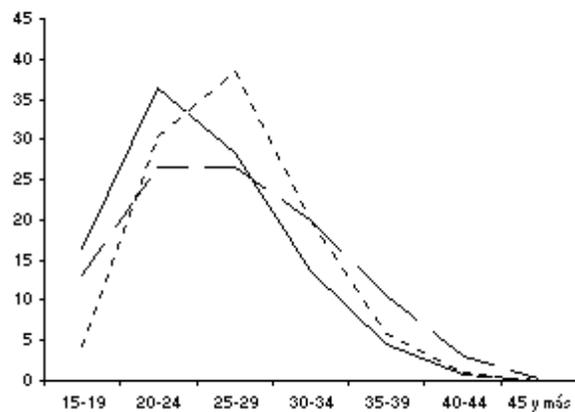


II. Casos especiales



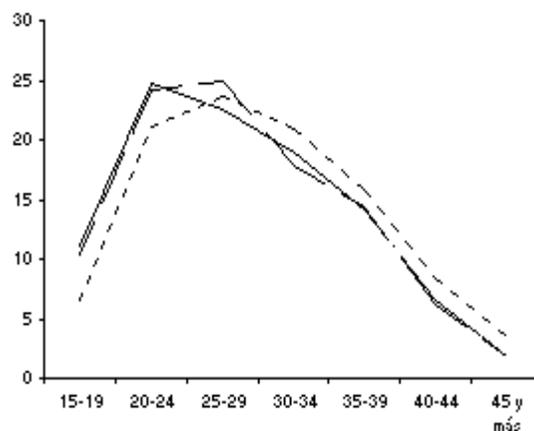
Países menos desarrollados

I. Bajo nivel de fecundidad



— Cúsp. Temprana - - - Cúsp. Dilatada
 - - - Cúsp. Tardía

II. Elevado nivel de fecundidad



— Cúsp. Temprana (B)
 - - - Cúsp. Dilatada
 - . - Cúsp. Tardía (A)

Fuente: Elaborado por la autora a partir de la Información del "Demographic Yearbook-1999".

Del estudio realizado es posible concluir que:

- Sigue sin validarse una relación directa entre la estructura y el nivel de la fecundidad, independientemente del grado de desarrollo socio-económico alcanzado por los países, aunque se han encontrado algunas particularidades tales como:
 - ❖ Entre los países con mayor desarrollo socio-económico y por ende, baja fecundidad, se aprecia una homogeneización en el comportamiento de la estructura de la fecundidad envejecida, con presencia de una cúspide tardía.
 - ❖ Todo parece indicar que cuando estos países están presentando bajos niveles de fecundidad sostenidos en el tiempo, comienza a disminuir la importancia del grupo de mujeres menores de 20 años.
 - ❖ Dentro del grupo anterior se hace evidente, además, particularidades no encontradas en la bibliografía revisada. Se refiere a los países con baja fecundidad sostenida en el tiempo (Italia y España), los cuales describen una cúspide que se le denominó dilatada de tipo A, por mostrar valores máximos similares en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años, incluso con una tendencia a ser mayor en este último grupo.

- Entre los menos desarrollados, independientemente del nivel de la fecundidad alcanzado, se aprecian los tres tipos de cúspides (temprana, dilatada y tardía).

De modo muy general, se puede apreciar que en el transcurso del tiempo, se han mostrado cambios en las reflexiones teóricas alrededor de la estructura de la fecundidad. En sus inicios según la investigación de Naciones Unidas, en 1965: "...la contribución de las mujeres jóvenes menores de 20 años a la fecundidad total es mucho mayor en los países de alta fecundidad que en los países con bajas tasas brutas de reproducción".²²

En tanto, en la medida que sigue bajando esta variable en muchas naciones "este proceso general de descenso del nivel de fecundidad ha ido acompañado de cambios tendentes a un

²² Naciones Unidas, "Boletín Demográfico de las Naciones Unidas" No.7. Nueva York, 1965. Pág. 122.

rejuvenecimiento en su estructura por edades en la mayoría de los países que los han experimentado...”²³

Sin embargo, en la actualidad todo parece indicar que cuando estos países están presentando bajos niveles de fecundidad sostenidos en el tiempo, comienza a disminuir la importancia del grupo de mujeres menores de 20 años. Con este trabajo se pretende llamar la atención de los demógrafos latinoamericanos a repasar las teorías que han estado explicando fenómenos, para a partir de ellas resolver algunos desafíos demográficos y dar lugar a nuevas reflexiones teóricas. Como plantea A. Canales “... hace falta un ejercicio de repensar el discurso demográfico a la luz de los nuevos elementos que surgen del debate contemporáneo en las ciencias sociales...”²⁴

²³ Benítez, M. E. “La familia cubana en la segunda mitad del Siglo XX”. Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana, Cuba, 2003. Pág. 85.

²⁴ Canales, A., et. al. “Desafíos teórico- metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio”. Colegio de México, Universidad de Guadalajara y Sociedad Mexicana de Demografía (SOMEDE). México, 2003. Pág. 17.

II. PERSPECTIVA TEÓRICA PARA EL ESTUDIO DE LA FECUNDIDAD Y SU ESTRUCTURA. EL CASO DE CUBA

II.1 Consideraciones teóricas sobre la transición demográfica.

Para estudiar la fecundidad es preciso abordarla dentro de las concepciones teóricas que la delimitan. La teoría demográfica que de manera más amplia explica los cambios que se producen en la población es la teoría de la transición demográfica. Ha sido definida por Frank Notestein como “un proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado. Es una teoría que trata de explicar el paso de los niveles elevados de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de dichas variables”. Este proceso comprende los cambios demográficos de los últimos decenios y constituye una propuesta para explicar la interrelación entre la dinámica demográfica y los factores económicos.

Independientemente de las diferencias que existen entre los estudiosos de los fenómenos poblacionales, en cuanto a la identificación de los factores que explicarían la modificación que a través del tiempo experimentan las variables demográficas básicas en distintas poblaciones, sí existe consenso en reconocer que:

1. “Las poblaciones evolucionan de niveles elevados y relativamente estables de fecundidad y mortalidad, a niveles bajos, en equilibrio, y a veces ligeramente fluctuantes.
2. El descenso de las variables se inicia en momentos diferentes, siendo por lo general el nivel de la mortalidad el que primero comienza a disminuir.
3. El nivel de la fecundidad también tiende a disminuir, aunque a ritmos más lentos que el descenso de la mortalidad.
4. El tiempo que ambas variables tardan en llegar a niveles bajos, difieren entre las poblaciones, dependiendo de la dependencia de una serie de factores sociales, económicos y biodemográficos.
5. El balance entre los niveles de fecundidad y mortalidad, en ocasiones modificado por la migración internacional, determina el ritmo de crecimiento de la población.”²⁵

²⁵ Miró, C., “Transición demográfica y envejecimiento demográfico”. Papeles de población No. 35, Enero/Marzo, 2003. Pág. 10.

De acuerdo con el grado de avance logrado en la disminución de la mortalidad y la fecundidad, se reconocen cuatro etapas en la trayectoria de la transición demográfica: incipiente, moderada, plena y avanzada. En la incipiente y avanzada ha bajado lentamente la mortalidad, pero la fecundidad aún no desciende o lo hace con mucha lentitud. En la etapa plena se evidencia, en ambas variables, un considerable decrecimiento y en la avanzada tanto la fecundidad como la mortalidad presentan descensos significativos y sostenidos que tienden a equilibrar los niveles de esas variables.

La transición demográfica tiene dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta debido al descenso de la mortalidad, con alta tasa de fecundidad y el segundo, en el que crecimiento disminuye, como consecuencia del descenso posterior de la fecundidad. El cambio de la tasa de crecimiento en cuanto a magnitud y velocidad dependerá de la velocidad y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad.

Abordando el tema, algunos importantes demógrafos han explicado que “las revisiones más recientes de la teoría descubren notables diferencias en los ritmos de crecimiento demográfico, en las intensidades y velocidades de los cambios, y en las determinaciones que operan en los países que han iniciado su transición tardíamente”.²⁶

En el Cuadro #1 que sigue, es posible a modo de ejemplo apreciar una ubicación de seis países latinoamericanos atendiendo a la etapa transicional en que se encuentran, según los indicadores ahí señalados, son obvias las diferencias en cuanto a los valores que han alcanzado. Aunque ya habían comenzado su transición demográfica en los años 70s en todos los casos, es evidente que el grado de avance logrado por la misma en cada país era diferente y por tanto, la evolución de los indicadores será diferente entre estas poblaciones.

CUADRO # 2. Tasa Global de Fecundidad y Esperanza de Vida al Nacer en seis países de América Latina según etapa de la Transición Demográfica. (1970-1975 y 1995-2000)

²⁶ García, R., “La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico”, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, La Habana, diciembre 1996. Pág. 9.

Países y etapas	TGF*		EVN**	
	1970- 1975	1995- 2000	1970- 1975	1995- 2000
<i>Incipiente</i>				
Bolivia	6.5	4.4	46.7	61.4
Haití	5.8	4.4	48.5	57.2
<i>Plena</i>				
Costa Rica	4.3	2.8	68.4	76.5
Panamá	4.9	2.6	66.5	74.0
<i>Avanzada</i>				
Chile	3.6	2.5	63.6	75.2
Cuba	3.5	1.6	71.0	76.0

* Es el número promedio de hijos que tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. (Miró, C. 2003)

** Representa la duración media de la vida de los individuos de una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a la mortalidad del período en estudio.

Fuente: Papeles de población # 35 "Transición demográfica y envejecimiento demográfico". Carmen A. Miró CELA. Enero/ Marzo 2003 a partir de los datos publicados en el Boletín Demográfico # 63 por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la CEPAL. Enero, 1999.

II.2 Niveles de fecundidad en el mundo.

Según el estado de la población mundial del 2004, los países que más bajos niveles de fecundidad muestran en el mundo actualmente son: Japón, RAE. China, Bulgaria, Letonia, Eslovenia y España. Sus tasas globales de fecundidad se encuentran entre 1.00 y 1.15 hijos por mujer, valores muy bajos y por debajo del nivel de reemplazo. (CUADRO # 3)

CUADRO # 3. Tasa Global de Fecundidad. Países seleccionados. (2000-2004)

<u>Países</u>	<u>TGF</u>
Asia	
Japón	1,32
Europa	
Bulgaria	1,10
Letonia	1,10
Eslovenia	1,14
España	1,15
Rep. Checa	1,16
Hungría	1,20
Italia	1,23
Austria	1,28
Alemania	1,35
América Latina	
Cuba	1,55
Trinidad y Tobago	1,55
Chile	2,35
Argentina	2,44
Honduras	3,72
Nicaragua	3,75
Bolivia	3,82
Paraguay	3,84
Haití	3,98
Guatemala	4,41

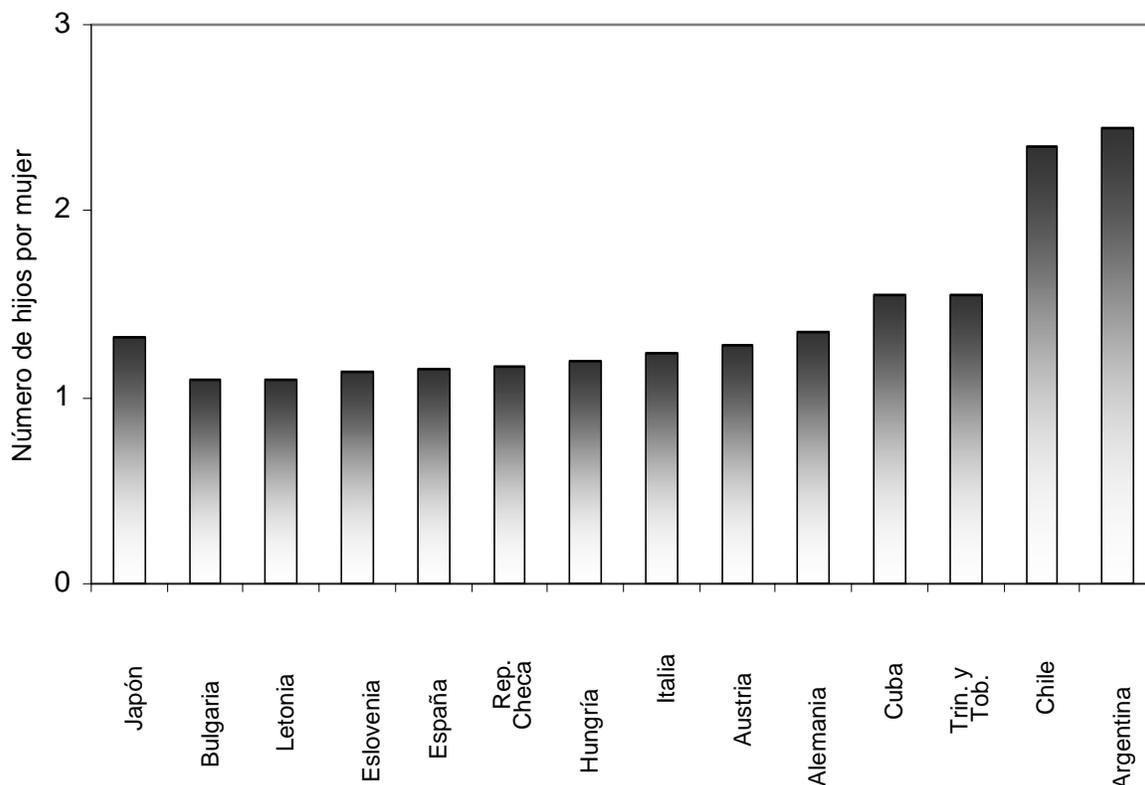
*Número medio de hijos por mujer.

Fuente: UNFPA, "Estado de la población mundial, 2004", Estados Unidos, New York, 2004.

Los países desarrollados, en la actualidad, tienden a mostrar niveles bajos de mortalidad y fecundidad en correspondencia con el desarrollo socioeconómico alcanzado. La mayoría de

estos países ya han culminado o se encuentran en una fase avanzada de la transición demográfica. Sin embargo, las naciones en desarrollo están atravesando aún dicho proceso, encontrándose los más avanzados en pleno proceso transicional de la fecundidad y algunos como Cuba en fase de transición avanzada²⁷, según algunos estudiosos o completa²⁸ a partir del criterio de otros autores.

GRÁFICO # 3. Tasa Global de Fecundidad. Países seleccionados. 2004.



Fuente: UNFPA, “Estado de la población mundial, 2004”, Estados Unidos, New York, 2004.

Específicamente América Latina se encuentra como señalaron Juan Chackiel y Jorge Martínez²⁹ “transitando la fase de disminución de la fecundidad, que se ha producido de forma rápida, después de haber experimentado cambios importantes en la mortalidad desde

²⁷ (CEPAL y CELADE, 1992, s/p)

²⁸ UNICEF, “Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva”, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, UNICEF, La Habana, 1995.

²⁹ ABEP, et.al. “La transición demográfica en América Latina y el Caribe”. Volumen II. México, 1993. Págs. 859-861.

antes de la segunda mitad del siglo pasado, aunque todavía con un amplio, margen de posible reducción, con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso”.

En todos los países de la región ha tenido lugar un proceso de descenso de la fecundidad aunque en diferentes períodos y a distintos ritmos. Esto trajo como consecuencia cambios en la estructura por edades.

En la IV Conferencia Latinoamericana de Población, celebrada en México en 1993, se presentó una investigación³⁰ realizada por Susana Schkolnik de CELADE, donde se concentran 20 países de América Latina y el Caribe, en tres grandes grupos, según su nivel de fecundidad, expresado a través de la tasa global de fecundidad: Grupo I, países con fecundidad baja y muy baja; grupo II, países con fecundidad intermedia y grupo III, países con fecundidad media alta y alta.

Los países del grupo I (Cuba, Uruguay, Chile y Argentina) presentaban en el quinquenio 1985-1990 tasas globales de fecundidad de 1,5 a 3 hijos por mujer. En Argentina y Uruguay, el descenso de la fecundidad se inició muy tempranamente y a mediados del Siglo XX ambos ya tenían tasas similares a las que tienen en la actualidad. En Cuba y Chile, por su parte, la gran caída de la fecundidad habría sido posterior, pero ambos países ya tenían a mediados de dicho siglo, tasas de un nivel intermedio.

Los países del segundo grupo (Colombia, Panamá, Brasil, Costa Rica, Venezuela, México, República Dominicana, Perú y Ecuador) se destacan por el gran descenso de sus tasas de fecundidad, que en casi todos ellos eran todavía del orden de los 7 hijos a comienzos de la década del 60. A partir de 1965, pueden ubicarse aproximadamente los inicios del descenso de la fecundidad y ya en el quinquenio 1985-1990 presentaban niveles que pueden considerarse intermedios con promedios entre 3 y 4 hijos por mujer.

Los del tercer grupo (El Salvador, Paraguay, Bolivia, Haití, Nicaragua, Honduras y Guatemala) han iniciado su transición lenta y tardíamente, por lo general, en la década del 70, con tasas alrededor de 7 hijos por mujer. A diferencia de los países del segundo grupo, sin embargo, las tasas de fecundidad general hacia 1993 se encontraban todavía entre 4.5 y

³⁰ Ídem.

6 hijos por mujer. Según el Estado Mundial de la Población del 2004, los países de este grupo continúan siendo los que conservan aún la fecundidad más elevada en el territorio.

Es importante destacar que de acuerdo con el concepto de “modernización”, que son cambios sociales que ocurrieron en los decenios de 1960 y 1970, y la terciarización de la economía, urbanización y educación, se han encontrado que todos los países de transición avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado. Como es el caso en América Latina de Argentina, Cuba, Chile y Uruguay. Dos tercios de los países que se encuentran en plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerada) y cuatro de los cinco países de transición demográfica aún moderada y los dos países de transición incipiente (Bolivia y Haití) se corresponden con un nivel de modernización incipiente.³¹

Sin embargo, Cuba se encuentra en una posición similar a la de los países desarrollados, que junto a Trinidad y Tobago muestra la más baja tasa global de fecundidad de 1.55 hijos por mujer, en toda América Latina y el Caribe. (CUADRO #2)

II.3 Apuntes en torno a la Transición de la Fecundidad en Cuba.

En el caso específico de Cuba se han dado un conjunto de factores sociales e históricos que han condicionado su situación actual. Los aspectos más relevantes de su transición demográfica, son el ritmo de crecimiento lento de la población y el descenso acelerado de la fecundidad. Pocos países han experimentado decrecimientos tan rápidos. Cuba está entre los 35 países con tasas de natalidad entre 10 y 14 por cada mil habitantes. Entre ellos, países desarrollados de Europa fundamentalmente, y de América del Norte.

La transición cubana se destaca dentro de los países en desarrollo, por la naturaleza temprana de su inicio a principios del siglo XX, así como por la culminación acelerada y homogénea en las décadas³² de los ochenta y los noventa. Lógicamente, a esta transición temprana, la acompañó una también acelerada transición de la mortalidad. Las

³¹ Ídem.

³² UNICEF, “Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva”, CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, UNICEF, La Habana, 1995. Pág. 5.

características del comportamiento de la fecundidad en Cuba se acercan a los países que últimamente han reportado los más bajos niveles de fecundidad del mundo, como España, Italia, Alemania, Austria, Japón, Dinamarca, Francia, Reino Unido y Suecia. Se debe tener en cuenta que existen marcadas diferencias económicas entre Cuba y los países mencionados anteriormente, principalmente en lo relativo a que Cuba tiene menos productividad en el trabajo. Sin embargo, no se debe olvidar los logros alcanzados por la Revolución, los cuales ubican al territorio en un lugar muy favorable en lo que a desarrollo se refiere. (CUADRO # 3)

En Cuba, a finales del Siglo XIX la natalidad era ligeramente superior a los 30 nacimientos por cada mil habitantes, una cifra no muy alta en el contexto latinoamericano, debido, entre otros factores, a las guerras independentistas que tuvieron lugar en la etapa en Cuba. Es preciso recordar que Cuba había atravesado por dos contiendas en la segunda mitad del siglo, además de las malas condiciones de vida.

El tránsito del país por la primera etapa de la transición demográfica ocurrió en el período de auge del modelo neocolonial (1904-1934). A principios del Siglo XX, aumenta el número de nacimientos como consecuencia del relativo mejoramiento económico asociado a la intervención norteamericana, la que a su vez hizo que penetrara al país grandes sumas de capital norteamericano, principalmente en el sector azucarero, amén de que casi siempre sucede que después de una guerra, catástrofes nacionales, grandes epidemias, etc., la natalidad, por lo general, tiende a aumentar un poco³³.

Hasta 1928 los norteamericanos habían invertido unos 1 500 millones de dólares y lo que generó nuevamente, otra gran corriente migratoria, para cubrir necesidades de fuerza de trabajo, entrando en el país unos 750 000 españoles y unos 250 000 haitianos, jamaicanos y puertorriqueños, lo cual también afectó la estructura por edades y sexo del país, como consecuencia de que estos inmigrantes eran en su gran mayoría hombres solteros y con edades laborales. Finalmente, otra característica particular es que la primera etapa de la

³³ Hernández, Raúl, "El proceso de la Revolución Demográfica en Cuba". Segunda edición. CEDEM, Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, 1986. Pág. 161.

transición demográfica no se produjo con una explosión demográfica, como ha ocurrido en los países subdesarrollados después de la década de los años 50s.

En el período de 1899-1907 la fecundidad se incrementa, sin embargo, de 1920-1931 descendió, con una tasa bruta de reproducción que disminuyó de 2,8 a 2,2 hijas por mujer, de 1920 a 1931 respectivamente. En este último período, en Cuba se comienza a observar el descenso de la fecundidad.

El inicio del descenso está enmarcado dentro de un período de crecimiento económico del país, es importante resaltar que este auge en la economía no venía acompañado precisamente de un desarrollo económico. “La economía cubana creció desde la conquista de los españoles hasta su derrota por los patriotas de nuestras guerras de independencia del siglo XIX, y luego de la intervención norteamericana y del establecimiento de la seudorrepública neocolonial, creció aun más rápidamente pero no se desarrolló. Creció unilateral y desproporcionalmente nuestra producción azucarera, hasta que llegó el nivel requerido por las exigencias y los intereses de la metrópolis norteamericana, luego se estancó y no creció más”³⁴. El auge económico de este período incidió en el proceso transicional de las dos variables (mortalidad y fecundidad).

La economía cubana se caracterizó en los años 20 por ser inestable; existían altas y bajas en correspondencia con la situación respecto a los precios del azúcar en el mercado americano y mundial; agricultura atrasada; deformación de la estructura geográfica de la economía, principalmente en Ciudad de La Habana. En 1929 se agrava la situación, debido a la repercusión que tuvo en Cuba, el estallido de la crisis económica mundial.

La segunda etapa de la transición demográfica cubana se caracterizó por la crisis del modelo neocolonial (1934-1958). A causa de las contradicciones económicas, entre otros factores, Cuba pasó a ser un país de emigración por la que hubo un cambio de signo de los movimientos migratorios, y un aumento de las corrientes migratorias del campo a la ciudad. Durante la etapa de crisis del modelo neocolonial, se agravó la situación política y económica

³⁴ Álvarez, L., “La tendencia de la fecundidad en Cuba”, Instituto de desarrollo de la salud, MINSAP. La Habana, 1982. Pág. 12-15.

del país, como consecuencia de la reducción de inversiones norteamericanas y la restricción de la producción azucarera.

Por su parte, las estructuras de la fecundidad por edades de 1899 a 1953, presentan un comportamiento similar en los grupos de edades de 20 a 24 y 25 a 29 años, lo que identifica la cúspide de la estructura de la fecundidad como dilatada.³⁵

El suceso más significativo de la segunda etapa de la transición demográfica, fue el triunfo revolucionario en 1959. A partir del cual, la Revolución consolidó diversos cambios sociales que modificaron la estructura política, social y económica del país. La natalidad aumentó hasta 35 por mil de 1960 a 1965, cifra aproximadamente igual a la del período de 1925-1929.

En los primeros años de la década de los 60s florecía una gran esperanza social y se tenía confianza en el mejoramiento, además, se habían dilatado los nacimientos de la época de la dictadura, y ya había tenido lugar el llamado “boom demográfico” o “baby boom” alrededor de 1955, a nivel mundial, época de grandes cambios sociales en el mundo.

Con el inicio de la Revolución en 1959, se realizaron transformaciones socioeconómicas que permitieron el mejoramiento de las condiciones de vida, lo que incidió en el ascenso del nivel de la fecundidad en estos años. Además de las medidas expuestas con anterioridad cuando se hace referencia a la mortalidad, se pusieron en práctica las leyes de Reforma Agraria y Urbana, reducción del precio de los alquileres de viviendas, disminución del desempleo principalmente en las áreas rurales, etc. Lo que propició una importante redistribución del ingreso, mejorando la situación de las capas más pobres y en particular la situación de la población rural.

Desde 1961 desapareció el analfabetismo y la elevación del nivel educacional abarcó progresivamente a todos los territorios y zonas del país. Las mujeres en edad reproductiva con nivel educacional medio constituían el 21% en 1970, el 53% en 1981 y el 63.1% en 1987. Los avances en la educación y los sistemas de seguridad social, han tenido efectos importantes. La educación de la mujer ha contribuido a la elevación de la salud y la de sus

³⁵ Catasús, S., et. al. “Evolución estimada de la fecundidad en Cuba, 1900-1950”, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, La Habana, 1975. Pág. 24.

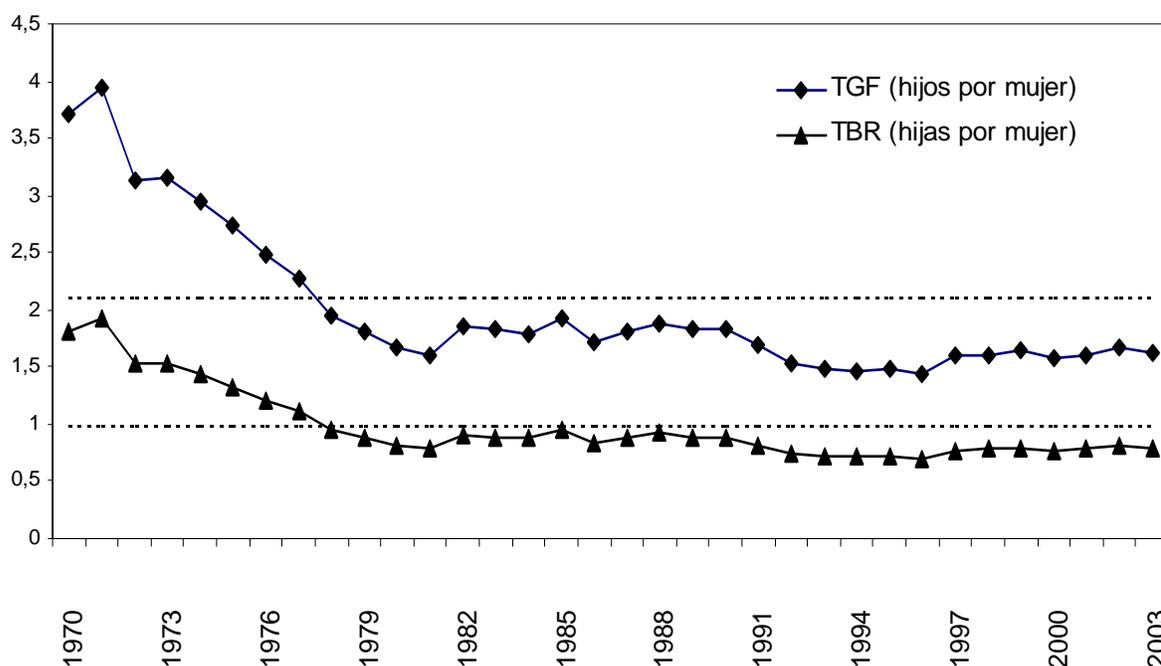
hijos, además de lo aportado por los programas de atención materno- infantil de bajo peso al nacer y los sistemas de atención neonatal. El factor educativo fue uno de los determinantes del descenso de la fecundidad y la mortalidad, y del debilitamiento de los diferenciales demográficos territoriales.

La tasa bruta de reproducción de 1960 a 1965 fue de 2,27 hijas por mujer, superior a la de 1953, que era de 1,76 hijas por mujer. En esta etapa la fecundidad asciende fundamentalmente en mujeres de 15 a 19 años, ocupando el 23,5% del total de mujeres en 1975. El porcentaje en los grupos de más edad, disminuyó considerablemente, a consecuencia de transformaciones como la elevación del nivel educacional, el incremento de la participación de la mujer en actividades económicas, la divulgación de los métodos anticonceptivos, el avance en las consultas de ginecología y obstetricia, entre otras.

La estructura de la fecundidad –porcentaje de la fecundidad en cada grupo de edades con relación a las tasas de fecundidad- antes de la década del 60 describe una cúspide dilatada, con valores máximos similares entre las edades de 20 a 24 y de 25 a 29 años. Después de los 60s la cúspide pasó de dilatada a temprana con valores máximos de 20 a 24 años. En esta etapa, se puede afirmar que se produce un rejuvenecimiento de la estructura por edades.

Por su parte la tasa bruta de natalidad descendió en diez años, de 35 por mil a 28,2 por mil habitantes en 1975. No obstante, en 1971 se aprecia un ligero ascenso provocado por condiciones socioeconómicas precisas como fue la movilización para la Zafra de los 10 millones del 70. Este esfuerzo productivo determinó la movilización de muchas personas hacia el interior del país y al culminarse produjo una explosión de la nupcialidad en Cuba (Hernández, R. 1986. Pág. 169), lo que entre otros factores produjo un aumento de la natalidad y de la fecundidad. La fecundidad urbana que había venido descendiendo, en 1970 presenta una estructura muy joven principalmente en edades entre 20 y 24 años.

GRÁFICO # 4. Cuba. Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción. 1970-2003.



Fuente: ONE, "Anuario Demográfico de Cuba". La Habana. Cuba. Años seleccionados.

El período de 1972 a 1979 marcó un descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, la que se concretó en el año 1978, en el que la tasa bruta de reproducción por primera vez llegó a ser de solo 0,96 hijas por mujer. Esta disminución de la fecundidad, se vio acelerada por las transformaciones socioeconómicas que generaron los programas sociales, puestos en práctica paulatinamente desde el triunfo revolucionario.

En la segunda fase de la transición demográfica tuvo lugar el proceso de homogenización del comportamiento demográfico. Es importante señalar que la característica fundamental de la fecundidad cubana en este momento es la homogeneización de sus niveles por grupos sociales, territorios y otros indicadores, además de ser interesante la reducción de la fecundidad en el grupo de mujeres mayores de 30 años y tomar un peso importante las mujeres jóvenes.³⁶

³⁶ Farnós, A., "La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contextos de los procesos demográficos en Cuba". S/ p. Tomo I, primera parte. Ciudad de La Habana, 1985. Pág. 81.

En la década de los 80s la tasa bruta de fecundidad tocó fondo en 1981 con 0,78 hijas por mujer y la tasa de mortalidad general lo hizo con un valor de 5,7 por mil en 1980. Dados los niveles que ya habían alcanzado la fecundidad y la mortalidad, se puede afirmar que Cuba estaba atravesando por una transición demográfica avanzada.

La fecundidad urbana que había venido descendiendo, en 1970 presenta una estructura muy joven principalmente en edades entre 20 y 24 años. En 1981, tuvo un peso importante el grupo de mujeres de 15 a 19 años y se redujo aún más el peso de las mayores de 30 años. La fecundidad rural registra un rejuvenecimiento, con el aumento de la contribución de las mujeres menores de 20 años. Se eleva la contribución de las mujeres de 25 a 34 años entre 1981 y 1992, pero se mantiene una estructura joven porque tiene mayor peso las menores de 20 años.

En la década del 90, independientemente de la fuerte crisis económica, continuó el proceso de descenso de la fecundidad, con algunos comportamientos peculiares asociados probablemente a desfavorables condiciones económicas, aunque siempre se mantuvo por debajo del nivel de reemplazo.

La tasa bruta de reproducción hacia 1991 fue de 0.82 hijas por mujer, continuó su descenso hasta 1996, llegando a 0.70 hijas por mujer. En el período de 1997 a 1999 hubo cierto ascenso de la fecundidad. Las mujeres que habían retenido su embarazo en los peores años de crisis económica, decidieron tener sus hijos en estos años. Aunque es importante señalar que en estos tres años hubo una discreta mejoría económica. No obstante, en el 2000 la tasa bruta de fecundidad volvió a descender a 0.76 y en el 2003 llegó a ser de 0.79 hijas por mujer.

Lo relevante desde 1978, es que las medidas de fecundidad se han comportado siempre en descenso y por debajo del nivel de reemplazo. Tanto es así que desde 1978 la tasa global de fecundidad describió un valor de 1.92 y continuó descendiendo hasta llegar a 1.55 hijos por mujer en el 2002. Aunque se han mostrado ligeras oscilaciones puntuales. Obviamente, esto tiene una incidencia directa en el aumento relativo de la población mayor de 60 años y por tanto, está condicionando el alto nivel de envejecimiento de la población cubana.

Otro impacto importante luego del auge económico relativo introducido por Estados Unidos en los primeros años del Siglo XX, lo fue, sin dudas, el triunfo revolucionario en 1959. Período en el cual, los indicadores de fecundidad se homogeneizaron en el país y la mortalidad acompañado de la voluntad política de desarrollo social continuó y aceleró un franco proceso hacia el descenso. Estos niveles alcanzados por la fecundidad y la mortalidad en Cuba, conllevaron al completamiento del proceso transicional.³⁷

³⁷ UNICEF, "Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva", CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, UNICEF, La Habana, 1995.

III. ¿FECUNDIDAD TARDÍA A INICIOS DEL XXI?

III.1 Estructura de la fecundidad cubana antes de los noventa.

Anterior al triunfo revolucionario no se contaba con las estadísticas vitales necesarias para obtener datos confiables a favor de realizar estudios de población. Tampoco los censos que se realizaron en esa etapa proporcionaban cifras completas. A partir de este problema en 1975, Sonia Catasús³⁸ estimó las medidas de la fecundidad para adquirir la información necesaria de la etapa.

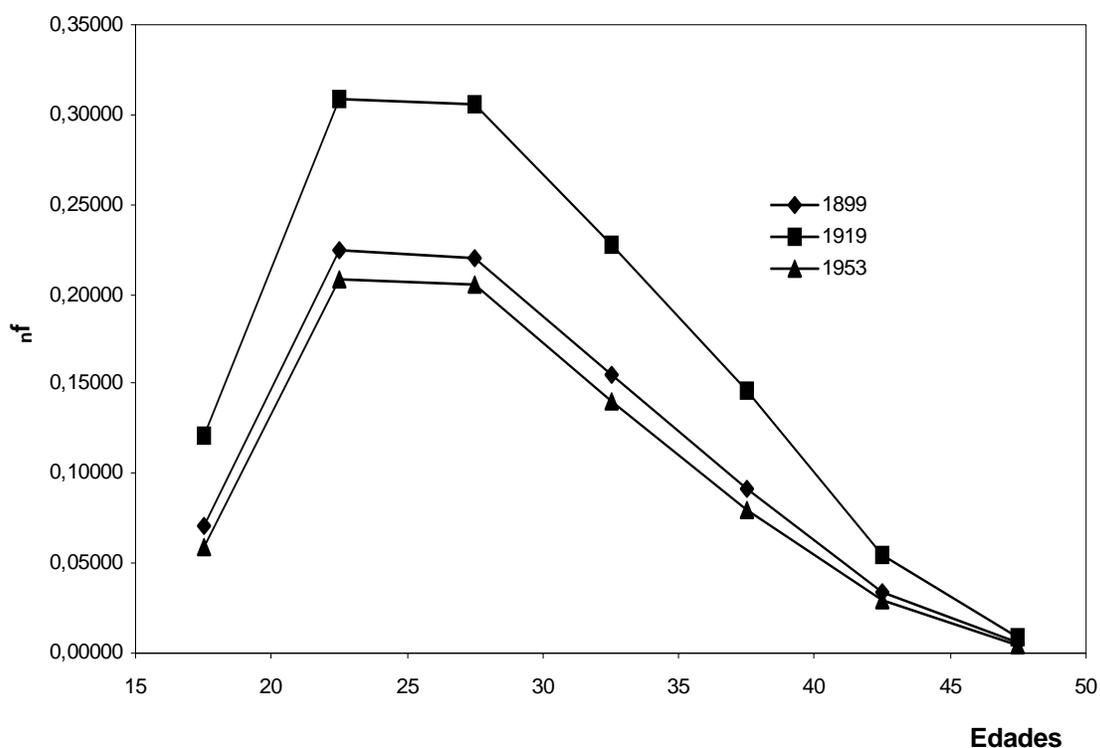
Los resultados de la estimación enuncian un comportamiento de la estructura de la fecundidad de cúspide dilatada, con valores similares y elevados en los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años, sin embargo, predomina en todos los años (1900- 1950) el de 20 a 24 años con valores ligeramente superiores. (GRÁFICO # 5)

La estructura de la fecundidad en el grupo de 15 a 19 años describe un porcentaje entre el 8 y el 10% y menos de 1% para el grupo de 45 a 49 años. Los grupos de 20 a 24, 25 a 29 y 30 a 34 años concentran entre 71 y 76% de la fecundidad total de cada año.³⁹

³⁸Catasús, S., “Evolución estimada de la fecundidad en Cuba (1900- 1950)”. CEDEM, Universidad de La Habana, 1975. Págs. 24- 33.

³⁹ Ídem.

GRÁFICO # 5. Cuba. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edades (n_f). 1899, 1919, 1953.



Fuente: Catasús, S., et. al., “Evolución estimada de la fecundidad en Cuba. 1900-1950”. CEDEM, Universidad de La Habana, La Habana, 1975. Pág. 26.

Como se había expresado en el primer capítulo, con el triunfo revolucionario de 1959 se consolidaron disímiles cambios sociales que modificaron la estructura política, social y económica del país. Después de este acontecimiento la natalidad aumentó hasta 35 por mil de 1960 a 1965. No se debe olvidar que en los años 60s ocurrieron grandes cambios sociales en el mundo, es decir, reinaba una gran esperanza social. Y a su vez, fue en esta época cuando tuvo lugar el llamado “boom demográfico” a nivel mundial, o sea que los nacimientos postergados de la etapa de guerra tuvieron lugar en este período.

El mayor porcentaje con respecto a la fecundidad total se concentró a partir de los años 60s, en el grupo de edades de 20 a 24 años. La estructura de la fecundidad transitó desde una cúspide dilatada a temprana con valores máximos de 20 a 24 años para 1960. Además de esto, comienza a ser muy significativa la contribución de las más jovencitas (15-19 años).

En el período de 1972 a 1979, se identifica un descenso de los niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, la que se concretó en el año 1978 donde la tasa bruta de reproducción llega a ser por primera vez de 0.96 hijas por mujer. En la medida en que continuaba bajando la fecundidad en estos años, su rejuvenecimiento fue más acentuado que en otras naciones.⁴⁰

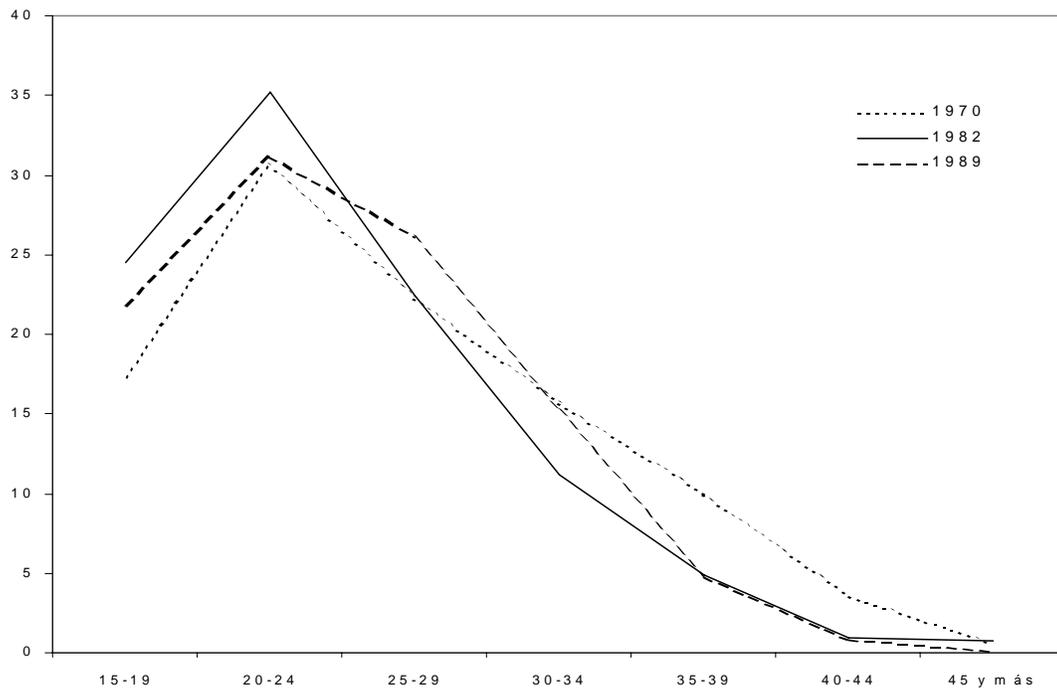
En 1975, el grupo de edades de 15 a 19 años ocupó el 23,5% de la fecundidad total. Hacia este año, la fecundidad de este grupo de mujeres, superaba a la del grupo de 25 a 29 años, situación esta que se mantuvo hasta alrededor de 1983. El porcentaje en los grupos de más edad disminuyó considerablemente.

En la década del 80, la fecundidad de las jóvenes (menores de 30 años) es alrededor de 1.5 veces mayor que la del resto de las mujeres, aunque siempre con niveles bajos debido a la reducción paulatina de la fecundidad. Es decir, disminuyó el peso en la fecundidad total de las mujeres mayores de 30 años.

En esta etapa la estructura de la fecundidad sigue describiendo una cúspide temprana, con valores máximos en el grupo de edades de 20 a 24 años, acompañada de una importante contribución del grupo entre 15 y 19 años. (GRÁFICO #6)

⁴⁰ Benítez, M. E. "La familia cubana en la segunda mitad del Siglo XX". Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana, Cuba, 2003. Pág. 85.

GRÁFICO # 6 Cuba. Estructura de la fecundidad. 1970, 1982, 1989.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de "Demographic Yearbook, 1980" y "Anuario Demográfico, 1993".

Asimismo, la mujer cubana tiene menos hijos que en épocas anteriores; alrededor del 60% de ellos los tienen antes de los 25 años; pero, algo más del 25% son concebidos con menos de 20 años. Es importante resaltar que en esta etapa el grupo de 12 a 14 años está teniendo prácticamente el mismo peso relativo que las mujeres mayores de 40 años.

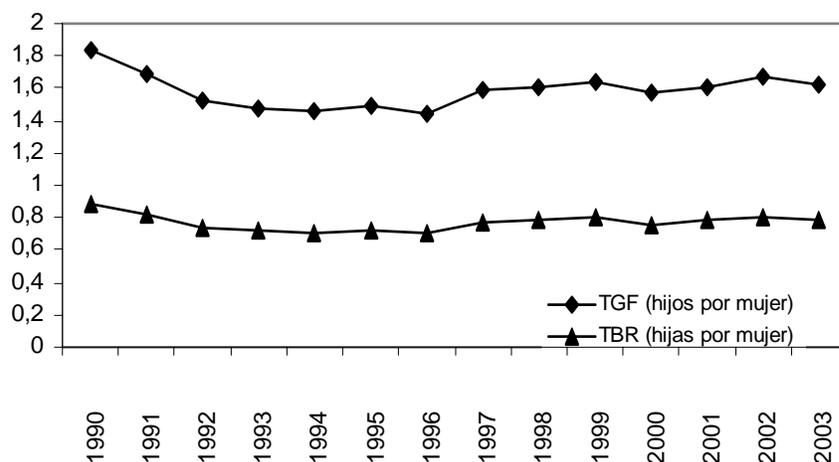
Es decir, que con anterioridad al año 1990, la estructura de la fecundidad cubana transitó de una cúspide dilatada, con peso similar en las edades de 20 a 24 y de 25 a 29 años, a una cúspide temprana con valores máximos en el grupo de 20 a 24 años, y con un peso importante de las menores de 20 años. Por tanto, después de los 60s y hasta fines de los 80s, la fecundidad en Cuba experimenta un proceso de rejuvenecimiento acentuado. (ANEXO # 5)

III.2 Estructura de la fecundidad cubana después de los noventa.

Se precisa ahora, describir la trayectoria que ha seguido la estructura de la fecundidad en los noventa y en los primeros años del presente siglo.

Desde 1978, la fecundidad cubana se encuentra por debajo del nivel de reemplazo con una tasa bruta de reproducción de 0.96 hijas por mujer. Por su parte, la tasa global de fecundidad⁴¹ ha descrito descensos acentuados en el período, fundamentalmente de 1990 a 1996, de 1.83 a 1.44 hijos por mujer. Aunque en estos siete años la tendencia de dicha tasa fue descendente, en el paso de 1994 a 1995 aumentó la tasa en 0.03 puntos. La mayor reducción anual fue de 1991 a 1992, de 0.17 puntos. Después de 1996, ha mantenido una estabilidad en su comportamiento, con un ligero aumento hacia finales de la etapa, donde llega a ser de 1.63 hijos por mujer en el 2003, manteniéndose siempre por debajo del nivel de reemplazo. (GRÁFICO # 7)

GRÁFICO # 7. Cuba. Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción. 1990-2003.



Fuente: ONE, "Anuario Demográfico de Cuba". La Habana, Cuba. Años seleccionados.

⁴¹ Número promedio de hijos que tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieron sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. (Miró, C., 2003)

Como se ha explicado con anterioridad, la estructura de la fecundidad, desde alrededor de 1960, venía mostrando una cúspide temprana, con valores máximos en el grupo de 20 a 24 años. el cuadro y los gráficos siguientes muestran con mayor detalle lo ocurrido después de 1990.

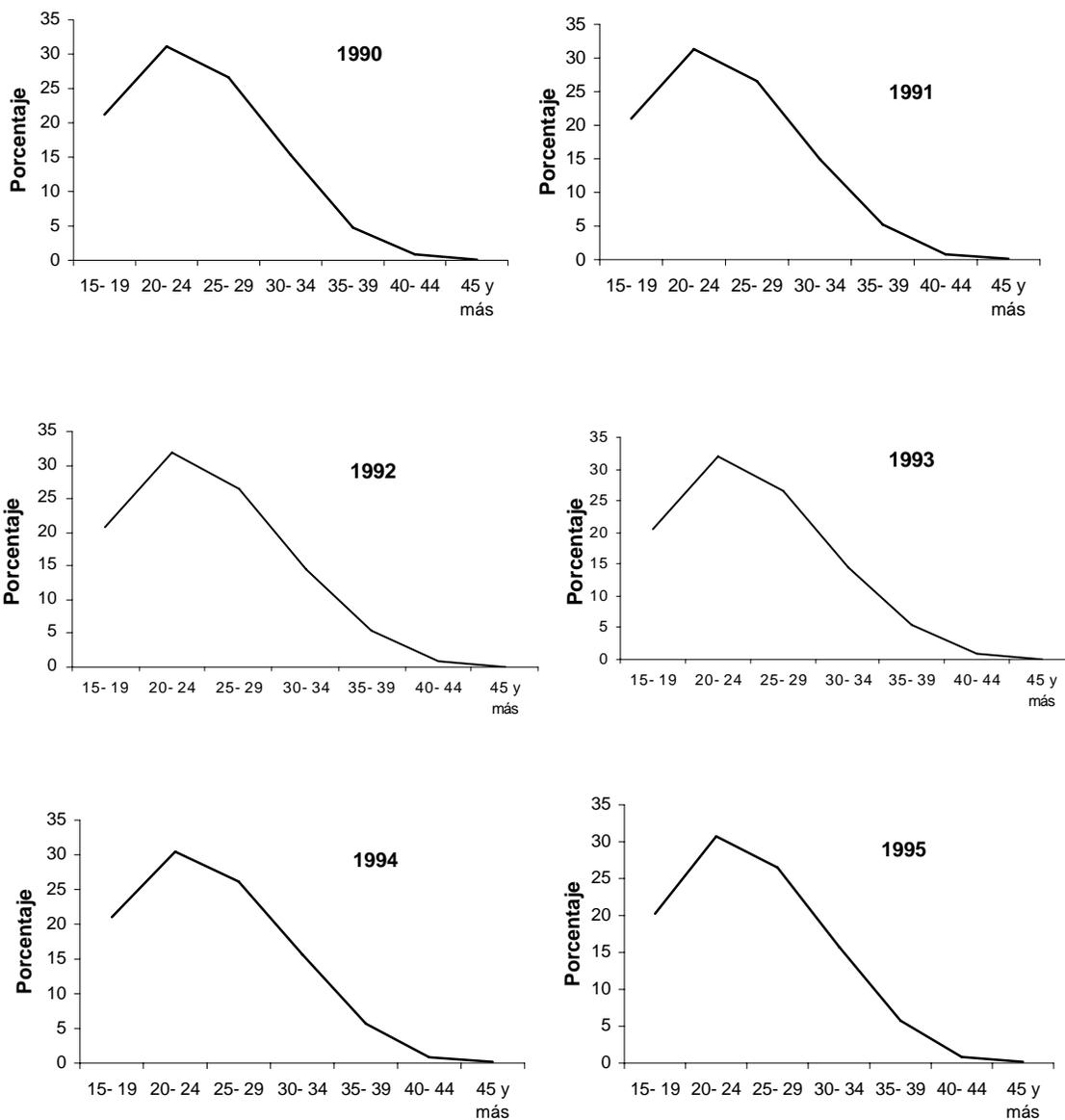
CUADRO # 4. Cuba. Estructura de la fecundidad por edades. 1990-2003.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
15- 19	21,17	21,00	20,88	20,43	21,02	20,25	18,87
20- 24	31,12	31,31	31,85	32,04	30,47	30,74	30,61
25- 29	26,61	26,60	26,48	26,66	26,14	26,51	26,96
30- 34	15,33	14,93	14,49	14,61	15,63	15,74	16,64
35- 39	4,78	5,21	5,34	5,35	5,70	5,75	5,98
40- 44	0,90	0,83	0,82	0,78	0,86	0,84	0,83
45 y más	0,08	0,12	0,13	0,14	0,17	0,17	0,10

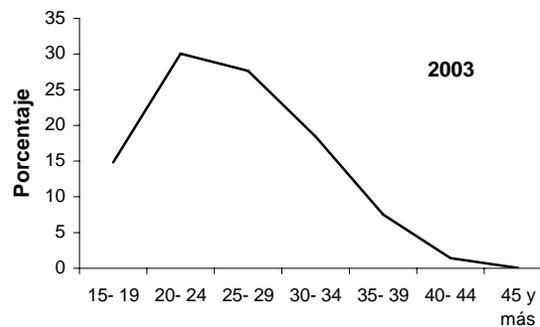
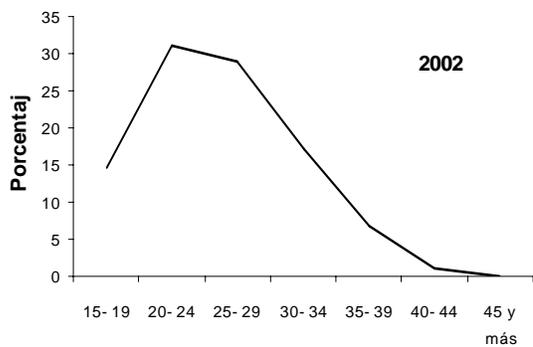
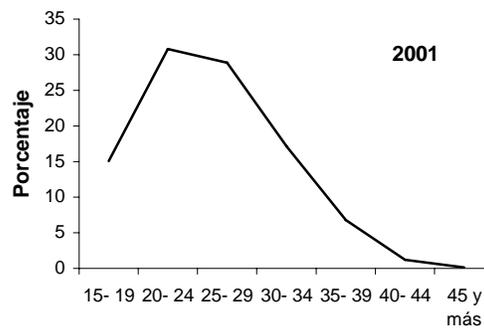
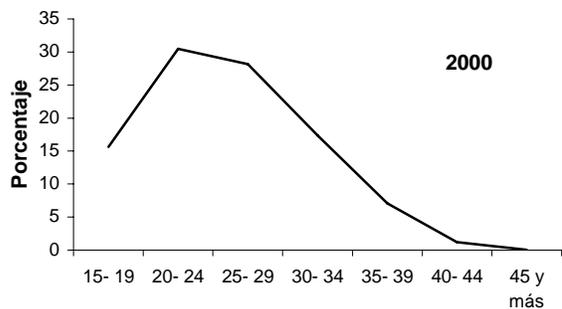
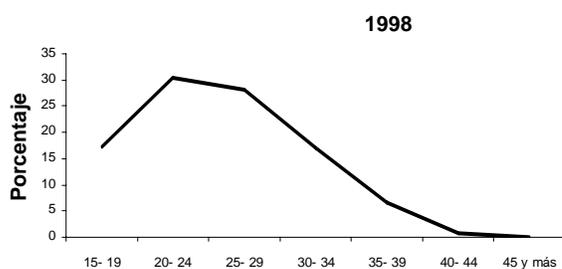
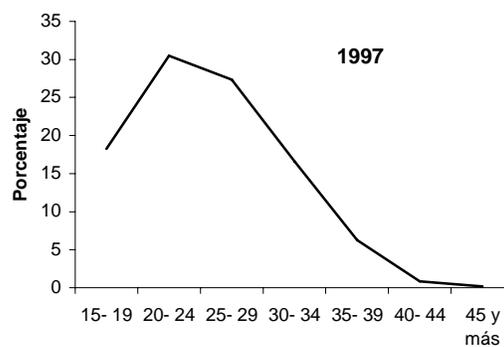
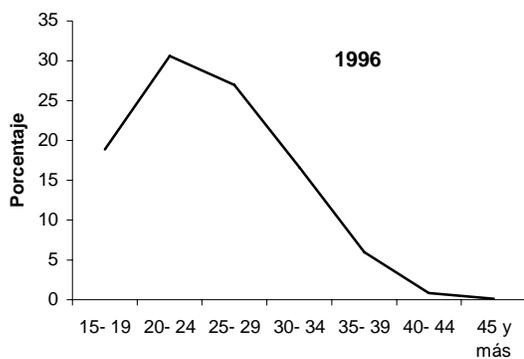
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
15- 19	18,27	17,18	16,98	15,66	15,07	14,71	14,83
20- 24	30,48	30,33	30,48	30,47	30,81	29,66	30,06
25- 29	27,34	28,05	28,01	28,17	28,87	28,85	27,66
30- 34	16,64	16,87	16,80	17,37	17,13	18,15	18,42
35- 39	6,28	6,56	6,72	7,07	6,80	7,22	7,52
40- 44	0,85	0,87	0,95	1,20	1,19	1,29	1,44
45 y más	0,16	0,12	0,06	0,06	0,12	0,12	0,06

Fuente: ONE, "Anuario Demográfico de Cuba". La Habana, Cuba. Años seleccionados.

GRÁFICO # 8. Cuba. Estructura de fecundidad por edades. 1990-2003.



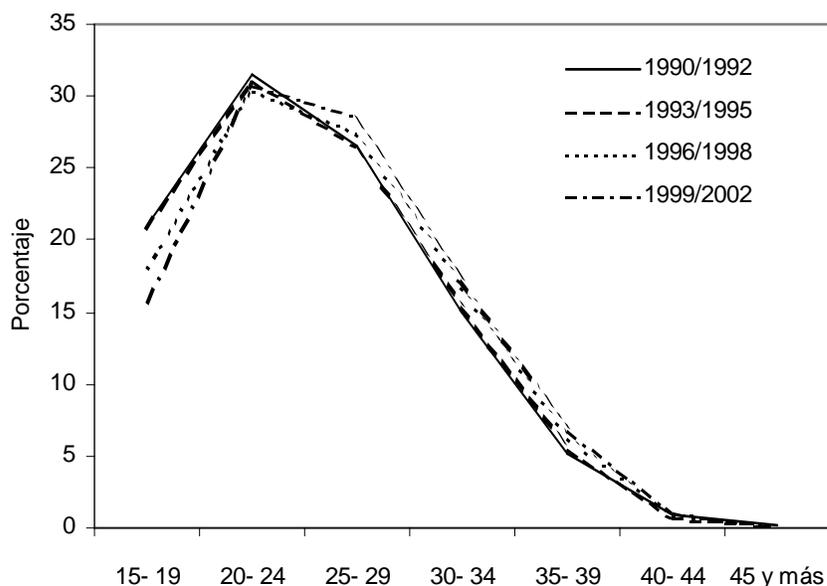
Cuba. Estructura de la fecundidad en los noventa.



Fuente: ONE, "Anuario Demográfico de Cuba". La Habana, Cuba. Años seleccionados.

Como es posible apreciar en el GRÁFICO # 9 en el trienio 1990-1992 hay una ligera inclinación hacia el rejuvenecimiento de la estructura por edades de la población, manteniendo el mayor peso el grupo de 20 a 24 años.

GRÁFICO # 9. Cuba. Estructura de fecundidad por edades. Trienios seleccionados.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de: ONE, "Anuario Demográfico de Cuba". Años seleccionados.

En los años de 1993 a 1995, resulta muy significativo la movilidad que expresan los grupos de 20 a 24 y de 30 a 34 años. Mientras las más jóvenes (20-24) reducían su contribución a la fecundidad total, las de 30 a 34 aumentaron su presencia. El primer grupo resultó ser aún más dinámico en la disminución, que el de 30 a 34 años en su incremento. Se pudiese afirmar que a fines de este trienio que está comenzando el proceso de dilatación de la cúspide.

Una considerable disminución experimentó el grupo de 15 a 19 años entre 1996 y 1998 de 1.69 puntos porcentuales. De este modo, la estructura de la fecundidad continúa el proceso de dilatación iniciado alrededor de 1995, pues el grupo de 25 a 29 años comienza a moverse hacia un aumento de su aporte. En tanto, el grupo de 20 a 24 años, que históricamente

había mostrado un importante peso en el total de la fecundidad, continuó el lento descenso que había iniciado en el trienio anterior.

Finalmente, entre 1999 y 2002, sigue siendo bien importante la disminución del grupo de 15 a 19 años, de un poco más de dos puntos porcentuales –resultando el movimiento más brusco del período estudiado-. Continuó en tanto, su aumento en casi un punto porcentual el grupo entre 25 y 29 años, por lo que se acentúa la dilatación de la curva de estructura de la fecundidad.

**CUADRO # 5 Cuba. Diferencias porcentuales de la estructura de la fecundidad.
Trienios seleccionados.**

	1990/1992	1993/1995	1996/1998	1999/2002	1990/2002
15- 19	-0,29	-0,18	-1,69	-2,23	-6,42
20- 24	0,73	-1,29	-0,28	0,47	-0,17
25- 29	-0,13	-0,15	1,09	0,97	2,37
30- 34	-0,84	1,13	0,23	0,42	1,89
35- 39	0,55	0,41	0,58	0,12	2,06
40- 44	-0,08	0,06	0,04	0,25	0,30
45 y más	0,05	0,03	0,02	0,00	-0,02

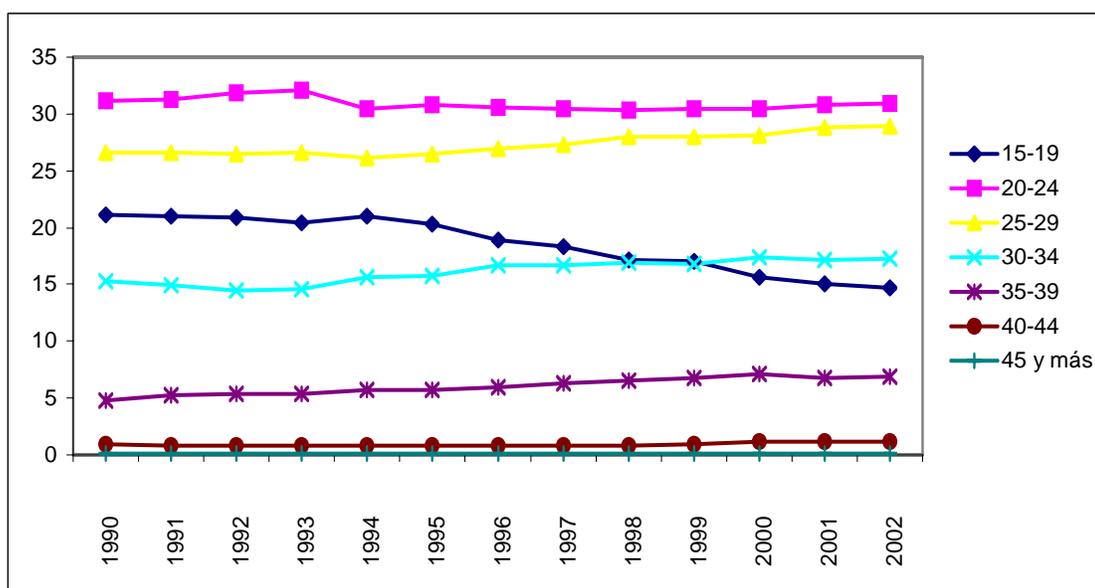
Fuente: Cálculos de la autora.

Es decir, en la etapa en estudio, la mayor contribución a la fecundidad total, ha estado a cargo del grupo entre 20 y 24 años. Sin embargo la contribución del grupo de 25 a 29 años, ha ido tomando fuerzas, mostrando un comportamiento ascendente a lo largo del período. Tanto es así, que ya en 1998 se puede decir que la curva de la estructura comienza a correrse ligeramente hacia la derecha, con valores máximos muy similares en los grupos entre 20-24 y 25-29 años.

De 1990 al 2003 el grupo de 20 a 24 años ha mantenido el mayor peso en la estructura de la fecundidad, su trayectoria ha sido estable, con algunas fluctuaciones discretas, representando aproximadamente el 30% de la fecundidad total en todo el período estudiado. Mientras, el grupo de 25 a 29 años ha revelado una tendencia ascendente a partir de 1995 fundamentalmente, con el 26.5% y ya en el 2003 su contribución representa el 28%, es decir, en ocho años este grupo ha aumentado discretamente su porcentaje en dos puntos

aproximadamente, estando solo en 2.4 puntos porcentuales por debajo del grupo de 20 a 24 años hacia el 2003. Lo que corrobora la existencia de una cúspide dilatada en la estructura de la fecundidad al exhibir valores máximos muy similares en ambos grupos. (GRÁFICO # 8 y ANEXO # 6)

GRÁFICO # 10. Cuba. Ordenamiento jerárquico de la estructura de la fecundidad por grupos de edades. 1990-2002.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de: ONE, “Anuario Demográfico”. Años seleccionados.

Si se hace un ordenamiento jerárquico de la estructura de la fecundidad por edades, es evidente que el primer lugar, lo ocupa el grupo de 20-24 años a lo largo del período y el segundo el grupo de 25-29 años. Sin embargo, en el tránsito de 1997 a 1998, se acortó la brecha que existía entre los dos grupos, mostrando valores similares. (GRÁFICO # 10 Y ANEXO # 7)

El grupo de 15-19 años estuvo ocupando el tercer lugar en importancia hasta 1998 aproximadamente, mientras que el grupo de 30-34 años fue tomando su posición a partir de

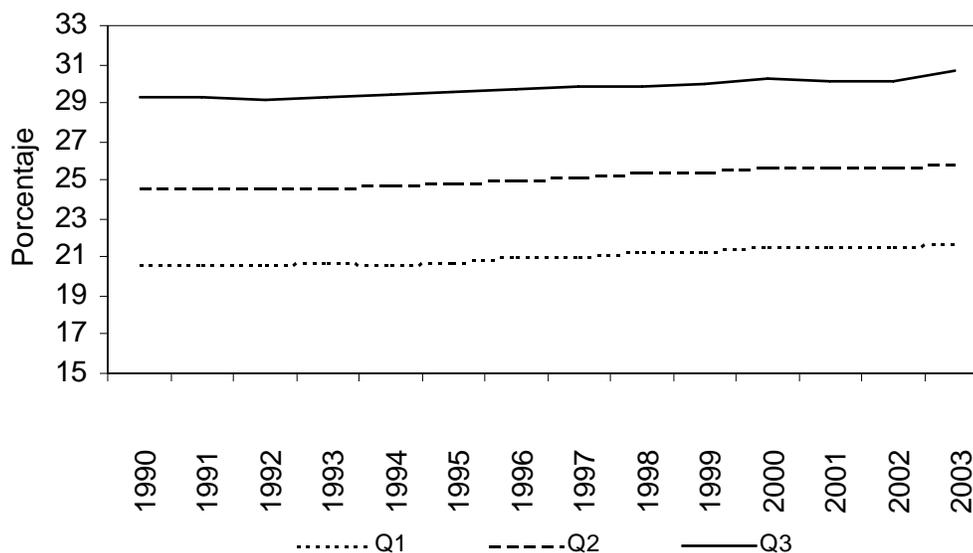
1999. Hacia el 2003 este último grupo fue responsable del 18.4% de la fecundidad total, 3.6 puntos por encima del grupo más joven.

Es importante señalar la reducción considerable que muestra el grupo de las más jovencitas, frente a un aumento paulatino de las mujeres entre 30 y 34 años. Además, fue el grupo de 15-19 años el más dinámico en el período estudiado, con una tendencia hacia el descenso, provocando una contracción en 6.3 puntos desde principios hasta final del período (de 21.1% en 1990 a 14.8% en el 2003). Tal vez esta declinación se deba al efecto que han tenido los programas de planificación familiar, el aumento del conocimiento sobre educación sexual y reproductiva en los adolescentes, el aumento de oportunidades de estudio para los jóvenes y/o el aumento de la contribución a la fecundidad de otros grupos de edades, entre otras.

Por otra parte el grupo de 35-39 años ha mantenido un comportamiento estable, con un ligero aumento a partir de 1995, donde su contribución a la fecundidad total ha oscilado entre el 5 y el 7% en todo el período. En tanto, las mujeres de 40-44 años y las mayores de 45 han mostrado una trayectoria invariable en la estructura de la fecundidad. En el trienio del 2000-2002, el primer grupo, que se había mantenido desde inicios del período por debajo del 1%, mostró un ascenso estable de 1.20% con respecto a la fecundidad total. Mientras que las mayores de 45 años se han mantenido por debajo del 0.2% en el transcurso del período, fruto del escaso peso que históricamente ha asumido este grupo en la fecundidad.

En la descripción de la estructura de la fecundidad se utilizó, como método auxiliar, el cálculo de medidas de posición, primer, segundo y tercer cuartil (Q_1 , Q_2 y Q_3 respectivamente). Este procedimiento permite apreciar si la posición de la curva de la estructura de la fecundidad, a lo largo del período, ha sufrido cambios. (GRÁFICO # 11)

GRÁFICO # 11. Medidas de posición de la distribución de la fecundidad. 1990-2003.



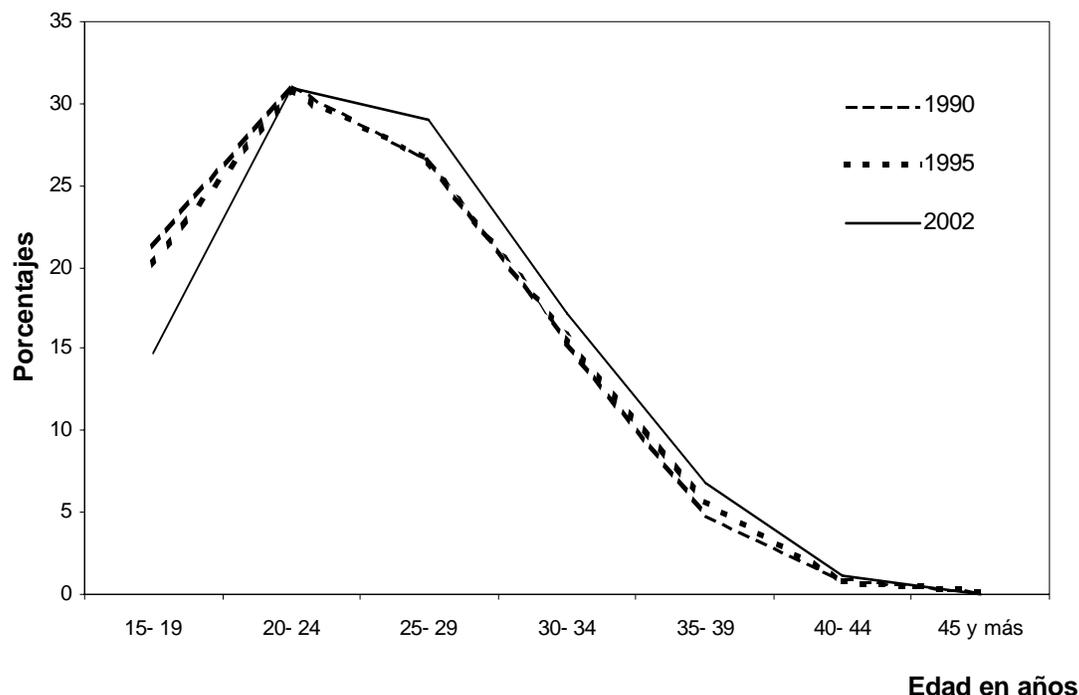
Fuente: Elaborado por la autora a partir del cálculo de las medidas de posición.

En el lapso de tiempo entre 1990 y 1995, las mujeres entre 15 y 24 años han sido responsables del 50% de la fecundidad total. A partir de 1996 hasta el final del período, se suman a este 50%, las mujeres de 25 a 29 años. Esto significa que ha habido un ligero corrimiento hacia la derecha de la curva de la distribución de la estructura de la fecundidad.

Esta observación corrobora que a partir de 1995 las mujeres del grupo de 25 a 29 años han aumentado su contribución a la fecundidad total, por lo que la cúspide de su estructura se está dilatando.

El 25% de la fecundidad a lo largo del período ha estado a cargo del grupo entre 20 y 24 años. En tanto, el 75% hacia el 2000, se acumula hasta los 29 años y hasta los 30 en el 2001. Es decir, que las mujeres mayores de 30 años van ganando espacio en la estructura de la fecundidad a principios de este siglo XXI, como consecuencia de que se ha corrido hacia la derecha la curva de la distribución de la estructura.

GRÁFICO # 12. Cuba. Estructura de la fecundidad. 1990,1995, 2002.



Fuente: Elaborado por la autora a partir de: ONE, "Anuario Demográfico". Años seleccionados

A partir de 1990, se produjo en el país una fuerte crisis económica⁴² después del derrumbe del Campo Socialista, donde el período más crítico fue de 1990 a 1994. Esta pudiera ser una de las causas del mayor descenso de los niveles de la fecundidad en estos años.

Es posible que las mujeres cubanas postergaran su embarazo para tiempos mejores económicamente, afectando principalmente a las mujeres de mayor contribución a la fecundidad (grupo de 20-24 años). Ello pudiera explicar el aumento que reveló la tasa global de fecundidad en 0.15 puntos en el paso de 1996 a 1997, años en los que se evidenció en el país una relativa mejoría económica⁴³. Otro elemento que podría estar incidiendo es que las

⁴² Esta crisis económica comienza a partir del derrumbe del Campo Socialista en 1989, el principal socio comercial y fuente de financiamiento del país. En pocos años se perdieron las fuentes de créditos blandos, se eliminaron las relaciones con el mercado del CAME con precios preferenciales para las importaciones y las exportaciones y comienza así una aguda crisis del sector externo.

⁴³ Se empieza a recuperar la economía cubana a partir de 1995, deteniéndose la caída de los principales indicadores económicos: el PIB creció en 2.5% en 1995, y en 1998 creció en 1.2%. Las exportaciones que habían

mujeres que habían retrasado su embarazo en estos años de crisis económica, no podían hacerlo más por razones biológicas, y es en estos años donde aumentan ligeramente las del grupo de 25-29 años.

Por otra parte, también la experiencia en otras regiones ha mostrado que en muchas ocasiones, el proceso de descenso del nivel de la fecundidad, ha estado acompañado de un rejuvenecimiento de su estructura por edades. Sin embargo, esta misma experiencia está demostrando que luego de ser este descenso sostenido en el tiempo, la estructura de la fecundidad comienza a envejecerse muy lentamente.

En correspondencia con lo anterior, valdría la pena indagar acerca de la edad media en que las cubanas deciden tener a sus bebés.

III.3 Edad media de la fecundidad en Cuba.

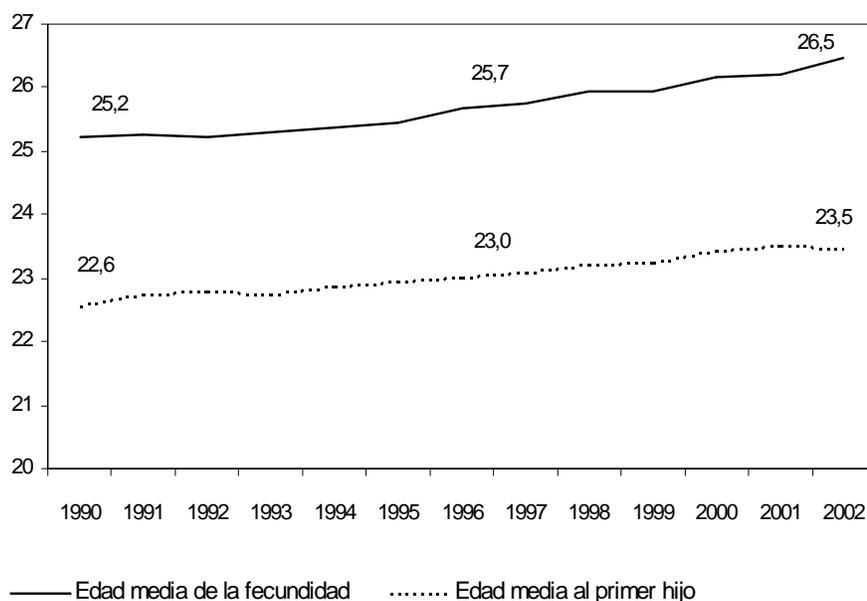
La edad media de la fecundidad de las mujeres cubanas muestra coherentemente con la dilatación de la cúspide, un aumento paulatino. Así, aumentó de 25,2 en 1990 a 26,5 años en el 2003. Es decir, se incrementó en 1,3 años en la etapa. (GRÁFICO # 13)

El ritmo de crecimiento de esta edad media no se comportó de manera uniforme en todo el período, de modo tal que se nota una aceleración en los últimos cuatro años de la etapa. Es decir, que entre 1990 y 1996 la edad media de la fecundidad de las mujeres cubanas, se movió en medio año, mientras que este mismo incremento lo tuvo en solo cuatro años, entre 1999 y 2002.

Así mismo, en los primeros cuatro años se incrementó solo en 0.1 y en los últimos cinco años de la etapa aumentó en 0.5 años.

tenido un aumento desde 1994 con un crecimiento del 15.1% disminuyó para 1997 y 1998 en 2.5% y 15.4% respectivamente (a precios corrientes). (Gómez, M. 2003. Pág. 47)

GRÁFICO # 13. Cuba. Edad media de la fecundidad y edad media al primer hijo. 1990-2003.



Fuente: Cálculos de la autora a partir de: ONE, "Anuario Demográfico". Años seleccionados.

Otro indicador muy útil para valorar las características de la fecundidad según edades es la edad media de la fecundidad al primer hijo. Este, como es posible apreciar en el GRÁFICO # 13, apunta hacia un envejecimiento también, de la edad en que están teniendo las mujeres cubanas su primer hijo, moviéndose desde 22.6 hasta 23.5 años en el 2003.

La trayectoria de este indicador no ha mostrado grandes movimientos, su crecimiento ha sido solo de 0.9 en el transcurso de los trece años. Es decir, que la edad media de la fecundidad al primer hijo muestra un aumento discreto de menos de un año en la etapa estudiada.

Es evidente que la estructura de la fecundidad cubana exhibe una tendencia al envejecimiento, observándose ya para el año 2002 y 2003 una cúspide prácticamente dilatada, y una edad media de la fecundidad de 26.5 años.

COMENTARIOS FINALES

A principios del siglo XXI, los bajos niveles de fecundidad y mortalidad apuntaban a un completamiento de la Transición Demográfica en Cuba. Los bajos niveles de fecundidad, que se han mantenido por debajo del nivel de reemplazo generacional durante poco más del último cuarto de siglo, ponen de relieve la necesidad de profundizar en el proceso de la Transición de la Fecundidad en Cuba en las décadas recientes, principalmente en los cambios que se están produciendo en su estructura.

El período entre 1990 y el 2003 fue testigo de momentos interesantes al interior de la estructura de la fecundidad, en tanto comienza a llamar la atención no solo el aporte de las adolescentes, sino también la de otros grupos de edades.

Así, complementando el objetivo de esta investigación se obtuvo que la estructura de la fecundidad cubana en el período, pasa de temprana a dilatada hacia 1998, con valores máximos muy similares en los grupos de edades de 20-24 y 25-29 años. La fecundidad de este último grupo mostró un comportamiento ascendente sostenido en toda la etapa y hacia el 2003 se acortó la brecha entre estos dos grupos. A partir de 1999, deja de tomar un peso importante en la estructura de la fecundidad el grupo de 15 a 19 años, ocupando su lugar el de 30-34 años, que venía presentando una trayectoria similar al grupo de 25-29 años, pero en menor medida.

Como consecuencia de ello, la edad media de la fecundidad aumentó de 25.2 a 26.5 años desde inicios hasta final de la etapa estudiada. Es decir, que existe una clara tendencia al envejecimiento de la estructura de la fecundidad y, por ende, que está ocurriendo un significativo cambio en el calendario reproductivo de las mujeres cubanas.

Esta no es una situación nueva en el contexto internacional. Pareciera que en términos reproductivos, Cuba está siguiendo el camino que han recorrido países como España, Italia, Dinamarca, Alemania, entre otros, quienes han visto reducirse aún más sus niveles de fecundidad a partir del envejecimiento de las estructuras etáreas de esa variable demográfica. Lo distintivo del caso cubano es que en aquellos, la reducción de la capacidad reproductiva de la población y su consecuente envejecimiento tuvieron lugar a posteriori del

proceso de desarrollo económico que en ellos ha tenido lugar, mientras que la población cubana, en los próximos años, alcanzará, en materia demográfica, a esos países, mientras que no lo hará en materia económica. Ese será el reto más importante a encarar y su solución demandará, entre otras, la investigación profunda de los cambios estructurales de la fecundidad.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación y las conclusiones presentadas con anterioridad, urge ofrecer algunas recomendaciones con relación a la temática tratada:

- Se hace necesario el levantamiento de una nueva Encuesta Nacional de Fecundidad que contribuya a actualizar el conocimiento sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres cubanas y de esta forma, ofrecer a los investigadores una fuente de información importante para emprender nuevos estudios de fecundidad en Cuba.
- Realizar investigaciones que apunten a la colocación del caso cubano en el contexto internacional y en el marco de los nuevos paradigmas teóricos que han enriquecido la Teoría de la Transición Demográfica y que han contribuido a explicar, sobre todo, los casos descritos en las transiciones contemporáneas de la fecundidad.
- Continuar profundizando en el estudio de los diferenciales de la fecundidad en Cuba, pues es ahí donde habrá de encontrarse cómo están operando los determinantes próximos de esa variable. Esta es una recomendación que está estrechamente conectada con la primera, pues exigiría la realización de encuestas nacionales de fecundidad o de salud reproductiva. La comprensión del patrón reproductivo de la población cubana exige ya este nuevo paso hacia delante.

BIBLIOGRAFÍA

- Albizu-Campos, J. C. *“Mortalidad y supervivencia en Cuba en los noventa”*. La Habana, 2000.
- Alfonso, J. C., A. Mac Donald y M. Sosa, *“Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba”*, SOCUDEF, Ciudad de La Habana, 1996.
- Álvarez, L., *“La tendencia de la fecundidad en Cuba”*, Instituto de desarrollo de la salud, MINSAP. La Habana, 1982.
- _____, *“El aborto en Cuba”*. Editorial Ciencias Sociales, ciudad de La Habana, 1994.
- Banco Mundial, *“World Development Report, 1996”*. Banco Mundial, Washington, D. C., 1996.
- Benítez, M. E. *“La familia cubana en la segunda mitad del Siglo XX”*. Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana, Cuba, 2003. Pág. 85.
- Benítez, R., *“Curso Latinoamericano: Población y desarrollo con énfasis en salud reproductiva”*. México, del 19 al 30 de mayo, 2003.
- Camisa, Z., *“Introducción al estudio de la fecundidad”*, CELADE, Costa Rica, San José, 1975.
- Cantalapiedra, M. y E. Panizo, *“Evolución reciente y perspectiva de la fecundidad en España”*. En revista *Pediatría de atención Primaria*. Volumen IV No. 13. España, enero/marzo, 2002.
- Catasús, S., P. Cano y E. Velásquez, *“Evolución estimada de la fecundidad en Cuba, 1900-1950”*, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, La Habana, 1975.

_____, *“La nupcialidad cubana en el siglo XX”*. CEDEM, Universidad de La Habana. Ciudad de La Habana, 1991.

CELADE, *“La transición demográfica en América Latina y el Caribe”*, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP y SOMEDE. Volumen II, México, 1993.

_____, *“Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina”*. BIP, CEPAL, CELADE. Santiago de Chile.

Colectivo de autores, *“Teoría de la población”*, Editorial Progreso, Moscú, 1978.

Comité Estatal de Estadística, *“Encuesta Nacional de Fecundidad- 1987”*, Instituto de Investigaciones Estadísticas. Cuba, Marzo 1991.

Delgado, M. y T. Castro, *“Opiniones y actitudes No. 20. Encuesta de Fecundidad y familia-1995”*, Centro de investigaciones sociológicas, España, 1998.

Dirección Nacional de estadística del MINSAP, *“Anuario Estadístico de salud, 2002”*, UNICEF, OMS, OPS, Dirección Nacional de estadística del MINSAP, La Habana, 2003.

Farnós, A., *“La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contextos de los procesos demográficos en Cuba”*. S/ p. Tomo I, primera parte. Ciudad de La Habana, 1985.

Freedman, R., K. Davis y J. Blake, *“Factores sociológicos de la fecundidad”*, CELADE, Gráfica Panamericana, México, 1967.

García, R., *“La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico”*, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, La Habana, diciembre 1996.

Golini, A., *“El costo de los hijos”*, Publicación: Clarín Zona. <http://www.clarin.com.ar>, febrero, 2000.

Gómez, M., *“El envejecimiento de la población y la esperanza de vida saludable en los adultos mayores en Ciudad de La Habana”*. Centro de Estudios Demográficos. Ciudad de La Habana, Cuba, 2004. ISBN: 959-7005-38-7.

González, F., *“Inmigración española y transición de la fecundidad en Cuba”*. En *Papers de demografía* No. 119. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de Barcelona. España, 1996.

Gran, M. A., et. al., *“El descenso de la natalidad en Cuba”*. S/p.

Hernández, R., A. Farnós y F. González, *“Algunas características de la reciente evolución de la fecundidad en Cuba”*, Centro de Estudios Demográficos- Universidad de La Habana, La Habana, 1985.

_____, *“El proceso de la Revolución Demográfica en Cuba”*. Segunda edición. CEDEM, Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, 1986.

_____, *“Enfoques sociológicos y técnicas del estudio de la fecundidad”*, Universidad Autónoma de Zacatecas, 1996.

_____ y O. Barros, *“Características demográficas y socioeconómicas del envejecimiento de la población en Cuba”*. Publicación electrónica, ISBN 959-7005-17-4. Centro de estudios Demográficos. Ciudad de La Habana, 2003.

Instituto de Investigaciones Estadísticas, *“Anuario Demográfico de Cuba, 1993”*. Editorial Estadística, Ciudad de La Habana, 1994.

Instituto Nacional de Estadística, *“Evolución de la fecundidad en España (1974-1994)”*, Notas de prensa. <http://www.ine.es>.

_____, *“Modernización demográfica y cambio social”*. <http://www.2.udec.c/>.

Miró, C., *“Transición demográfica y envejecimiento demográfico”*. *Papeles de población* No. 35, Enero/ Marzo, 2003.

Naciones Unidas, *"Diccionario Demográfico"*, volumen en español, Nueva York, 1959.

_____, *"Boletín de población, No. 7"*, Naciones Unidas, Nueva York, 1965.

_____, *"The determinants and consequences of population trends"*. Volumen I, Nueva York, 1973.

_____, *"Niveles y tendencias de la fecundidad en el mundo"*. Nueva York, 1978.

_____, *"Informe conciso sobre la situación demográfica en el mundo en 1991"*, Naciones Unidas, Nueva York, 1992.

_____, *"Demographic Yearbook- 1999"*, formato digital.

_____, *"Demographic Yearbook- 1999"*, Nueva York, 2001.

Oficina Nacional de Estadística, *"Anuario Demográfico de Cuba, 2000"*, CEPDE, CEDEM, ONE, 2001.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *"Informe sobre desarrollo humano, 1997"*. Ediciones Mundi-Prensa. España, 1997.

Siegel, S., *"Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta"*. Consejo Nacional para la Enseñanza e investigación en Psicología. Editorial Trilla, México, 1974.

Spiegel, M., *"Estadística. Teoría y 875 problemas resueltos"*, Libros Mc Graw-Hill, 1974.

Torres, R. M., *"Algunos componentes del estado de salud de la mujer cubana. 1990-2001"*. S/p, Ciudad de La Habana, 2003.

UNFPA, *"Estado de la población mundial, 2004"*, Estados Unidos, New York, 2004.

UNICEF, *“Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva”*,
CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, UNICEF, La Habana, 1995.

Anexo # 1

Cuba. Tasas específicas de fecundidad general, global de fecundidad y bruta de reproducción. 1970-2003.

AÑOS	TASAS		
	Fecundidad General	Global de fecundidad	Bruta de reproducción
1970	121.4	3.70	1.80
1971	129.5	3.94	1.92
1972	123.0	3.12	1.52
1973	103.4	3.15	1.53
1974	97.3	2.94	1.43
1975	90.9	2.74	1.33
1976	85.2	2.49	1.21
1977	74.3	2.28	1.11
1978	64.0	1.95	0.95
1979	60.5	1.81	0.88
1980	56.3	1.67	0.81
1981	54.7	1.61	0.78
1982	62.5	1.85	0.90
1983	63.1	1.84	0.89
1984	61.8	1.79	0.87
1985	66.1	1.93	0.94
1986	59.0	1.72	0.83
1987	62.4	1.82	0.88
1988	64.1	1.88	0.92
1989	62.2	1.83	0.89

Cuba. Estructura de la fecundidad en los noventa.

1990	62.1	1.83	0.89
1991	57.5	1.69	0.82
1992	50.9	1.52	0.74
1993	49.9	1.48	0.72
1994	49.7	1.46	0.71
1995	48.0	1.49	0.72
1996	48.3	1.44	0.70
1997	46.2	1.59	0.77
1998	50.3	1.60	0.78
1999	49.8	1.64	0.80
2000	47.4	1.58	0.76
2001	45.7	1.60	0.78
2002	47.1	1.67	0.81
2003	45.5	1.63	0.79

Fuente: ONE, "Anuarios Demográficos", 1970-2003, La Habana, Cuba.

Anexo # 2

Estructuras modelos de la fecundidad por edades. (1965)

(Distribución (en porcentajes medios) de las tasas de fecundidad por edades en grupos de países clasificados según el tipo de estructura de cada grupo por edades.)

Tipo de estructura	No. de países	Total	Edad de las mujeres en años						
			15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más
Estructura General	72	100	8,9	25,6	26,3	19,7	12,9	5,3	1,3
Estructura de baja fecundidad									
Cúsp. Temprana	9	100	11,7	36,1	27,0	14,8	7,6	2,6	0,3
Cúsp. Dilatada	16	100	5,9	30,4	30,7	19,3	10,0	3,4	0,3
Cúsp. Tardía	9	100	3,4	22,9	31,9	22,8	13,5	4,9	0,5
Estructura de alta fecundidad									
A) Cúsp. Temprana (tipo A)	8	100	16,2	24,7	21,9	17,4	11,8	5,8	2,3
B) Cúsp. Temprana (tipo B)	7	100	12,5	28,5	25,1	17,8	11,2	4,0	0,9
Cúsp. Dilatada	13	100	8,9	23,7	24,4	19,9	14,7	6,5	1,9
Cúsp. Tardía (tipo A)	4	100	5,1	22,9	28,8	22,6	14,5	5,0	1,0
Cúsp. Tardía (tipo B)	5	100	5,6	19,4	24,6	23,3	17,2	8,4	1,4

Fuente: Naciones Unidas, "Boletín de población de las Naciones Unidas. No. 7 de 1963". Nueva York, 1965. Pág. 126.

Anexo # 3

Estructuras modelos de la fecundidad por edades (1990)

(Distribución (en porcentajes medios) de las tasas de fecundidad por edades en grupos de países clasificados según el tipo de estructura de cada grupo por edades.)

Tipo de estructura	No. de países	Total	Edad de las mujeres en años						
			15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 y más
Estructura General	17	100	8,91	24,71	30,19	22,16	10,42	2,99	0,61
Estructura de países desarrollados									
Baja fecundidad									
Cúsp. Tardía	6	100	3,19	17,84	35,75	30,09	11,13	1,91	0,10
Estructura de países menos desarrollados									
Baja fecundidad									
Cúsp. Temprana	3	100	16,49	36,30	28,29	13,53	4,60	0,72	0,06
Cúsp. Dilatada	3	100	13,04	26,46	26,56	20,07	10,64	2,96	0,27
Cúsp. Tardía	1	100	4,30	30,35	38,52	19,88	5,86	1,05	0,04
Alta fecundidad									
Cúsp. Temprana (tipo B)	1	100	11,1	24,79	22,54	18,98	14,27	6,56	1,75
Cúsp. Dilatada	2	100	10,37	24,25	24,82	17,78	14,37	6,18	1,75
Cúsp. Tardía (tipo A)	1	100	6,61	21,12	23,58	21,00	15,85	8,39	3,45

Fuente: Elaboración de la autora a partir de la información brindada por el "Demographic Yearbook- 1999".

Anexo # 4

Estructura de la fecundidad por grupos de edades (%). Países y años seleccionados.

Tasa Bruta de reproducción (hijas por mujer). Tipo de cúspide.

Grupo de edades	Desarrollados						Menos desarrollados		
	Alemania 1996	Austria 1996	Francia 1993	Japón 1996	España 1995	Italia 1995	Cuba 1996	Rep. Checa 1996	Bulgaria 1995
15-19	3,70	5,47	2,39	1,4	3,3	2,85	18,87	8,73	21,88
20-24	20,69	26,59	18,32	14,21	11,92	15,32	30,61	37,82	40,48
25-29	33,65	35,25	38,48	39,33	33,95	33,82	26,96	33,16	24,76
30-34	29,00	22,81	27,42	34,14	35,39	31,77	16,64	14,78	9,16
35-39	11,01	8,30	10,94	9,84	13,15	13,51	5,98	4,74	3,08
40-44	1,87	1,51	2,3	1,04	2,16	2,6	0,83	0,72	0,61
45 y más	0,08	0,07	0,15	0,04	0,13	0,13	0,1	0,04	0,04
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de cúspide	Tardía	Tardía	Tardía	Tardía	Tardía	Tardía	Temprana	Temprana	Temprana
TBR	0,64	0,69	0,81	0,69	0,57	0,58 (94)	0,70	0,58	0,60

Grupo de edades	Menos desarrollados							
	Trinidad y Tob. 1995	Argentina 1995	Chile 1996	Eslovenia 1996	Bolivia 1965	Honduras 1981	Nicaragua 1965	Paraguay 1988
15-19	11,92	12,44	14,77	4,30	6,61	11,10	11,97	9,77
20-24	28,21	25,13	26,04	30,35	21,12	24,79	24,43	24,06
25-29	28,21	26,52	24,94	38,52	23,58	22,54	25,37	24,27
30-34	19,51	20,88	19,81	19,88	21,00	18,98	16,96	18,59
35-39	9,50	11,25	11,18	5,86	15,85	14,27	15,33	13,41
40-44	2,36	3,43	3,08	1,05	8,39	6,56	4,71	7,64
45 y más	0,29	0,35	0,18	0,04	3,45	1,75	1,24	2,26
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Tipo de cúspide	Dilatada	Dilatada	Dilatada	Tardía	Tardía	Temprana (B)	Dilatada	Dilatada
TBR	0,9	1,284	1,2 (95)	0,619	2,82 (78)	2,92	3,46 (68)	2,39

Fuente: Elaborado por la autora a partir de Naciones Unidas, "Demographic Year Book-1999".

Anexo # 5

Cuba. Tasas específicas de fecundidad por edades. Años seleccionados (anterior 1990).

Edades	0	1899	1919	1953	1970	1981	1982	1987	1989
15-19	17,5	0,07126	0,12161	0,05947	0,1278	0,08350	0,0907	0,08150	0,0794
20-24	22,5	0,22490	0,30848	0,20760	0,2273	0,11380	0,1299	0,11690	0,1139
25-29	27,5	0,22059	0,30554	0,20558	0,1642	0,06780	0,0828	0,09250	0,0952
30-34	32,5	0,15453	0,22670	0,14025	0,1162	0,03630	0,0414	0,04990	0,0555
35-39	37,5	0,09188	0,14613	0,07987	0,0735	0,01460	0,0182	0,01830	0,0176
40-44	42,5	0,03363	0,05422	0,02898	0,0263	0,00410	0,0036	0,00330	0,0031
45-49	47,5	0,00520	0,00932	0,00424	0,0040	0,00240	0,0028	0,00110	0,0005
Total		0,80199	1,17200	0,72599	0,73930	0,32250	0,36940	0,36350	0,36520
TFG		4,01	5,86	3,63	3,70	1,61	1,85	1,82	1,83

Cuba. Estructura de fecundidad por edades. Años seleccionados.

Edades	1899	1919	1953	1970	1981	1982	1987	1989
15-19	8,89	10,38	8,19	17,29	25,89	24,55	22,42	21,74
20-24	28,04	26,32	28,60	30,75	35,29	35,17	32,16	31,19
25-29	27,51	26,07	28,32	22,21	21,02	22,41	25,45	26,07
30-34	19,27	19,34	19,32	15,72	11,26	11,21	13,73	15,20
35-39	11,46	12,47	11,00	9,94	4,53	4,93	5,03	4,82
40-44	4,19	4,63	3,99	3,56	1,27	0,97	0,91	0,85
45-49	0,65	0,80	0,58	0,54	0,74	0,76	0,30	0,14
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ONE, "Anuario Demográfico". Años seleccionados.

Anexo # 6

Cuba. Tasas específicas de fecundidad por edades. 1990-2003.

Edades	0	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total		366,0	337,6	303,6	295,6	291,1	297,3	287,8	318,6	320,1	327,4	316,7	320,4	333,8	325,7
15- 19	17,5	77,5	70,9	63,4	60,4	61,2	60,2	54,3	58,2	55,0	55,6	49,6	48,3	49,1	48,3
20- 24	22,5	113,9	105,7	96,7	94,7	88,7	91,4	88,1	97,1	97,1	99,8	96,5	98,7	99,0	97,9
25- 29	27,5	97,4	89,8	80,4	78,8	76,1	78,8	77,6	87,1	89,8	91,7	89,2	92,5	96,3	90,1
30- 34	32,5	56,1	50,4	44,0	43,2	45,5	46,8	47,9	53,0	54,0	55,0	55,0	54,9	60,6	60,0
35- 39	37,5	17,5	17,6	16,2	15,8	16,6	17,1	17,2	20,0	21,0	22,0	22,4	21,8	24,1	24,5
40- 44	42,5	3,3	2,8	2,5	2,3	2,5	2,5	2,4	2,7	2,8	3,1	3,8	3,8	4,3	4,7
45 y más	47,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,5	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,2
Edad media		25,2	25,3	25,2	25,3	25,4	25,5	25,7	25,8	25,9	25,9	26,2	26,2	26,4	26,4
Edad media de 30 y +		34,1	34,2	34,3	34,3	34,3	34,3	34,2	34,3	34,3	34,3	34,4	34,4	34,4	34,4

Cuba. Estructura de la fecundidad por edades. 1990- 2003.

Edades	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
15- 19	21,17	21,00	20,88	20,43	21,02	20,25	18,87	18,27	17,18	16,98	15,66	15,07	14,71	14,83
20- 24	31,12	31,31	31,85	32,04	30,47	30,74	30,61	30,48	30,33	30,48	30,47	30,81	29,66	30,06
25- 29	26,61	26,60	26,48	26,66	26,14	26,51	26,96	27,34	28,05	28,01	28,17	28,87	28,85	27,66
30- 34	15,33	14,93	14,49	14,61	15,63	15,74	16,64	16,64	16,87	16,80	17,37	17,13	18,15	18,42
35- 39	4,78	5,21	5,34	5,35	5,70	5,75	5,98	6,28	6,56	6,72	7,07	6,80	7,22	7,52
40- 44	0,90	0,83	0,82	0,78	0,86	0,84	0,83	0,85	0,87	0,95	1,20	1,19	1,29	1,44
45 y más	0,08	0,12	0,13	0,14	0,17	0,17	0,10	0,16	0,12	0,06	0,06	0,12	0,12	0,06
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ONE, "Anuario Demográfico". Años seleccionados.

Anexo # 7

Cálculo de las medidas de posición de la distribución de la estructura de la fecundidad. 1990-2003.

Cuba. Estructura de la fecundidad acumulada 1990- 2003

Edades	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
15- 19	21,17	21,00	20,88	20,43	21,02	20,25	18,87	18,27	17,18	16,98	15,66	15,07	14,71	14,83
20- 24	52,30	52,31	52,73	52,47	51,49	50,99	49,48	48,74	47,52	47,46	46,13	45,88	44,37	44,89
25- 29	78,91	78,91	79,22	79,13	77,64	77,50	76,44	76,08	75,57	75,47	74,30	74,75	73,22	72,55
30- 34	94,23	93,84	93,71	93,74	93,27	93,24	93,09	92,72	92,44	92,27	91,66	91,89	91,37	90,97
35- 39	99,02	99,05	99,04	99,09	98,97	98,99	99,06	99,00	99,00	98,99	98,74	98,69	98,59	98,50
40- 44	99,92	99,88	99,87	99,86	99,83	99,83	99,90	99,84	99,88	99,94	99,94	99,88	99,88	99,94
45- 49	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00

Medidas de posición	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Q ₁	20,61	20,64	20,65	20,71	20,65	20,77	21,00	21,10	21,29	21,32	21,53	21,61	21,73	21,69
Q ₂	24,63	24,63	24,57	24,61	24,75	24,84	25,10	25,23	25,44	25,45	25,69	25,71	25,98	25,92
Q ₃	29,27	29,27	29,20	29,23	29,50	29,53	29,73	29,80	29,90	29,92	30,20	30,07	30,49	30,66

Fuente: Cálculos de la autora.

UNIVERSIDAD DE LA HABANA

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

**POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN AMÉRICA LATINA.
ESTUDIO DE CASO: CUBA**

RAÚL HERNÁNDEZ CASTELLÓN

LA HABANA, FEBRERO 2006

© Dr. Raúl Hernández Castellón, 2006
© Sobre la presente edición:
Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
de la Universidad de La Habana, 2006
Avenida 41 No 2003, Playa. Ciudad de la Habana
Cuba
ISBN: 959-7005-39-5

ISBN 959-7005-39-5



9789597005391

	CONTENIDO	Pág.
	INTRODUCCION	4
I	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	6
	I.1 Problema, Objetivos, Hipótesis	6
	I.2 Material y métodos	8
II	POLITICAS DE POBLACIÓN EN AMÉRICA LATINA: MEDIO SIGLO DE DISCUSIONES	8
III	LA POLITICA DE POBLACION CUBANA	28
	III.1 Consideraciones generales	28
	III.2 Avances en la formulación de una política de población para Cuba.	31
	III.3 Mortalidad	35
	III.4 La fecundidad	42
	III.5 Distribución territorial y migraciones	50
	III.6 Política de empleo	53
	III.7 Política educacional	61
	CONCLUSIONES	66
	BIBLIOGRAFIA	72
	ANEXO	82

LISTA DE CUADROS		Pág
1	América Latina. Tasa de crecimiento anual de la población total, por sexo. 1970-1990, 1990-2000 y 2000-2020.	82
2	América Latina. Tasa de global y tasas específicas de fecundidad. 1970-1975, 1990-1995, 2000-2005 y 2020-2025.	83
3	América Latina. Indicadores de mortalidad general, por sexo. 1970-1975, 1990-1995, 2000-2005 y 2020-2025	87
4	América Latina y el Caribe. Países seleccionados. Tasas de mortalidad materna directa, por mil nacidos vivos. 1970-1991.	90
5	Vigilancia de las metas de la CIPD – Indicadores seleccionados. 2004.	91
6	Proyectos de investigación ejecutados y en ejecución durante el período 2001-2005	93
7	Cuba: Evolución de indicadores seleccionados de la mortalidad. 1950-2003	94
8	Cuba: Evolución estimada de las tasas de mortalidad infantil por provincias. 1970-1997. Años seleccionados.	94
9	Cuba: Número de provincias (a) según intervalo de la tasa de mortalidad infantil. 1976, 1985 y 1997.	95
10	Modernización económica, transición de la fecundidad y perfil de mortalidad en algunos países de América Latina.	95
11	Tasas globales de fecundidad (TGF, hijos por mujer). Países seleccionados. 2004.	96
12	Cuba: Tasas brutas de reproducción por provincias. 1970-2003. Años seleccionados. (Hijas por mujer).	96
13	Países de América Latina y el Caribe, según grado de transición.	97
14	América Latina. Tasa de actividad total por sexo y grupos de edad. 1980-2020	98
15	Cuba: Posesión de efectos electrodomésticos seleccionados. 1975, 1980 y 1985.	100
16	América Latina: Porcentaje de población analfabeta de 15 años y más de edad, por sexo. 1980 a 2000.	101
17	América Latina: Tasas netas de matrícula en la educación primaria y secundaria y tasa bruta de matrícula en la educación superior, por sexo. Circa 1990.	102
18	Cuba: Estructura del nivel educacional de los trabajadores por sexos. Porcentajes. 1996 y 2002	104
19	Logro promedio en la prueba de Matemática (expresado en por ciento de respuestas correctas).	104
20	Logro promedio en la prueba de Lenguaje (expresado en por ciento de respuestas correctas)	104

INTRODUCCION

A partir del consenso a que se arribó en la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest, en 1974, e incluso desde algunos años antes, se ha discutido bastante sobre el carácter, la necesidad y las formas de implementación de las políticas de población.

Muchos puntos se aclararon en la misma, con la aprobación del Plan de Acción Mundial sobre Población el cual fue ratificado y enriquecido en la Conferencia Internacional de Población celebrada en México en 1984 y en el que se enfatiza que "el desarrollo económico y social es un factor central para la solución de los problemas demográficos"¹. Lo anterior se reiteró en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en el Cairo, Egipto, en 1994, donde además se debatió acerca de la igualdad de la mujer. Algunos de esos aspectos se analizarán también en el presente trabajo, al igual que las cuestiones relativas a la desigualdad en la distribución del ingreso.

La lucha por la igualdad de la mujer se ha fortalecido considerablemente en los últimos años. Las Conferencias Mundiales sobre la Mujer, sobre Desarrollo Social, e incluso la CIPD, han servido de marco para la misma, y en ellas se reafirmó fuertemente la necesidad de llevar a la práctica las declaraciones y el planteamiento de principios.

El Informe sobre Desarrollo Humano, publicado en 1995 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se hace eco de esta lucha, pues la propia Sinopsis del mismo se titula "La revolución hacia la igualdad en la condición de los sexos". Allí también se señala que "El desarrollo humano, si no se incorpora en él la condición de los sexos, está en peligro. /.../ La lucha incesante por lograr la igualdad en la condición de los sexos cambiará la mayoría de las premisas que actualmente rigen la vida social, económica y política"² Los informes ulteriores también se han hecho eco de esta problemática.

En América Latina y el Caribe se ha debatido ampliamente sobre esta temática, la que se vincula muy estrechamente con aspectos del desarrollo económico y social. Asimismo, se ha

¹ Naciones Unidas, 1975: **Informe de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, 1974**. E/Conf. 60/19. Nueva York. P. 19.

discutido mucho sobre cuáles de nuestros países tienen una política de población implícita o explícita. Resulta necesario realizar un análisis de las diferentes posiciones que se han adoptado en el área, a través de las últimas décadas, lo cual implica conocer las posiciones de diferentes especialistas al respecto. Asimismo, conocer la posición cubana y definir si su política de población está o no enmarcada en una estrategia general de desarrollo. Estas cuestiones serán objeto de análisis en este documento.

Desde el punto de vista de estructura, el documento se divide en tres partes. La primera aborda los aspectos teórico-metodológicos, que incluye el Diseño metodológico, en el cual se definen el Problema de Investigación, los Objetivos y las Hipótesis.

En la segunda se trata acerca de las discusiones sobre las Políticas de Población en América Latina.

La parte central del trabajo es la tercera, en la cual se discuten las políticas aplicadas en Cuba, como parte de una estrategia general de desarrollo económico y social.

I. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

I.1 Problema, Objetivos, Hipótesis

En las últimas décadas se ha discutido considerablemente acerca de las políticas población, en particular a la definición de qué es y por qué y para qué se adopta, asimismo el cómo adoptarla. Pero también, en medio de todo ello se encuentran indefiniciones en cuanto a la necesidad o no de las mismas, su vinculación con la teoría de la transición demográfica, así como con el tránsito de la discusión teórica en cuanto a temas de población y desarrollo, que inicialmente se trató como “determinantes y consecuencias” y que después tomó el nombre de “interrelaciones” entre la población y desarrollo. En el marco de estos aspectos cabe hacerse la siguiente:

Pregunta de investigación.

¿Qué particularidades metodológicas ha adoptado en América Latina la discusión sobre las políticas de población, asociadas con las cuestiones de población y desarrollo en los últimos 50 años?

El estudio de las políticas de población sirve de marco teórico al estudio del comportamiento de la política de población en Cuba, como un estudio de caso, sus características y evolución, por lo que se impone otra pregunta:

¿Qué características ha adoptado la política de población en Cuba y cómo se ha llevado a cabo su aplicación?

Objetivos.

General:

Caracterizar las particularidades metodológicas de la discusión y de la situación de las políticas de población en América Latina, El Caribe, así como en particular su forma de aplicación en Cuba.

Específicos:

- Identificar las particularidades metodológicas de la discusión y de la situación de las políticas de población en América Latina y El Caribe, mediante el análisis de sus características.
- Caracterizar la aplicación de la política de población en Cuba.

Hipótesis:

- En los primeros momentos, el objetivo de las políticas de población partió de influencias malthusianas, pero posteriormente la misma adoptó criterios menos influidos por dicha doctrina. En la mayoría de los países de América Latina y El Caribe, las políticas de población son implícitas.
- La política de población aplicada en Cuba, logró, sin proponérselo, una fuerte disminución de la fecundidad y la mortalidad.

I.2 Material y métodos

Las fuentes de información fundamentales son en primer término, los censos cubanos y los anuarios demográficos y estadísticos del país. Por otra parte, las que provienen de las últimas tres Conferencias Mundiales de Población, así como los informes relacionados con el seguimiento de las mismas. Asimismo, artículos de revistas y trabajos incluidos en diferentes conferencias, talleres y forum científicos, vinculados directa o indirectamente con las políticas de población. Muy importantes son las monografías y trabajos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Así como otros centros latinoamericanos, como universidades y revistas de población de todo el mundo. Tampoco faltarán los anuarios demográficos y estadísticos de diversos países, incluidos los de diferentes instancias de las Naciones Unidas.

La información se agrupará en cuadros y gráficos, que faciliten la exposición.

II. POLITICAS DE POBLACIÓN EN AMÉRICA LATINA: MEDIO SIGLO DE DISCUSIONES.

Al igual que las políticas del desarrollo han cambiado a lo largo del tiempo, como producto de una mejor comprensión de los problemas y de sus soluciones, las políticas de población también lo han hecho en los últimos 50 años de la historia del mundo. Por ello, es necesario hacer un análisis a profundidad del tema para identificar los cambios en las políticas y en las concepciones teóricas que los originaron.

Se ha planteado que las políticas de población han transitado por cuatro momentos: a) Su vinculación con el concepto del óptimo de población y sus interpretaciones; b) que antes de la Conferencia de Población de Bucarest, en 1974, tenían un enfoque Neomalthusiano, con lo que coincidimos; c) que este enfoque fue cambiando después de esa Conferencia y se adoptó el de Población y Desarrollo, con el que coinciden la mayoría de los autores latinoamericanos, según

se verificará más adelante y d) que sus fundamentos teóricos desde la Conferencia de El Cairo (1994) mantenían un Enfoque de Salud Sexual y Reproductiva y Género³.

Pero, aunque haya ocurrido de la forma antes mencionada, esto no puede analizarse de forma quizás tan simplista, pues es necesario remontarse mucho más atrás en el tiempo, o sea dar un recorrido por lo que se ha denominado las ondas recurrentes del pensamiento. Asimismo, analizar y “desmenuzar” cada una de estas etapas. Según este criterio:

La evolución del pensamiento puede caracterizarse como si fuera en ondas recurrentes. Esto puede ilustrarse con las ideas que la teoría económica vertió sobre el rol de la población en distintos momentos históricos. En un primer momento, la población aparece como beneficiosa para el desarrollo económico: es el mercantilismo y Smith; en un segundo momento, la población aparece como un obstáculo al desarrollo: es Malthus; un tercer momento, con Marx, la dinámica demográfica aparece como un mero reflejo y una de las tantas manifestaciones del peculiar modo de funcionamiento del sistema capitalista; un cuarto momento donde el pensamiento ignora la contribución de Marx, pero adornado ahora con la terminología de la teoría económica: es la corriente contemporánea que utiliza el argumento del ahorro y la inversión; por último y fruto de la discusión antes señalada, hay un retorno al tratamiento sistémico que iniciara Smith, pero enriquecido y modificado con elementos de la realidad del subdesarrollo⁴.

3 Lo anterior surge de un Curso sobre Políticas de Población, impartido en el año 2002, en la Maestría en Demografía Social, del Programa Latinoamericano de Trabajo Social, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Para el punto a) el texto utilizado fue el libro Alfred Sauvy El Óptimo de Población; para el b) utilizaron los siguientes: Enke, S. “The Economic Aspects of Slowing Population Growth”, *Economic Journal*, March, 1966. Coale, A. y Hoover E. *Crecimiento de la Población y Desarrollo Económico*. México, Limusa, 1965; en el caso del c) fueron: Teitelbaum, M. S. “Population and Development. is a Consensus Possible? *Foreign Affairs*, 52, julio, 1974. Naciones Unidas. Documento Resumen de las Conclusiones de la Conferencia de Bucarest. Programa de Acción – 1974. Naciones Unidas. Documento Resumen de las Conclusiones de la Conferencia de México. Programa de Acción – 1984. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994. Programa de Acción, Población y desarrollo: Un Compromiso Universal. McIntosh, C. A. y J. L. Flinkle, “The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm? *Population and Development Review*. Vol. 21, 2, June, 1995.

4 Fuccaracio, Angel. 1994: Temas de población y desarrollo. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

El problema que se plantea en el óptimo de población es el de la determinación de la tasa de crecimiento de la población compatible con la tasa de crecimiento del producto. La discusión se torna vacía, en el sentido de que sus conclusiones son cambiantes, cuando se introduce el cambio tecnológico. Este tema suscitó mucha discusión, pero la misma terminó prácticamente en los años cincuenta⁵.

Malthus establece dos leyes (que no son más que suposiciones): i) que la población crece en progresión geométrica a causa de la atracción de los sexos; y ii) que los productos de la tierra crecen en progresión aritmética porque a) la tierra es finita y b) por la operación de la ley de los rendimientos decrecientes en el sector agrícola⁶.

El principio de población que establece Malthus, lo utiliza para demostrar como inevitable: a) el surgimiento del egoísmo como elemento natural y motor de la sociedad; b) la aparición de la pobreza; c) la imposibilidad de permanencia de un sistema económico igualitario de tal manera que la propiedad privada de los medios de producción es, por así decirlo, una regla natural similar a las leyes que gobiernan la naturaleza; d) la necesidad de la institución del matrimonio monogámico. Los socialistas utópicos no pudieron dar una respuesta científica a las proposiciones de Malthus. Hubo que esperar hasta que el capitalismo se desarrollara para que el análisis de Marx contuviera la respuesta sobre el origen de la pobreza.

El tratamiento de la población en Marx⁷ tiene dos aspectos: uno, se vincula a la demostración de que cualquiera que sea el ritmo de crecimiento demográfico, no importa que sea alto, bajo, positivo o negativo, la dinámica interna del sistema capitalista genera siempre pobreza y

5 La bibliografía que se puede consultar al respecto es la siguiente: Peacock, A.T. "Theory of Population and Modern Economic Analysis", en **Population Studies**, vol. 6, N° 2, noviembre 1952, pp. 114-122 y **Population Studies**, vol. 7 N° 3, marzo, 1954, pp. 227-234. Gotlieb, M. "The Theory of Optimum of Population in a Closed Economy", **Journal of Political Economy**, vol. LIII, Dec. 1945. Myrdal, Gunnar, "Population. A Problem for Democracy. The Godkin Lectures, 1938, Peter Smith, 1962, cap. 6. "Effects of population decline", pp. 124 a 173. Myrdal Gunnar, ASIAN DRAMA. An Inquire into the Poverty of Nations". Twentieth Century Fund, Inc. USA, 1968, Volume III, Appendix 7. *Note on inadequate approaches to the economic effects of population changes*. Pp- 2063 a 2075.

6 Malthus, T., **Ensayo sobre el principio de la población...** Fondo de la Cultura Económica, México-Buenos Aires, 1951 (primera edición inglesa, 1798).

7 Marx, C., **El Capital**, tomo 1. Fondo de la Cultura Económica, México, 1980. Fucaraccio, A. y González Q. F. **Notas para una discusión de la Ley de Población en Marx**. CELADE, (PISPAL, Documento de Trabajo No. 11), Santiago de Chile, 1975.

sobrepoblación relativa a la acumulación del capital, que es el resultado y la palanca de dicha acumulación. Con este hallazgo Marx da una respuesta científica a las proposiciones malthusianas. La ley no es una explicación de la dinámica demográfica, sino una ley que surge por necesidad, del movimiento interno del sistema como tal y en este sentido es una ley de población particular, aplicable sólo al sistema capitalista de producción. Implícito en la ley, y como reflejo de ella, existe un comportamiento demográfico peculiar a cada clase y estamento social, donde la dinámica demográfica es una de las tantas manifestaciones de la dinámica misma del sistema. Así, el movimiento migratorio se explica por el movimiento del capital y el desarrollo de las fuerzas productivas donde el obrero va en pos del capital, que al instalarse hace emerger centros poblados y destruye otros existentes. En cuanto a los niveles y los diferenciales de la mortalidad, se explican por las condiciones de vida que se derivan de las condiciones de trabajo y da cuenta de cómo el exceso de trabajo condujo a la degradación física y moral que facilitó la aparición de enfermedades laborales y la transmisión de las infecto-contagiosas en un determinado momento del desarrollo del capitalismo. En cuanto a la fecundidad queda explicada por las condiciones de vida, que a medida que detentan más alto nivel de pobreza mayor es su fecundidad (y su mortalidad), asemejándose “a una ley que recuerda la reproducción en masa de animales individualmente débiles y perseguidos”⁸.

El otro aspecto es la tesis que “todo régimen histórico concreto tiene sus leyes de población, leyes que rigen de un modo históricamente concreto”⁹

Existe una estrecha vinculación entre la política de desarrollo y la política de población, pues se ha señalado que esta última no puede tener éxito si no está enmarcada en una estrategia general de desarrollo económico y social. Con relación a la citada política de población también se ha señalado:

Cuando se habla de Política de Desarrollo se puede decir que el término es propio de la periferia y reconoce la necesidad de una acción deliberada del Estado para modificar el comportamiento del sistema económico por la carencia de

8 Marx, C., op. cit. p. 518.

9 IBIDEM.

mecanismos internos que generan una dinámica que eleve las condiciones de vida de la población. De allí que los países de la periferia necesiten una política de desarrollo que no la requieran los centros industrializados porque el sistema tiene sus propias bases endógenas de sustentación, incluso el recurso de la guerra. Cuando se habla de política de población se reconoce la necesidad de una acción deliberada para modificar el comportamiento de la gente, en particular la fecundidad y el tamaño de la familia. En esta área se trata de reproducir la apariencia externa del tipo de familia que tienen los centros desarrollados, sin considerar que en esos países el resultado final ha devenido de una evolución “natural”. En la periferia la política de población está obrando de un modo similar al tratamiento sintomático de las enfermedades que no atacan las causas que las producen sino los síntomas. La política de población pretende generar una forma de familia que no se conjuga con el modo de funcionar del sistema periférico porque el capital y la acumulación de éste no ha perneado todas las áreas subsistiendo formas familiares que es la respuesta a la formación social existente. Se requiere por consiguiente dar especial atención a este tópico¹⁰.

Retornando a los inicios de las discusiones sobre las políticas de población, puede señalarse que las mismas estuvieron asociadas con las cuestiones de población y desarrollo, así, en la década de los años sesenta del pasado siglo nació una polémica sobre dicho tema, a raíz de las acciones del control natal, liderado por los Estados Unidos. Tal pensamiento constituía una respuesta a la ideología que aseguraba que los citados problemas del desarrollo se resolvían mediante el simple expediente de disminuir el crecimiento demográfico. Y el movimiento crítico consistió en un retorno al tratamiento metodológico integral y sistémico de los clásicos que integraron el ámbito económico y social con el demográfico.

Con relación a la temática de Población y Desarrollo, un autor latinoamericano planteó aspectos muy interesantes sobre esta polémica:

Población y Desarrollo: es éste el título que actualmente designa la temática que evolucionó desde lo que treinta años atrás se conoció con el nombre de

10 IBIDEM.

“determinantes y consecuencias” y que después tomó el nombre de “interrelaciones” entre la población y el desarrollo. El examen de la literatura muestra el cambio de enfoque que recoge cada uno de los títulos mencionados y es un reflejo del avance del pensamiento dominante sobre la materia en cada época.

En el enfoque de “determinantes y consecuencias” el análisis se realiza en compartimentos estancos; es decir, en los determinantes se consideran los factores que “explican” el comportamiento de la fecundidad, de la mortalidad y de la migración; y en las consecuencias se estudia cómo afecta a las variables económicas y sociales el tamaño y el crecimiento, la estructura por edad y su cambio, el crecimiento diferencial de los distintos grupos etarios¹¹. En el área de las consecuencias las preguntas que se formularon, entre otras, fueron las siguientes: i) ¿cómo influye el crecimiento y el tamaño de la población en los cambios tecnológicos y en la productividad?; ii) cómo influye el crecimiento y el tamaño de la población en el ahorro y la inversión tanto pública como privada?; iii) ¿cómo influye el crecimiento y el tamaño de la población en el tamaño del mercado y el desarrollo industrial?; iv) ¿cómo influye el crecimiento y el tamaño de la población en la ocupación y la distribución del ingreso?. Alrededor de estas preguntas hubo una gran producción literaria que no llegó a conclusiones firmes. Para ello hubiera sido necesario munirse de una teoría no apologética y no enigmática del funcionamiento del sistema capitalista, hecho que no ocurrió. Ello explica también el largo tiempo que duró la polémica¹².

Otros investigadores exponen sus criterios de forma quizás similar, pero imponiéndoles su propio sello al análisis de las cuestiones que se vienen discutiendo. Ese es el caso del siguiente autor:

11 El autor señaló lo siguiente: Ejemplo de este enfoque pueden verse en Meade, J.E. y otros. “Demography and Economics”, en **Towards a population policy for the United Kingdom, Supplement to Population Studies**, May, 1970, pp. 25-31. Naciones Unidas. **Factores Determinantes de las tendencias demográficas**. ST/SOA/Ser. A.50. Nueva Cork, 1978.

12 Fuccaracio, Angel. 1994: Temas de población y desarrollo. Ob. Cit.

... en tanto se mantiene vigente la investigación bajo el calificativo genérico de políticas de población como una de las líneas de trabajo científico priorizadas por los científicos sociales, no parecen existir condiciones académicas, ideológicas y de práctica social como para utilizar al respecto un sistema categorial único. Política de población, política demográfica, política social de población, política integral de población, no resisten una lógica que le de coherencia dentro de tal sistema. Entre el lema de que “el desarrollo es el mejor anticonceptivo” a “las políticas que facilitan la utilización de anticonceptivos” hay una suficiente carga ideológica. Lo que los diferentes países y actores ponen en práctica en nombre de tales políticas puede resultar bastante disímil.

¿Qué aspecto nos da derecho a adentrarnos en el problema sin necesidad de entrar en un debate en torno a lo que debemos entender o no por política de población?. Simplemente, que lo que pueda inteligirse o practicarse por tal política lleva la intención de intervenir de manera consciente, con sujeción a determinados fines, y con una connotación directa o indirectamente demográfica, en uno de los procesos sociales de mayor relevancia, como es el fenómeno “reproducción-distribución de la población”.

/.../ Dentro de los estudios al respecto salta a un plano de suficiente prioridad la inclusión de los elementos concernientes a las relaciones entre población y desarrollo, de manera que si se somete a debate la cuestión de las temáticas emergentes sobre la relación población y desarrollo en el contexto de las perspectivas teóricas de las políticas de población, es porque mantenemos el reconocimiento de un vínculo y a la vez, estamos aceptando que están surgiendo valoraciones y replanteos de las formulaciones anteriores de la relación, que tienen implicaciones para las políticas¹³.

13 Bueno, Eramis. 1994: Perspectivas teóricas de las políticas de población. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

Algunas reflexiones relativas a la perspectiva de la población y del desarrollo, indican que desde la misma, se considera importante el conocimiento entre el comportamiento de las variables demográficas y el cambio socioeconómico, para lograr la integración de las políticas de población en la planeación del desarrollo. Desde los años sesenta se buscó tal integración, a partir de supuestos de carácter macroeconómico, desde el paradigma catastrofista de recursos naturales limitados, hasta los planteamientos sobre desajustes en la demanda y la oferta de capital, bajo el supuesto de menor capacidad de ahorro con alta fecundidad. Con estos argumentos se orientaron las políticas de control de la fecundidad hasta los años setenta.

Cabe señalar que la política de población tiene como antecedente la percepción de un problema de población, es decir, aquel que se suscita cuando las sociedades no logran encontrar un equilibrio satisfactorio entre el tamaño de la población, sus características étnico-culturales, la distribución espacial de la misma, los recursos económicos y el sistema sociopolítico imperante. En general se entendería la política de población como aquella que se origina en el diagnóstico de algún problema que requiera ser encarado con urgencia.

Los planteamientos para hacer efectiva una estrategia de desarrollo, con objetivos relativos a la vinculación de los programas de población con los programas de salud, educación, vivienda y empleo, entre otros, para lograr un desarrollo sostenido y sostenible, están deviniendo en pura retórica. Afortunadamente este no ha sido el caso de Cuba, donde sí ha existido ampliamente la vinculación señalada.

Se ha señalado que¹⁴:

En el trasfondo de este problema mundial de población –que es real, y de una manera u otra afecta a todos los países – está latente el horror que produce la

14 Bueno, Eramis. 1994: Perspectivas teóricas de las políticas de población. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

percepción de que dicho problema cobre expresión concreta en una combinación del abrumador crecimiento de la población de los países pobres, especialmente de Asia y África, con la implosión demográfica de los países desarrollados a la que se refiere Bourgeois-Pichat¹⁵

En América Latina se dio un momento de estancamiento conceptual al fincar como dogma las relaciones entre la *población y el desarrollo* en las reuniones mundiales, por el hecho contradictorio de que la etapa de expansión económica de la mayor parte de los países de la región se dio con alta fecundidad y elevado crecimiento demográfico y, poco después, la disminución de la fecundidad y el crecimiento de la población no han significado mejoras en las condiciones de vida de la población.

Los problemas de población se perciben ahora ante los desequilibrios entre necesidades y tamaño de las poblaciones, su distribución, sus características étnicas y culturales, los recursos y el sistema sociopolítico imperante. Destaca la consideración de los elevados ritmos de crecimiento demográfico (los cuales ya comenzaron a disminuir en la última década del siglo pasado, sobre todo en los países de mayor población de la región, según se aprecia en el Cuadro 1), la mayor intensidad de la migración interna e internacional, los grandes problemas de nuestras metrópolis con desempleo, cinturones de miseria y contaminación, sin que sea posible recuperar capacidades agrícolas previas y retener en el campo a los contingentes de desocupados. Las ciudades hoy día expulsan población hacia otras ciudades menores y hacia otros países. La pérdida de expectativas inmediatas en todo el mundo llevó a plantear el fin del pasado milenio como el momento de las grandes migraciones de todo tipo: Sur-Norte, Norte-Norte, fronterizas, laborales, de refugiados y desplazados, lo que obliga a considerar estos nuevos aspectos.

En las últimas décadas del siglo pasado, en América Latina la política de población se redujo en la mayor parte de los países a la puesta en marcha de la planificación familiar, lográndose disminuir el crecimiento demográfico, mejorar las condiciones de salud de las madres y sus

15 Ver, Bourgeois-Pichat, J. "Del Siglo XX al Siglo XXI, Europa y su población después del año 2000", en CELADE, **Notas de Población**, año XVIII, núm. 49, abril, 1990.

hijos, disminuir los embarazos de alto riesgo y transformar la distribución por edad de la fecundidad¹⁶. Los cuadros 1, 2, 3 y 4 reafirman algunos de estos planteamientos y proporcionan estimaciones sobre la evolución futura de los indicadores que se presentan. Por otra parte, aunque indican las disparidades entre países, en verdad son un pálido reflejo de sus diferencias. A su vez, los mismos muestran cómo Cuba se destaca por sus menores tasas de crecimiento, de fecundidad y de mortalidad general y materna.

A continuación se exponen algunas de las reflexiones de una conferencia celebrada en la década pasada en Antigua, Guatemala, con las cuales coincidimos plenamente, por su serio análisis de la situación de las políticas de población en América Latina y El Caribe. Consideramos que las mencionadas reflexiones constituyen un hito importante en el conocimiento de las características, logros, avances y retrocesos de los aspectos teóricos y metodológicos de las políticas de población en la región¹².

En el ámbito de los planificadores y de quienes toman decisiones sobre políticas de población, los enfoques tradicionales en que se identifica el desarrollo con el crecimiento económico, han resultado poco atractivos, ya que se ha puesto el acento con gran insistencia en el control de la fecundidad como mecanismo para resolver los problemas del desarrollo económico, y por otra parte se consideran las inversiones sociales como competitivas con la inversión directamente productiva. Las políticas de población no deben considerar al tamaño, crecimiento y composición de la población como “el” problema, ya que estamos frente a población con problemas, de ahí la necesidad de orientarse hacia las variables de nivel de vida; tampoco debe considerarse a la población como algo homogéneo y por último los comportamientos deben corresponder a decisiones al interior de la familia. Interesa la interacción de dos tipos de decisiones: sobre consumo y participación económica y las relativas al tamaño, composición y movilidad de los miembros y como respuesta a los factores del contexto.

12 Benítez Centeno, Raúl 1994. Presentación. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México., pp. 25-28.

Los modelos empleados en la consideración de la población como problema plantean a la dinámica como un dilema al crecimiento económico. En la búsqueda de un logro conjunto de crecimiento económico y ampliación de oportunidades educativas, de salud, vivienda, alimentación y empleo, la principal limitante son los bajos niveles de ahorro que resultan del crecimiento elevado de la población, de ahí que la recomendación de política sea la reducción de la fecundidad. Este tipo de planteamiento ha dañado la posibilidad de avanzar, no obstante que los latinoamericanos han planteado en las conferencias mundiales visiones más complejas de las interrelaciones entre población y desarrollo.

Las políticas de población deben plantearse como un objetivo social en su manifestación multidimensional dentro de la sociedad y ubicando los problemas de población dentro de las preocupaciones efectivas que tiene la sociedad. /.../

Dentro de las políticas de población deberá incursionarse sobre la utilidad de introducir las perspectivas de los sistemas de género, como una dimensión básica de la desigualdad social que define y da sentido a la sexualidad y la reproducción humana. Lo que se busca entender es el control que los varones ejercen sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres. /.../

El gran problema es que las políticas de población se han diseñado para reducir el crecimiento de la población más no para disminuir las desigualdades sociales en el ingreso y el acceso a servicios y bienes. Es el Estado el que tiene que incrementar inversiones sociales directamente improductivas [que es lo que ha hecho y está haciendo Cuba]. Tampoco se buscó alterar otras dimensiones de la diferenciación social como la distancia entre generaciones, etnias y géneros. La desigualdad entre varones y mujeres tanto en la sociedad global como al nivel familiar y en las relaciones interpersonales no fueron cuestionados. Se mantienen por otra parte, los mismos temas de estudio en encuestas sobre hijos deseados, frecuencia de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, formas de acceso a la planificación familiar, pero no ha interesado preguntarse sobre el sentido del relacionamiento sexual y de la maternidad, y se desconocen las prácticas, representaciones,

símbolos normas y valores de la sexualidad y la reproducción en los varones, predominando una perspectiva masculina en el diseño de políticas de población.

También deben plantearse las limitaciones de las políticas de población desde la perspectiva del género en planificación familiar, sexualidad y reproducción. La paternidad responsable desapareció del discurso inicial de las políticas y fue suplantada por las metas demográficas, de ahí que los varones desaparecen como receptores y responsables de la anticoncepción; el acceso a la anticoncepción se centra en la fecundidad marital y los jóvenes están carentes de información y servicios; existe abuso en la esterilización, colocación de dispositivos, o empleo de hormonales sin los exámenes correspondientes; no están disponibles todos los anticonceptivos y hay poca difusión de métodos de barrera; se está tendiendo a ubicar el período reproductivo sólo de los 20 a los 35 años, reduciendo la vida fértil de las mujeres a sólo 15 años pasando por encima de derechos civiles y políticos; se mantiene la penalización y clandestinidad del aborto; hay abuso de pruebas experimentales de anticonceptivos; y se pasa por encima de la dignidad de las mujeres, sobre todo las de sectores populares en el trato que se les da.

/.../ Las políticas de población para el Siglo XXI deben orientarse hacia las necesidades de reproducción de la población, que es la de la sociedad. El machismo, el racismo, la miseria y la pobreza extrema no tienen por qué seguir siendo inamovibles. Debe producirse un amplio debate, profundo y desprejuiciado sobre la sexualidad, la reproducción y la división social del trabajo entre los géneros en los países de la región, enmarcado en las nuevas realidades de economías devastadas, de venta y enajenación del cuerpo humano, de las nuevas estructuras de población que prolongan la vida humana, de las propuestas de movimientos sociales, de cambios políticos y estatales y como centro de la discusión de la redefinición de la maternidad y de la paternidad que condensan la sexualidad, la reproducción y la división social del trabajo.

En los países del Tercer Mundo, la política de población no solo no puede verse al margen de una estrategia para el desarrollo, sino como parte orgánica y dinámica de la misma. Toda la

población de la comunidad debería interesarse en dicha política, según se planteó en la "Declaración de Ciudad México sobre Población y Desarrollo", adoptada por 29 Estados representados en la Conferencia Internacional de Población, en agosto de 1984. Uno de los puntos acordados por la Declaración señala:

Las políticas de población y desarrollo se refuerzan entre sí cuando responden a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades. La experiencia del decenio pasado demuestra la necesidad de que toda la comunidad y las organizaciones de base participen plenamente en la elaboración y ejecución de las políticas y los programas. Esto garantizará que los programas se ajusten a las necesidades locales y estén acordes con los valores individuales y sociales. Fomentará además la conciencia social sobre los problemas demográficos¹⁷.

Mucho más recientemente, es decir, 1998, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con relación a las políticas para una cambiante estructura de edades, señaló:

Entre las cuestiones principales cabe mencionar: salud, productividad y participación social; y relaciones entre los ancianos y los jóvenes. Algunos trabajos, relativamente recientes analizan estas cuestiones¹⁸, en particular las transferencias intergeneracionales.

Los datos acerca de la dinámica de la población serán imprescindibles para la formulación de las políticas. Además, al formular políticas será necesario también movilizar los recursos existentes en las familias, las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y utilizar dichos recursos para asegurar mejoras en la calidad de la vida de las poblaciones más jóvenes y de mayor

17 UNITED NATIONS 1984: **Report of the International Conference on Population, 1984**. E/Conf. 76/19. Department of Technical Cooperation for Development. New York.

18 Lee, Ronald, 1995: "Una perspectiva transcultural de las transferencias intergeneracionales", **Pensamiento Iberoamericano**, núm. 28, número especial, en conjunto con **Notas de Población**, núm. 62, pp. 311-362. Tuirán, Rodolfo, 1996: "Transición de la adolescencia a la edad adulta en México", en C. Welti (coord.) **Dinámica demográfica y cambio social México**, DF, PROLAP, E IIS-UNAM, pp. 167-182. Hatton, Yeo, Ohsako, Toshio (Ed.) 2001. **Programas Intergeneracionales: Política pública e implicaciones de la investigación. Una perspectiva internacional**. UNESCO. The Beth Jonson Foundation.

edad... Deberían determinarse las repercusiones de la **dinámica demográfica** como parte integrante de la formulación de políticas, programas y estrategias de desarrollo. Esto debería incluir un examen de las políticas que afectan las decisiones acerca del momento en que se forma una familia y las decisiones acerca de la migración...¹⁹

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en 1994, se adoptó un Programa de Acción y en su Capítulo II. Relaciones entre la población, el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible, se señalan las Bases para la Acción. En el inciso 3.3 de dichas bases precisamente se recogen muchos de los planteamientos y sugerencias que se han reflejado en las páginas anteriores. En el mismo se señala:

El desarrollo sostenible entraña, entre otras cosas, la viabilidad a largo plazo de la producción y el consumo en relación con todas las actividades económicas, entre ellas la industria, la energía, la agricultura, la silvicultura, las pesquerías, el transporte, el turismo y la infraestructura, con objeto de utilizar los recursos de la forma más racional desde un punto de vista ecológico y de reducir al mínimo los desperdicios. Sin embargo, en las políticas macroeconómicas y sectoriales raramente se ha prestado atención a las consideraciones demográficas. Integrar explícitamente la población en las estrategias económicas y de desarrollo acelerará el ritmo del desarrollo sostenible y del alivio de la pobreza y a la vez contribuirá al logro de los objetivos demográficos y a un aumento de la calidad de vida de la población.

19 FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) 1998: **Estado de la población mundial**. New York.

Objetivos

3.4 Los objetivos consisten en integrar plenamente los factores demográficos en:

a) las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles y en todas las regiones, con la finalidad de satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras;

b) Todos los aspectos de la planificación del desarrollo, para promover la justicia social y eliminar la pobreza mediante el desarrollo económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible.

Medidas

3.5 A nivel internacional, regional, nacional y local, las cuestiones de población deben integrarse en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de todas las políticas y programas relativos al desarrollo sostenible. Las estrategias de desarrollo deben reflejar de manera realista las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la dinámica de la población y las modalidades de producción y consumo, y sus efectos²⁰.

Independientemente de las reflexiones de los diferentes autores que se han ido reseñando, con relación a las políticas de población existe un gran número de temas conductores, muchos de los cuales han sido objeto de estudio y discusión en este capítulo, aunque de forma breve, por parte de especialistas latinoamericanos y de otras latitudes. Entre los referidos temas conductores, en América Latina en general, con la excepción de Cuba, están la concepción de desarrollo en las condiciones actuales, a partir de la manera en que se interpreta nuestro pasado y nuestro presente; también surgieron muchas interrogantes:

20 UNFPA 2004. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, septiembre de 1994). El Consenso de El Cairo Diez años después.** A.CONF.171/13: Informe de la CIPD (94/10/18). NACIONES UNIDAS.

¿hasta qué punto el Estado sigue cumpliendo su papel integrador frente a la sociedad?; ¿cuáles son los sectores o el nivel más operativo en relación con los problemas poblacionales y las políticas de población?: ¿las familias, los individuos?, ¿las instituciones y organismos a través de los cuales se orienta la acción gubernamental?; ¿los movimientos sociales demandantes de soluciones concretas, cada más específicas? ¿la señalada por los sectores de la iniciativa privada que en la actualidad recuperan presencias en la toma de decisiones, dada la pauta de globalización económica?

Lamentablemente no existe una publicación reciente que muestre la situación de las políticas de población para toda la región. En la última década del siglo pasado se ha señalado que:

La velocidad de los cambios relacionados con procesos demográficos evidencia el carácter estático y parcial de las políticas de población y la dificultad para adaptar sus programas de acción a las nuevas situaciones y demandas de la población. Los programas de planificación familiar deben reformularse para que los individuos cuenten con los medios para tener hijos que deseen, sin olvidar el objetivo de la reducción real de la pobreza.

En cuanto al Caribe en la propia publicación que se cita, se planteó que:

Diez países consideran que el crecimiento de la población es elevado, seis que es satisfactorio. Dos lo consideraron muy alto en 1983 y satisfactorio en 1989. Los países que consideran al crecimiento de la población como muy alto indican que sus políticas van dirigidas a reducirlo y aquellos que lo juzgan satisfactorio no intervienen para modificarlo. Nueve países consideran a la fecundidad muy alta y seis que es satisfactoria. Tres países que en 1983 señalaron que la fecundidad era muy alta, en 1989 están satisfechos de sus niveles. Con una sola excepción, aquellos países que consideraron muy alta a la fecundidad emplearon alguna política para reducirla.

/.../ En general las políticas son implícitas más que explícitas²¹.

Desde la perspectiva de la población y el desarrollo, se considera importante el conocimiento entre el comportamiento de las variables demográficas y el cambio socioeconómico, para lograr la integración de las políticas de población en la planeación del desarrollo.

Según se indicó en párrafos anteriores, en los Cuadros 1 a 4 se presenta la dinámica de diversos indicadores demográficos de América Latina. Sin embargo, a pesar de que no existen informaciones que reflejen la situación de las políticas de población en la región, esto en cierta forma podría suplirse con una información sobre la Vigilancia de las metas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo. La referida información proporciona tres bloques de datos que se refieren a Indicadores de la mortalidad, la educación y la salud reproductiva. Asimismo, el hecho de haberse publicado en el 2004, le brinda una gran actualidad, además de la comparabilidad de los datos entre los países. Aunque ya se brindaron algunos datos de mortalidad, se prefirió incluir los mismos. El Cuadro 5 muestra lo señalado.

En el cuadro mencionado se muestra que la atención materno infantil, uno de los principales aspectos de las políticas de población, se refleja a través de la mortalidad infantil y la mortalidad materna. El rango de variación es muy amplio: de 7 en Cuba, a 63 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en Haití; cinco países están por debajo de una tasa de 20; algo similar ocurre con la maternidad materna: de 25 en Puerto Rico, a 680 en Haití y tres países varían de 27 a 33. Con relación a Trinidad y Tobago el Cuadro presenta un error, por cuanto es inconcebible que muestre una tasa de 160, que no es coherente con una elevada esperanza de vida y una muy baja mortalidad infantil. El Cuadro 4 muestra valores más coherentes para este país, con 140.6 para el período 1970-1974 y 49.2 para el año de 1991. Algo similar ocurre con Panamá, cuyo valor en el período mencionado fue de 110.1 y para el período 1985-1989 fue de 49.2, y sin embargo en el Cuadro 5 presenta una tasa de 160.

21 Benítez Centeno, Raúl 1994. Presentación. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México., pp. 17-19

En cuanto a educación, lo que más se destaca son los porcentajes de analfabetismo, que van desde 3 y 4 en Cuba, Argentina, Chile y Uruguay, hasta 46 en Haití; sin embargo, cabe destacar que con relación a informaciones de décadas pasadas, estos datos reflejan un peso menos importante en cuanto al mayor retraso femenino, pero por otra parte, hay tres países que se salen completamente de toda lógica, pues muestran una enorme diferencia en los porcentajes de analfabetos de hombres y mujeres, esto es: Guatemala 23/38, Bolivia 23/38 y Perú 9/20, lo cual reclama una mejor política en este aspecto. Más adelante se retomará esta discusión con otro Cuadro que muestra la dinámica de este indicador.

Con relación a los indicadores de salud reproductiva, sí existe una cierta uniformidad en los valores de la prevalencia del uso de anticonceptivos, que se mueven en un rango de 66 a 77 %, con un pequeño número de países que se apartan completamente de los valores mostrados. Este es el caso Haití, con sólo 27% Trinidad y Tobago y Guatemala con 38%, Bolivia con 53%.

Para concluir este estudio de las políticas de población en América Latina se presenta el análisis realizado por la ex Directora del Centro Latinoamericano de Demografía, Dra. Carmen Miró, sobre la evolución de las mismas entre Bucarest y El Cairo, que se puede sintetizar de la siguiente forma:

- La continua expansión de la fecundidad había llevado a la duplicación de la población en los 25 años que van de 1940 a 1965. La población resultante, con estructura por edad muy joven y la tendencia a concentrarse en ciudades, combinada con la expansión de sus aspiraciones sociales, comenzó a plantear demandas que la mayor parte de los gobiernos de la región no estaban en condiciones de enfrentar satisfactoriamente.
- Irrumpe en la región la propuesta, procedente de fuera, de que la adopción del control de la natalidad podría constituirse en la solución a los problemas planteados por el elevado crecimiento de la población. Erróneamente se asimilaba el concepto de política de población al de control natal, reanudándose la

controversia que la publicación del *Ensayo sobre la población* de Malthus había matizado siglo y medio antes.

- Los gobiernos, preocupados por no mezclarse en lo que podría tildarse como intromisión foránea en un delicado asunto de exclusiva decisión soberana, y tratando de evitar problemas políticos internos por la oposición que cualquier decisión en este delicado terreno levantaría en la jerarquía de la iglesia Católica y los grupos izquierdistas locales, rehuyeron tomar posiciones con relación a la adopción de políticas explícitas tendientes a disminuir esa tasa de crecimiento.
- En casi todos los países funcionaban programas de planificación familiar de carácter privado, que obviamente lo hacían con la anuencia del gobierno respectivo. Ante la demanda que esos programas fueron generando en sectores femeninos, buen número de gobiernos dieron cabida a programas de planificación familiar en los servicios estatales.
- La adopción oficial de estos programas no implicaba que los gobiernos hubieran tomado una posición controladora frente al crecimiento de la población. Los programas se justifican como instrumentos para proteger la salud de las madres y disminuir la incidencia del aborto, contribuyendo además, a reducir la mortalidad materna.
- Se comenzó a reconocer, sin embargo, que era necesario encontrar medios que permitieran armonizar las tendencias demográficas y las de desarrollo económico y social, lo que no podía lograrse con la sola aplicación de programas de planificación familiar; era indispensable adoptar una política de población con objetivos más amplios.
- Diversos foros latinoamericanos intentaron esclarecer el sentido que se debía dar al concepto de *política de población*, plano el que se avanza logrando lentamente un consenso.
- México es el primer país que, en 1973, adopta una Ley General de Población, cuyo objetivo era el de "regular los fenómenos que afectan a la población...con el fin de lograr que participe justa y equitativamente en los beneficios del desarrollo económico y social".
- En Perú se estableció que "la política nacional de población tiene por objeto planificar y ejecutar acciones del Estado relativas al volumen, estructura, dinámica

y distribución de la población en el territorio nacional", agregando que entre los objetivos de la ley está el de "promover una equilibrada y armónica relación entre el crecimiento, estructura y distribución territorial de la población, y el desarrollo económico y social, teniendo en cuenta que la economía está al servicio del hombre".

- El Plan de Acción Mundial sobre Población movilizó el interés de los gobiernos sobre la temática de población y en el caso de América Latina condujo, entre otras medidas, a la creación de instancias especiales de las administraciones públicas para ocuparse de los aspectos demográficos en el contexto del desarrollo.
- Si bien no puede decirse que con carácter generalizado los países de la región hayan adoptado políticas explícitas de población, no hay duda de que hoy se presta mayor atención al impacto de los fenómenos demográficos y a las posibilidades que tienen las poblaciones, principalmente los grupos postergados, de mejorar su calidad de vida²².

22 Carmen Miró, "América Latina: la población y las políticas de población entre Bucarest y El Cairo", en Internet: <http://www.alter.org.pe/POBDES/con02/htm>.

III. LA POLITICA DE POBLACION CUBANA

III.1 Consideraciones generales

En distintos informes realizados sobre Cuba por misiones de las Naciones Unidas, se ha ratificado la posición cubana con relación a las políticas de población. A mediados de la década de los años setenta uno de esos informes planteó:

Mientras que se formulaban numerosas medidas que afectaban la mortalidad y la morbilidad asociada y controlaba la migración y la distribución interna, el Gobierno no eligió el adoptar una política que consideraría como deseable una tasa de crecimiento de la población particular o una política integrada en relación con las tendencias de la fecundidad. Sin embargo, el Gobierno promovió una estrategia de desarrollo, la cual se planificó y administró con el propósito de satisfacer crecientemente las necesidades económicas, sociales y culturales de la población y las cuales tuvieron un efecto observable sobre las estructuras demográficas y las tendencias²³

En forma similar, pero de una manera más sustanciosa y explícita, en otro informe se plantea que:

En Cuba no puede hablarse de una política explícita de población, sino de un conjunto de elementos que, integrados en una estrategia general de desarrollo, tienen efectos de corte demográfico. Desde 1959 se vienen ejecutando acciones de gobierno que han ido conformando políticas implícitas de población en los campos de la salud (reducción de la mortalidad infantil y la fecundidad y aumento del estado nutricional de la población), la educación (incremento del nivel cultural del pueblo), el desarrollo de nuevas comunidades y nuevos centros industriales (con efectos sobre

23 United Nations 1977: **National Experience in the Formulation and Implementation of Population Policy, 1959-1976. Cuba.** Department of Economic and Social Affairs ST/ESA/SER.R/17. New York.

corrientes migratorias y distribución espacial de la población), y la vivienda (tendiente a resolver un serio problema habitacional)²⁴.

En el caso cubano, el lineamiento fundamental del desarrollo económico es la industrialización. Dentro de la política general de desarrollo económico y social se inserta la política de población. Esta política es interpretada como el conjunto de actividades dirigidas a garantizar la formación y reproducción de la fuerza de trabajo de acuerdo con las exigencias de la etapa de construcción del socialismo, así como el mejoramiento progresivo de las condiciones materiales de vida del pueblo. El conjunto de medidas destinadas a influir en los procesos demográficos es parte de la política de población, pero no es en sí una política aislada, sino que ha surgido y se integra con objetivos más generales.

Con respecto a las políticas de población, los lineamientos más generales se encuentran incluidos en los documentos del Estado y del Partido que rigen las actividades a seguir en relación con la población.

En todos los foros y conferencias mundiales sobre población, Cuba ha expuesto su posición, y la misma coincide con los principios y recomendaciones del Plan de Acción Mundial sobre Población, acordados en la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974, y ratificados en las de México, en 1984 y El Cairo en 1994. Cuba considera que las políticas demográficas deben ser parte de la política de desarrollo económico y social, así como que cada país debe elegir libre y soberanamente la política demográfica a seguir en dependencia de sus necesidades de desarrollo.

Basados en la política de desarrollo que trazan el Partido y el Gobierno cubanos, cada conjunto de medidas relativas a una variable demográfica se fundamenta en una concepción general de desarrollo de la población, tal como se ha debatido en diversos foros y según se ha sugerido.

24 FNUAP (FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS) 1979: **Informe de misión sobre la situación demográfica de Cuba y sugerencias para asistencia en Población. Informe No. 40.** New York.

Hasta el presente, los lineamientos generales respecto a la población se han dirigido a alcanzar el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la misma. La elevación del nivel de vida del pueblo es la meta cualitativa más general. Las vías para lograr esto han sido las de trazar políticas específicas con relación a la salud, la cultura, la educación, el empleo, la ideología, la formación de la niñez y la juventud, sobre el pleno ejercicio de la igualdad de la mujer, sobre las cuestiones agrarias y las relaciones con el campesinado. Las mencionadas políticas específicas no han sido letra muerta sino que se han llevado a la práctica, con una gran voluntad política y un considerable aporte de esfuerzos, así como de recursos, según se apreciará más adelante. Tales esfuerzos, junto con los recursos, han determinado que el país esté actualmente entre los de mejores indicadores demográficos de la región y con valores extremadamente cercanos a los de los países desarrollados. Esta es una de las principales características de la política de población cubana.

Estos lineamientos generales se encuentran plasmados en la Plataforma Programática del Partido Comunista de Cuba, en las Tesis y Resoluciones de sus Congresos, en los cuales son objeto de análisis y evaluación. Dentro de los planes de desarrollo se plasman metas específicas, por ejemplo, una de ellas fue la de alcanzar para la mayoría de los trabajadores un nivel mínimo de sexto grado durante el quinquenio 1976-1980, asimismo alcanzar el nivel mínimo de noveno grado para la mayoría de los trabajadores en el quinquenio 1981-1985; ambas metas se cumplieron. Respecto a las metas específicas, estas forman parte de los planes anuales y quinquenales. Los criterios del pueblo son tomados en consideración en cada plan; este discute el referido plan a través de asambleas a diferentes niveles, bajo la orientación de las diversas organizaciones políticas y de masas.

Existe un órgano central de planificación para el desarrollo global, que es el del Ministerio de Economía y Planificación (MEP), el cual elabora los planes específicos. Este proceso comienza con la discusión en los órganos de base del Poder Popular, como son las asambleas municipales y provinciales. El MEP consolida finalmente el plan de cada entidad, dentro del plan general de desarrollo económico y social y lo presenta, para su aprobación final, a la Asamblea Nacional del Poder Popular.

Tal como se ha planteado antes, en Cuba no existen metas a lograr sobre el tamaño total de la población, ni sobre el ritmo de su crecimiento; hasta el presente la planificación del desarrollo económico no ha exigido tales metas. El ritmo de crecimiento se ha modificado en dependencia de las condiciones políticas y socio-económicas que han influido en las variables demográficas. El mismo es uno de los menores de América Latina, según se puede apreciar en el Cuadro 1 que muestra que durante el período 1970-1990 fue el segundo más bajo, y fue el menor durante el período 1990-2000.

En una fase posterior de consolidación de la economía y del orden social existente, las medidas tomadas para un desarrollo más integral de la población actúan como políticas de población, como parte integrante de una estrategia general de desarrollo²⁵.

III.2 Avances en la formulación de una política de población para Cuba.

La importancia de este debatido tema en Cuba, determinó el surgimiento de un Problema Principal de Investigación en el Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), denominado “Desarrollo de una política integral de población”²⁶.

Los objetivos que se propuso el citado problema fueron²⁷:

“Caracterizar la dinámica demográfica actual y perspectiva generadora de problemas tales como el envejecimiento de la población en el contexto de las características del desarrollo social y económico en sectores y regiones específicos que requieren de un examen minucioso de dicha dinámica y tendencias, y formular una política integral de población que incluya el aspecto demográfico de manera explícita”.

“Además, por su importancia, los estudios tienen la finalidad de:

25 Rodríguez, M., A. Farnós, 1984: **Política de población en Cuba en el contexto de la estrategia para el desarrollo**. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Población y Nuevo Orden Económico Internacional. CEDEM. 3-5 julio de 1984. La Habana.

26 Centro de Estudios Demográficos. 1991: Problema Principal de Investigación Desarrollo de una política de población. (Ficha del problema). La Habana.

Determinar formas de evaluación y valoración de las necesidades de información territorial continua para evaluar los efectos de la política que se adopte”.

“A su vez, los estudios presuponen un conjunto de objetivos particulares que se corresponden con el Plan Temático a ejecutar..”

El Plan temático a ejecutar comprendió los siguientes:

1. Características de la fecundidad cubana y de los factores que determinan su nivel actual y comportamiento futuro.
2. Evaluación de la estructura demográfica de la población cubana.
3. Situación actual y tendencias de la mortalidad en Cuba. Recomendaciones para conformar políticas al respecto.
4. Situación actual y Tendencias de la Nupcialidad y Divorcialidad en Cuba y su Incidencia en la Estructura y Composición de la Familia.
5. Situación actual y perspectiva de la reproducción y utilización de la fuerza de trabajo en Cuba.
6. Tendencia de la distribución territorial de la población y de las migraciones y su compatibilidad con los objetivos del desarrollo regional.

“El principal resultado de este problema constituirá un proyecto de programa nacional de población, que contribuya a lograr un equilibrio entre la dinámica y la distribución de la población y el desarrollo social y económico nacional y regional”²⁸

Aunque no fue posible llegar a formular el proyecto de programa nacional de población, es decir, la propuesta de una política integral de población, sin embargo el CEDEM sí trabajó ampliamente en todos los temas planteados, con numerosos trabajos que aportaron valiosos resultados y recomendaciones. Incluso, varios de ellos precedieron el citado diseño. A

27 IBIDEM, p. 5

28 IBIDEM p. 6

continuación se señalan algunos de dichos resultados en cada uno de los temas que se propuso el mencionado problema principal.

1. Características de la fecundidad cubana y de los factores que determinan su nivel actual y comportamiento futuro.

La declinación de la fecundidad y sus perspectivas en el contexto de los procesos demográficos en Cuba. Tesis de doctorado defendida en el año 1985.

2. Características de la estructura demográfica de la población cubana.

Escenarios demográficos de la población de Cuba. Período 2000-2050. Tesis de doctorado defendida en el año 2000. Características demográficas y socioeconómicas del envejecimiento en España y Cuba, libro publicado en el año 2003. Como parte del Programa Nacional de Ciencia y Técnica (PNCT) se elaboró un proyecto ("La economía cubana actual: retos y perspectivas" que aportó la anterior tesis, y dos de las mencionadas en el tema 3.

3. Situación actual y tendencias de la mortalidad en Cuba. Recomendaciones para conformar políticas al respecto.

Dos tesis de doctorado trataron ampliamente sobre este tema. Las mismas fueron: La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico, defendida en 1995 y Mortalidad y supervivencia en Cuba en los noventa, defendida en el año 2000. Asimismo, una tesis de maestría aportó aspectos novedosos: Tablas de vida de la mortalidad fetal. Cuba. 1992-1994. Posteriormente, un estudio más profundo determinó la defensa de una tesis de doctorado en el año 2006.

4. Situación actual y Tendencias de la Nupcialidad y Divorcialidad en Cuba y su Incidencia en la Estructura y Composición de la Familia.

Al igual que en el tema anterior, varios fueron los trabajos que aportaron resultados al mismo. Entre ellos se pueden citar: La nupcialidad cubana en el siglo XX y Cambios

sociodemográficos de la familia cubana en la segunda mitad del siglo XX, tesis defendidas en los años 1990 y 2001, respectivamente.

5. Situación actual y perspectiva de la reproducción y utilización de la fuerza de trabajo en Cuba.

Entre los trabajos a citar se encuentran: Importancia de los estudios sociolaborales para el diagnóstico empresarial, elaborado en el 2001. A su vez, como parte del Programa Nacional de Ciencia y Técnica (PNCT), denominado "La economía cubana actual: retos y perspectivas", se elaboró y culminó el proyecto titulado "Participación femenina en el trabajo por cuenta propia".

6. Tendencia de la distribución territorial de la población y de las migraciones y su compatibilidad con los objetivos del desarrollo regional.

Este es otro de los temas en el que se comenzó a trabajar incluso antes del diseño del Problema Principal. Entre los trabajos se encuentran: La organización sistémica del sistema de asentamientos en Cuba. Los sub-centros provinciales, tesis de doctorado defendida en 1984. A su vez, en 1995 se levantó una Encuesta Nacional de Migraciones Internas, que fue apoyada con fondos del UNFPA, la cual brindó inapreciables datos, hasta tal punto que se considera como una Encuesta Demográfica Nacional. Otra de las tesis defendidas, utilizando información de la citada encuesta, en este caso en el año 2001 fue: Aplicación de Métodos estadísticos Multivariados al análisis de las migraciones en Cuba, a partir de una Encuesta. También: Población y movilidad territorial en Cuba, trabajo elaborado en el año 2000, así como: Desarrollo Sostenible en Comunidades de Montaña, del propio año. Dentro del marco del PNCT "Migraciones internas según niveles del sistema de asentamientos y recomendaciones en materia de políticas" se elaboraron 5 monografías. También se defendieron dos tesis de maestría tituladas: Impacto socio-ambiental de los usufructuarios tenedores de tierra en la montaña y La comunidad un contexto novedoso para estudiar la población.

Recientemente el CEDEM realizó un análisis de los proyectos de investigación ejecutados y

en ejecución durante el período 2001-2005. Aunque se haya mencionado algunos de ellos, en aras de la actualización, en el Cuadro 6 aparecen los proyectos del citado período. En el mismo se aprecia que los proyectos que se llevaron a cabo están en línea con los temas que se propusieron para formular la política de población cubana.

Entre las políticas desarrolladas en Cuba se halla la relativa a la salud, que en este documento se analiza como vinculada con la mortalidad, independientemente de que la mencionada política incide directa o indirectamente sobre la fecundidad; asimismo, los aspectos principales relacionados con los lineamientos acerca de la distribución territorial y las migraciones; a su vez, es importante considerar las políticas de empleo y educación. A continuación se analiza cada una de estas políticas.

III. 3 La mortalidad

La política cubana con relación a la mortalidad no se plantea metas específicas cuantitativas sobre la esperanza de vida al nacer e indicadores generales de dicha variable.

Sin embargo, sobre la tasa de mortalidad infantil y sobre la erradicación de enfermedades aparecen metas específicas en el Primer Congreso del Partido²⁹. Por otra parte, en el siguiente Congreso, los planteamientos hechos se refieren a tareas de mantener y mejorar los niveles alcanzados en las tasas de mortalidad infantil, preescolar y materna. En el tercer Congreso, celebrado en 1985, el lineamiento que más directamente influye sobre la política, es el relativo a dedicar una atención especial al Programa Materno Infantil, en el cual están recogidas orientaciones referentes a continuar disminuyendo la mortalidad materna e infantil. En los siguientes congresos se orientan lineamientos similares.

Lo planteado con anterioridad lleva a la reflexión de que si se considerase que existe como tal una política sobre mortalidad, en realidad esta responde a un lineamiento general relativo

29 PCC (Partido Comunista de Cuba): 1975: **Informe Central**. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editado por el Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. La Habana.

a la ampliación y mejoramiento de la salud del pueblo, por lo que los aspectos de la mortalidad se integran dentro de la política general de salud.

La política de salud, como una política de población bien delimitada, se fundamenta en que la salud del pueblo es responsabilidad del Estado, en ella se considera que su cuidado debe ser preventivo-curativa, que estos servicios sean gratuitos, que se proporcionen a todos por igual, y que se brinde atención especial a quienes están expuestos a riesgos.

Debe tenerse presente que para mantener y preservar la salud del pueblo no solo se considera la actividad médica, hospitalaria, de desarrollo de la medicina preventiva, de promoción de salud y elevación de la cultura sanitaria, sino también la prevención del medio ambiente, los bienes naturales, de mejoramiento de las condiciones higiénico sanitarias, así como de la protección de los trabajadores y los ancianos. Son hartos conocidos los logros alcanzados por Cuba en este campo. Por otra parte, un trabajo realizado por especialistas de Naciones Unidas señaló:

... la experiencia de Cuba en materia de salud desmiente el supuesto ampliamente aceptado de que la escasez de recursos de los países en desarrollo impide satisfacer lo que se considera una necesidad fundamental de toda la población... la evolución del sistema de atención sanitaria del país ha demostrado la existencia de un empeño por reducir las desigualdades que existían antes en lo que respecta a la prestación de recursos básicos de salud entre las distintas clases sociales y entre la ciudad y el campo, al mismo tiempo que se han ampliado y mejorado mucho los servicios del sistema³⁰.

Los indicadores de mortalidad reflejan que lo planteado no es meramente letra muerta, según se aprecia en el Cuadro 6. Tampoco es el resultado de un “milagro”, sino más bien de una verdadera voluntad política, acompañada de una considerable asignación de recursos. En 1959 los gastos en salud por habitante fueron de 3.72 pesos y en 2003 fueron de 180.26

30 UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo) 1979: **La Tecnología de la Salud y la Educación en Cuba**. Estudio de la Secretaría de la UNCTAD preparado con apoyo sustantivo y financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. TD/BC. 6/46.

pesos, en otras palabras, los de este último año fueron 48.5 veces superiores a los del período inicial³¹.

La evolución estimada que se presenta de los indicadores de la mortalidad, es solo un pálido reflejo de los avances de la salud pública en Cuba, pues si importantes fueron las reducciones alcanzadas, también lo son su generalización a lo largo y ancho de la isla, en especial, beneficiando las secularmente atrasadas zonas rurales. El leve aumento de la tasa bruta de mortalidad en 1985, se corresponde con el cambio de la estructura por edades de la población, y con una estructura de muertes, donde las de los ancianos van ganando en importancia. Los otros indicadores, libres del efecto distorsionador de la estructura por edades de la población, muestran cuán intenso ha sido el cambio.

Si se toma la mortalidad infantil, que es una medida sensible a los cambios en el nivel de vida de una población, se aprecia que la tasa de 2003 es 13.5 veces menor que la del período 1950-1955, la cual la ubica entre las alcanzadas por los países desarrollados. Los valores actuales de la esperanza de vida al nacer reflejan a su vez la misma situación. El Cuadro 3 muestra la dinámica de estos indicadores para América Latina y confirma la excelente situación de la salud cubana; a su vez, el Cuadro 4 presenta las tasas de mortalidad materna para Cuba y algunos países seleccionados de la región.

El proceso de homogeneización social a que se ha venido haciendo mención anteriormente, también se refleja en la reducción que han experimentado las diferencias en la mortalidad infantil entre las provincias del país. (Ver Cuadro 7.)

Indudablemente aún queda mucho por hacer, pero es evidente que el logro de tales avances para un país subdesarrollado prueba que ello es posible y sirve de esperanza para otros países del Tercer Mundo que mantienen un elevadísimo nivel de mortalidad junto con tremendas diferencias según varios atributos, tales como la división político-administrativa, áreas de residencia, nivel educacional, entre otras.

31 Ministerio de Salud Pública. 2004. **Anuario Estadístico de Salud. 2003**. Dirección Nacional de Estadística. La Habana. Pág. 107

Si las tasas antes presentadas se agrupan de acuerdo a intervalos, entonces es posible apreciar más claramente en qué medida las diferencias se han ido haciendo menores. (Ver Cuadro 8.)

En 1970 la mayoría de las provincias se agrupan entre las de mayores valores, sin embargo, en 1985 las provincias se aglutinan alrededor de los valores menores de las tasas, denotando el referido proceso de homogeneización. Sin embargo, la información de los años 1997 y 2004, ratifica aún más lo planteado.

Otro ejemplo de que las variaciones no solo han sido cuantitativas, sino también cualitativas, lo demuestra el cambio en la estructura porcentual de la mortalidad infantil neonatal y post-neonatal. En efecto, en 1967 el 58,2 % de las muertes infantiles se producía entre niños con menos de 28 días de nacidos, denominada mortalidad neonatal, en tanto que la post-neonatal (de 28 días a 11 meses) alcanzó el 41,8 %. Lo anterior es el comportamiento característico de los países subdesarrollados. En el año de 2002 el 64.1 % correspondió a muertes neonatales y el 35,9 % a post-neonatales³²

En Cuba las tareas fundamentales de la política de salud se llevan a cabo por el Ministerio de Salud Pública, el cual tiene una función rectora, y a través de las Direcciones Provinciales y Municipales del Poder Popular y sus dependencias. En los diferentes programas de salud participan activamente los miembros de la comunidad.

El Programa Nacional de Atención Materno Infantil se encuentra entre los programas especiales de mayor importancia por su repercusión en la mortalidad.

Puesto en vigor desde 1983, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil, surgió de la revisión de dicho Programa, el cual fue implantado en 1980.

32 CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 2004: **Anuario Demográfico de Cuba. 2003.** La Habana.

A los efectos de la creación del programa vigente en la actualidad, se laboró en 5 comisiones: Neonatología, Pediatría, Ginecología, Tecnología Avanzada y Administración. El programa anterior se sometió a análisis y revisión, y a su vez con relación a aspectos específicos de las especialidades. En la plenaria general se discutieron las respuestas de las comisiones y para la redacción del nuevo programa se designó un grupo; el mismo fue presentado por último al Consejo de Dirección del Ministerio de Salud Pública donde fue aprobado³³

Para 1985 se trazaron y sobre cumplieron ampliamente una serie de metas sobre la mortalidad en el país, contenidas en el Programa Nacional Materno Infantil....Con relación a estas metas existió y se mantiene en el programa un conjunto de actividades, como las relativas a cumplimiento de normas, discusión de las causas de las muertes maternas e infantiles, de acuerdo a la Resolución 85 del Ministerio de Salud Pública, actividades preventivas y curativas, captación de información, acciones de vigilancia médica, mejoramiento del tratamiento y control, etc., que garantizan todo un trabajo para lograr alcanzar las metas propuestas.

Como parte de la política de salud, desde 1986 se inició una innovación en el país, con una concepción en materia de atención comunitaria, como es la diseminación de los consultorios del médico de la familia. Este tipo de especialista, que presta servicio, junto con una enfermera, a un aproximado de 120 familias, reside en el área y constituye en sí una nueva forma de atención ambulatoria. Se forma así un especialista en medicina general integral, el cual contribuye considerablemente a la reducción de la mortalidad, particularmente de las personas de edad avanzada, las cuales se sienten más confiadas en tener muy cerca de su casa un galeno que les atiende rápidamente.

Este tipo de servicio comenzó a prestarse desde finales de la década de los años 80, y ha recibido un gran impulso, especialmente desde 1986, durante el cual se han incorporado hasta 2003, 32 291 médicos de la familia en todo el país. Las áreas rurales y dentro de ellas

33 Alvarez, L., R. Hernández (Inédito): **Estudio para fijar metas demográficas en la formulación de políticas de población. Caso Cuba.** La Habana.

las zonas montañosas también gozan de este novedoso sistema de atención. Ya en el año 2003, el porcentaje de población atendida por el médico de la familia ascendía a 99.2³⁴

La construcción de consultorios-vivienda para el médico y la enfermera ha recibido gran atención por parte del Estado y Gobierno cubanos, y el pueblo se ha sumado a este esfuerzo, cooperando en dichas obras, con el objetivo de acelerar su terminación.

Otro factor de la política de salud que contribuirá y ha contribuido a la reducción de la mortalidad, es la atención a los ancianos. Por una parte, a través del médico de la familia, según se mencionó antes, estos reciben gran atención e incluso con ello se contribuye a la reducción de la morbilidad y se trabaja más bien desde el punto de vista de prevenir enfermedades, más que de curar enfermos.

Por otra parte, la atención a los senescentes, a través de la red de hogares ancianos (como parte del Servicio Nacional de Salud) donde los mismos permanecen todo el tiempo, junto al surgimiento de las llamadas "Casas del Abuelo", en las que las personas de edad avanzada solo permanecen parte del tiempo, recibiendo el almuerzo y en algunos casos la comida, y posteriormente regresan a sus hogares a dormir; estos son factores contribuyentes a la reducción de la mortalidad en el segmento de población donde las tasas son considerablemente altas.

Cabe considerar el surgimiento de un nuevo tipo de "casa del abuelo", creadas a partir de la iniciativa de las masas, a través de los órganos locales del Poder Popular y la propia gestión del delegado del Poder Popular en el ámbito de barrio y los vecinos de dicha comunidad; este nuevo tipo, que aún no se ha generalizado, presenta la ventaja de que se construye con recursos propios de la referida comunidad. Es administrado por los propios ancianos y son ellos los que señalan las reglas de comportamiento, además de construirse una edificación para cada sexo, de acuerdo a la petición expresada de los propios ancianos. Ellos almuerzan en sus casas y regresan a lo que se ha dado en llamar "casita del abuelo", en la que pasan

34 Ministerio de Salud Pública. 2004. **Anuario Estadístico de Salud. 2003.** Dirección Nacional de Estadística. La Habana. Pág. 114

sus ratos de ocio conversando, jugando juegos de azar, u otras actividades acordadas entre ellos.

Actualmente existe un programa nacional de servicios comunitarios al adulto mayor. Se lleva a cabo dirigido por las Direcciones de Trabajo y Seguridad Social de los territorios, con el concurso de las organizaciones de masas y estructuras del Poder Popular hasta la base. Localmente, el programa hace uso de personas que realizan la función de auxiliares geriátricas y atienden a los ancianos en sus propios hogares. Muchas de las personas de 60 años y más, reciben prestaciones monetarias continuas, por no contar con otros ingresos o resultar insuficientes, otros obtienen servicios de alimentación mediante la vinculación con comedores obreros, restaurantes de la familia o la atención de actividades de las organizaciones de masas. También, cuando es necesario, hay personas que se benefician con el lavado de ropa y la limpieza de sus hogares.

En cierto sentido, todo lo anteriormente expuesto conforma lo que serían las metas, pero en este caso en materia de salud. A manera de evaluación de dicha política, cabe destacar que desde 1985 la mayoría de las metas específicas ya se habían alcanzado y se lucha por lograr la reducción de las que muestran valores algo superiores a las mismas.

Finalmente, dentro del marco de la política de salud perspectiva, en 1985 se proyectó alcanzar en 1990 los índices de: 6,2 camas de asistencia médica por cada 1000 habitantes, un médico por cada 284 habitantes y un estomatólogo por cada 1 509 habitantes (PCC, 1986A; p. 54). Los valores reales fueron: 6.0 camas de asistencia médica, un médico por cada 274 habitantes y un estomatólogo por cada 1 524 habitantes. Los valores para 2003 fueron, respectivamente 6.2, 165 y 1 107³⁵

La fuerte reducción de la mortalidad antes descrita forma parte de la transición epidemiológica que se ha experimentado. Este es un concepto relativamente nuevo. El primero que acuñó esta expresión fue Omram en 1971. Posteriormente, uno de los trabajos

35 MINSAP (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA) 2004: **Anuario Estadístico. 2003**. La Habana. Pp. 112 y 115.

más completos es el desarrollado por Frenk, Lozano y Bobadilla titulado “La transición epidemiológica en América Latina”³⁶

Los autores señalan que existen tres mecanismos importantes de la transición epidemiológica, que se refieren a transformaciones de largo plazo. Ellos son: a) Los cambios en los factores de riesgo, que influyen en la incidencia de las enfermedades; b) la disminución de la fecundidad, que modifica la estructura etaria; C) y las mejoras en la tecnología y organización de la atención de salud, que modifican las tasas de letalidad.

El Cuadro 9 presenta la clasificación de la transición epidemiológica, por países, según diversos criterios, entre los cuales se encuentran la modernización económica, la transición de la fecundidad y el perfil de la mortalidad. En los criterios Cuba aparece clasificada entre los que muestran las mejores situaciones, es decir, en la avanzada.

III. 4 La fecundidad

Con relación a la variable fecundidad y a sus indicadores, la política cubana respecto a ella no establece metas específicas cuantitativas. El principio básico por el cual se rige el Estado cubano es el respeto a la libre decisión de la pareja en cuanto al tamaño deseado de la familia y el espaciamiento de sus nacimientos.

Las acciones que influyen en la fecundidad se realizan en función de garantizar este principio y el de proteger, mantener y mejorar la salud de la población.

La política general relativa a la difusión y uso de métodos anticonceptivos es un aspecto dentro de la concepción general de educación de la familia y de la formación integral de la juventud que se basa en las tesis y resoluciones de los Congresos del Partido Comunista de Cuba.

36 Frenk, Julio. Lozano, Rafael. Bobadilla, Rafael (1994): La transición epidemiológica en América Latina. En: **Notas de Población**. CELADE. Año XXII, N° 60, Diciembre. Taucher, E. (1982): **Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas**. CELADE, Serie A N° 162. Santiago de Chile.

Como actividad previa al Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba se elaboraron diversas tesis; entre ellas se encuentra la Tesis sobre el Pleno Ejercicio de la Igualdad de la Mujer, en la que se destaca el problema de la maternidad temprana, sus repercusiones sociales y de salud y se señala:

... la necesidad de propiciar que los jóvenes de uno y otro sexo crezcan con conocimientos adecuados sobre la responsabilidad y las necesarias previsiones que lleva aparejada la relación sexual.

En dicho documento asimismo se dedica atención a la necesidad de perfeccionar los métodos de formación de los jóvenes en los principios y valores de nuestra sociedad e indica, con relación a la educación sexual:

... Parte de esta educación que ha de impartirse en hogar y escuela (si), debe ser una educación sexual adecuada a cada etapa de la vida del niño³⁷.

Por otra parte, el Segundo Congreso del Partido valoró los pasos iniciales que se han seguido adoptando para la educación sexual y planteó la necesidad de:

... propiciar una mayor solidez de la familia, dotar a los jóvenes de los conocimientos necesarios para una vida más plena, feliz y responsable y contrarrestar fenómenos negativos como la tendencia a matrimonios excesivamente tempranos y la maternidad precoz³⁸.

El propio líder de la Revolución, Fidel Castro, se refirió a este problema, por la importancia que ha adquirido en el país y la necesidad de que la juventud tome conciencia de las

37 PARTIDO COMUNISTA DE CUBA 1978A: **Tesis y Resoluciones**. Primer congreso del Partido Comunista de Cuba. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana.

38 PCC 1981: **Documentos y discursos**. Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editora Política. La Habana. P. 496

negativas consecuencias socio-sicológicas, sanitarias y económicas de la nupcialidad y la fecundidad precoz.

En ocasión del Segundo Congreso del Partido se adoptó una Resolución sobre el Pleno Ejercicio de la Igualdad de la Mujer, en la cual se indicaba que:

Para llevar a la práctica el Plan de la Educación de la Familia, orientado en la tesis, se creó un grupo de trabajo de educación sexual, integrado por representantes de la Federación de Mujeres Cubanas, la Unión de Jóvenes Comunistas, los ministerios de Educación y Salud Pública, y la Organización de Pioneros de Cuba...

Y recomienda:

... que el grupo de trabajo de educación sexual continúe su labor dentro del plan de educación de la familia... ³⁹

El Centro Nacional de Educación Sexual, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, trabaja para brindar a la población una educación sexual acorde con los principios de nuestra sociedad, donde la educación sexual se concibe no solo como la mera educación para regular la fecundidad, sino también para dar a las parejas los basamentos necesarios para que constituyan parejas capaces y estables con vista a garantizar hogares con esas mismas características.

Los pediatras y gineco-obstetras están incorporando a su trabajo regular, tareas de educación sexual y de atención a los adolescentes. El Departamento Materno-Infantil del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), prioriza estas actividades, de acuerdo con directivas del organismo. Los psiquiatras, psicólogos clínicos, endocrinólogos y urólogos tienen representación en una Comisión Nacional que organiza y controla la participación del MINSAP en el Plan Nacional de Educación Sexual. Existe una infraestructura dentro del Sector Salud en el ámbito de cada

39 Ob. Cit. Pág. 499

una de las 14 provincias del país y, en forma más simplificada, se organizan comisiones interdisciplinarias en el ámbito de cada uno de los ciento sesenta y nueve municipios⁴⁰.

A su vez, el Programa Nacional Materno Infantil, con metas y tareas vinculadas a las del grupo antes referido, lleva a cabo acciones de prevención, protección y recuperación de la salud de la mujer, en especial la embarazada. Es justo reconocer la ayuda que proporcionó el Fondo de Población de las Naciones Unidas, que en distintos años y proyectos aportó unos cuantos millones de dólares. Entre los derechos que han ganado las mujeres cubanas está bien establecido el de decidir la magnitud numérica de su familia -el número de hijos que desea y el espaciamiento de sus nacimientos, es decir, cuándo parir sus hijos. Al personal del Sistema Nacional de Salud le corresponde ayudar a la mujer a ejercitar ese derecho de la manera más racional; pero, en última instancia, a ella le corresponde la decisión

También en los lineamientos económicos y sociales para el quinquenio 1986-1990, se puso de manifiesto la importancia de la actividad de salud con relación a los aspectos antes señalados; en los referidos lineamientos, se señala la necesidad de desarrollar y divulgar en los programas de educación para la salud lo relativo a la atención sexual y también el que se dedique atención especial al Programa Materno Infantil, en el que existen distintas tareas y metas relacionadas con aspectos de la fecundidad.

En 2003 se brindaron 19,3 consultas prenatales por parto y el 99,9 % de los nacimientos ocurrió en instituciones de salud. Por otra parte, el índice de interrupciones de embarazos (por 100 partos) pasó de 79.6 en 1981 a 47.6 en 2003⁴¹. Lo anterior es otro de los elementos que indican la necesidad de un trabajo conjunto de diversas instituciones del país con vista a reducir esa tasa aún más, que tiene una incidencia negativa sobre la salud de la mujer. Sobre ello se trabaja actualmente.

40 Alvarez, Lajonchere, C. 1986:**La educación sexual en Cuba**. Inédito, La Habana. P. 9

41 MINSAP (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA) 2004: **Anuario Estadístico. 2003**. La Habana. Pp. 140, 15 y 157.

En el Programa Materno Infantil se contemplan diversas actividades y metas específicas relativas a aspectos de la fecundidad, que se describen más adelante.

Entre los objetivos específicos a alcanzar en el Programa Nacional Materno Infantil, se encuentran los de brindar atención precoz, periódica, continua y completa a la embarazada, atención especial a las de alto riesgo obstétrico, y promover el estado de salud nutricional en la mujer embarazada; mejorar la calidad de la atención durante el puerperio; incrementar la lactancia materna; promover la educación sexual; incrementar el estudio y tratamiento de la pareja infértil; proporcionar a la población medios para la regulación de la fecundidad; promover un uso mayor e incrementar el conocimiento de estos medios, así como mejorar la atención del aborto.

En el Programa Nacional de Atención Materno Infantil existe un conjunto de actividades que garantizan las acciones para lograr los resultados en relación con las metas cuantitativas relacionadas con la fecundidad.

Los Programas a los que se ha hecho mención contribuyeron, de una forma u otra, sin proponérselo a la reducción de la fecundidad cubana.

El impacto de los profundos cambios socioeconómicos y políticos introducidos por el Gobierno Revolucionario, indudablemente influyó sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres cubanas, por lo cual resulta de interés profundizar sobre la reciente evolución demográfica del país.

La información del cuadro 2 muestra los cambios de la fecundidad para Cuba y América Latina. Cabe resaltar que la Tasa Global de Fecundidad del período 1990-1995 es la más baja de la región y está muy cercana a la de los países de más baja fecundidad del mundo. (Ver también el Cuadro 10).

El valor máximo de la fecundidad en un grupo dado de edades, conocido como edad cúspide, ha experimentado cambios en el período objeto de análisis. En el mencionado Cuadro 2 se puede apreciar que durante el período 1970-1975, la cúspide de la fecundidad era temprana,

es decir, con un máximo en el grupo de edades 20-24 años. Sin embargo, el período 2000-2005 sí refleja un acercamiento hacia una cúspide dilatada.

Según se mencionó antes, el rápido descenso de la fecundidad cubana hace que esta comience a acercarse a los países que últimamente han reportado los más bajos niveles en el mundo, según se aprecia en el cuadro 10. Ya después del período 1970-1975, específicamente en 1978, la tasa global de fecundidad está por debajo del nivel de reemplazo (2.1 hijos por mujer), así, ello se refleja en los quinquenios 1990-1995 y 2000-2005.

El desarrollo de la población ha ocurrido en un marco de mayor homogeneización del desenvolvimiento social, pronunciándose así la disminución de las diferencias según características socio-demográficas como la distribución territorial, la educación, el empleo, etc.

A manera de ejemplo, téngase presente que aún en 1970 las diferencias en la fecundidad -medida por la tasa bruta de reproducción - eran marcadas entre las provincias y la media del país. Así, en ese año un total de 9 provincias mostraban una tasa superior a la nacional, además del municipio Isla de la Juventud -el cual se denomina así a partir de 1976- y solo 5 se encontraban por debajo de dicho valor. Sin embargo, en 1984 esa situación se invierte: 9 provincias muestran valores inferiores o iguales a la del país, y cinco lo superan, aparte del municipio especial Isla de la Juventud. En 2003 6 provincias (incluido el municipio Isla de la Juventud) muestran valores superiores a la media nacional y el resto están por debajo. (Ver el Cuadro 11.)

Otro detalle significativo es que en 1984 sólo 3 provincias superaban el nivel de reemplazo; en los años 1997 y 2003 todas las provincias del país, incluido el municipio Isla de la Juventud, tienen un nivel de fecundidad por debajo de dicho nivel. Además, puede indicarse que en siete provincias la fecundidad se redujo en un 60 % o más entre 1970 y 2003 – Sancti Spiritus, Camagüey, Las Tunas, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo - en tanto que tres provincias alcanzaron una disminución entre 50 y 59 % - Pinar del Río, Villa Clara, y Ciego de Avila, - o sea, la fuerte reducción está encabezada por las provincias que mostraban la más alta fecundidad del país, particularmente las antiguas provincias orientales.

El comportamiento antes mencionado ha contribuido a la considerable reducción de la fecundidad a nivel nacional, por cuanto, en su conjunto las cinco provincias orientales - Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba, Holguín y Guantánamo - contribuían con un aporte tan grande a la media nacional, que llegó el momento, cuando se produjo el gran aumento de la fecundidad de los años sesenta, que de cada dos nacimientos que se reportaban, uno correspondía a estas provincias; esta proporción ha ido disminuyendo y esto ha sido un importante elemento - a la par con la reducción del resto de las provincias.

El amplio proceso de inversiones en las provincias más atrasadas del país, que se ha traducido en más escuelas, hospitales, carreteras, industrias, etc., que se revierten en un mayor nivel educacional, un mejor nivel de salud, un aumento incesante de la participación de la mujer en el trabajo, con una liberalización en la política de realización de abortos y una amplia disponibilidad de medios anticonceptivos han producido, junto a otra serie de factores, la disminución de la fecundidad en las referidas provincias más retrasadas, contribuyendo así a la importante reducción de las diferencias de la fecundidad entre las mismas, pues mientras en 1970 el número de hijas por mujer era de 1,8 con una desviación típica de 0,44, en 1977 el mencionado número medio de hijas por mujer fue de 1,1 y con una desviación típica de 0,14⁴².

Las diferencias de la fecundidad según el área de residencia de la madre, también se han reducido. En efecto, en 1973 Cuba presentaba para ambas zonas una tasa global de fecundidad de 3,4 hijos por mujer, la zona urbana alcanzaba 2,8 hijos y por su parte la rural llegaba a 4,4 hijos por mujer. Con la disminución de la fecundidad, también se reduce el diferencial, pues en 1977 la tasa global de fecundidad del país fue de 2,3 hijos por mujer, en tanto que la urbana fue de 2,1 y la rural alcanzó a 2,7 hijos por mujer. Por otra parte, las provincias de La Habana, Villa Clara y Cienfuegos, mostraban idénticos valores de la referida tasa en cada una de las zonas. Sin embargo, las provincias de mayor fecundidad mantienen aún una diferencia relativamente alta; tal es el caso de Guantánamo, cuya tasa urbana en 1973 era de 2,9 hijos por mujer y la rural de 5,3 hijos; sin embargo, la diferencia se redujo en

42 González, F. 1979: Niveles y tendencias de la fecundidad en Cuba. 1959-1977. (Inédito) La Habana. Pp. 18-19

1977, pues mientras la tasa del país fue de 2,9 hijos por mujer, la urbana alcanzó 2,5 y la rural 3,3 hijos por mujer.

La considerable reducción de la fecundidad, unida con la similar reducción de la mortalidad, han conducido al país a un rápido proceso de envejecimiento. Varios trabajos reflejan y analizan el proceso de la transición demográfica en América Latina y otras regiones del mundo⁴³. Entre las regiones subdesarrolladas del mundo, América Latina es la que presenta, relativamente, el mayor avance en el proceso de la transición demográfica, aunque son pocos los países que muestran un gran avance en su proceso de envejecimiento de la población.

En un documento del CELADE, de acuerdo con un concepto de "modernización", que se refiere a los cambios sociales que tuvieron lugar entre 1960 y 1970 y sobre la base de los criterios de terciarización de la economía, urbanización y educación, se ha encontrado que:

- Todos los países de transición demográfica avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado.
- Dos tercios de los países que se encuentran en plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerado)
- Cuatro de los cinco países de transición aún moderada y los dos países de transición incipiente, se corresponden con un nivel de modernización también incipiente.

43 Rodríguez, Vicente, Raúl Hernández, Dolores Puga 2004. **Características demográficas y socioeconómicas del envejecimiento de la población en España y Cuba**. Monografías 26. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. Del Popolo, Fabiana 2001. **Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina**, serie Población y Desarrollo, 19. Santiago de Chile, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población y Fondo de Población de las Naciones Unidas). José Miguel Guzmán, 2002. **Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe**, serie Población 28. Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población. Ham, Roberto 1997, Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional”, en C. Welti (coord.) **Población y desarrollo una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94**. México, DF, PROLAP, FNUAP E IIS-UNAM. Pp. 249-279. Livi Bacci, Máximo, 1994. “Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina”, en **La transición demográfica en América Latina y El Caribe**. Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población. México, DF, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP Y SOMEDE, vol. 1, primera parte, pp. 13-28. Peláez, Cesar, Omar Argüello. 1982: “Envejecimiento de la población en América Latina: Tendencias y situación socioeconómica”. **Notas de Población. Revista Latinoamericana de Demografía**. Año X, Nº 30. Pavlik, Zdenek (1977): **La revolución demográfica como proceso global**. Cátedra de Geografía Económica y Regional. Universidad Carolina de Praga.

Una tipología confeccionada por CELADE, toma como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, las que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. Ver el Cuadro 12.

En el citado documento se señala que a cada uno de estos grupos corresponde también un patrón diferente de estructura por edades. Los países de los grupos I y II tienen una estructura por edades "joven", con una proporción de jóvenes menores de 15 de alrededor del 40%; los países del grupo III tienen una estructura que podría denominarse "en transición", con proporciones ligeramente superiores al 30%. Finalmente los países del grupo IV, se caracterizan ya por una estructura por edades "madura", con alrededor del 26.6% de su población en dichas edades. Incluso ya hay dos poblaciones que se acercan a proporciones de jóvenes menores de 15 años, que muestran poblaciones "envejecidas", como las de Alemania, Italia, Japón, Reino Unido, Suecia, que reportan valores inferiores al 20%. Estos son los casos de Cuba y Barbados, con un 21%⁴⁴.

III. 5 Distribución territorial y migraciones

Los especialistas de Naciones Unidas han reconocido que:

Cuba, el único país latinoamericano que tiene una economía centralmente planificada, ha puesto mayor énfasis sobre la transformación del área rural y sobre la regionalización de los servicios y la infraestructura económica, y ha resuelto ampliamente sus problemas de distribución espacial. Un número de medidas directas e indirectas han tenido el efecto de modificar los patrones anteriores de la distribución espacial; la política de viviendas, por ejemplo, ha tenido una influencia redistributiva, mientras que los requerimientos de residencia, - las tarjetas de racionamiento, etc. - aunque no son instrumentos de urbanización "per se" - han sido

44 Miguel Villa y Luis Rivadeneira. (2000): **El proceso de envejecimiento de la población de América latina y el caribe: una expresión de la transición demográfica**. CEPAL, 2000.

altamente efectivos en controlar la migración y en estabilizar el crecimiento del centro metropolitano⁴⁵.

En efecto, hasta el triunfo de la Revolución, Cuba no escapó de las tendencias que se han manifestado en el Tercer Mundo: un éxodo rural y atracción excesiva de la ciudad capital. Entre 1900 y 1958 la población de La Habana se quintuplicó, llegando a constituir el 25 % de la población total. Esta tendencia realmente indeseable, preocupó al Gobierno Revolucionario, y como resultado de las medidas adoptadas, la capital tuvo una tasa de crecimiento que en 1974 fue casi igual a la del resto del país. Los movimientos migratorios interprovinciales han disminuido considerablemente, como un resultado de la estabilidad del empleo.

Por otra parte, en cada provincia, hubo un incremento, entre 1958 y 1970, en la proporción de la población total residente en las capitales respectivas, mientras que los pesos relativos de estas en el total provincial respectivo de las poblaciones urbanas ha disminuido, como resultado de la descentralización de las actividades productivas y el desarrollo integrado de todo el país.

La urbanización en los países latinoamericanos, los cuales muestran los mayores niveles, se debe a las altas concentraciones en las capitales y centros urbanos muy particulares. Sin embargo, los crecientes niveles de urbanización en Cuba son atribuibles a la asimilación de los patrones urbanos por parte de los pueblos y comunidades construidas en áreas que están siendo urbanizadas mediante el proceso antes mencionado. La orientación de las inversiones productivas ha jugado un importante papel en la distribución territorial de la población.

La política de distribución territorial ha obedecido a lineamientos generales expresados en la Plataforma Programática del Partido, en la que se señala que dentro de las actividades de planificación de la economía nacional se encuentra el:

45 UNITED NATIONS 1980: *World Population Trends and Policies. 1979. Monitoring Report. Volume II Population Policies. ST./ESA/SER. A/70. Add. 1. New York. P. 45*

... garantizar las correctas proporciones y distribución de las fuerzas productivas en el aspecto territorial, como importante factor en la política económica social.

En otra parte de dicho documento se plantea también que:

El desarrollo de la economía nacional, en especial, las nuevas inversiones se realizarán teniendo en cuenta una acertada distribución de las fuerzas productivas en las distintas zonas de desarrollo. Esta distribución se hará sobre la base conveniente en cada caso... procurando aprovechar las concentraciones demográficas históricamente establecidas o desarrollando nuevos núcleos urbanos⁴⁶.

Respecto a las zonas rurales y su tratamiento se indica que,

... se acometerán obras de carácter educacional, de salud pública y social y mejoras de la infraestructura en los centros urbanos, y se continuará con la política de urbanización de las áreas rurales⁴⁷.

En el Segundo Congreso del Partido se formulan claramente objetivos en materia de política migratoria y distribución territorial de las fuerzas productivas.

En los Lineamientos Económicos y Sociales para el quinquenio 1981-1985, se orientó:

Implantar las medidas para dirigir las migraciones en la forma más conveniente al desarrollo económico y social, logrando el balance adecuado entre los recursos naturales y los potenciales laborales en cada territorio. Modificar las tendencias migratorias actuales, partiendo de la premisa de balancear el saldo migratorio de la Ciudad de La Habana y la provincia de La Habana.

46 PCC 1978B: **Plataforma Programática del Partido Comunista de Cuba**. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. Pp. 78 y 69.

47 Ob. Cit. P. 29

Propiciar igualmente, las redistribuciones intermunicipales, dentro de una misma provincia, que contribuyan a incrementar la población, y por tanto, la fuerza de trabajo en áreas despobladas de desarrollo agropecuario⁴⁸.

La única meta cuantitativa para el quinquenio 1981-1985 se refirió a urbanización, en la que se planteaba alcanzar antes de 1985 que las dos terceras partes de la población residiera en zonas urbanas, meta lograda ya en 1981, según se señaló anteriormente y de acuerdo a las cifras del Censo de Población y Viviendas de dicho año. En 2003 el 75.8% de la población cubana reside en áreas urbanas.

Un momento importante para el estudio de las Migraciones Internas en Cuba lo constituyó el levantamiento de la Encuesta Nacional de Migraciones Internas, la cual proporcionó gran cantidad de datos y asimismo brindó los elementos necesarios y su información para elaborar el Decreto-Ley 217 en abril de 1997, que surgió debido al incremento de los saldos migratorios en la Capital en medio de una crítica situación económica. El mencionado Decreto-Ley reguló "... el ingreso de personas con residencial temporal o permanente en la Ciudad de La Habana y en especial se aprobaron procedimientos restrictivos en cuatro de los municipios del centro: Habana Vieja, Centro Habana, Cerro y 10 de octubre"⁴⁹.

En relación con las metas cualitativas, las actividades que garantizan su desarrollo son orientadas por el Instituto de Planificación Física, como órgano rector y por los órganos locales del Poder Popular, como ejecutantes de las políticas trazadas.

III. 6 Política de empleo

Al analizar la política de empleo, se hará un énfasis mayor en la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, debido a la importancia que ejerce este hecho sobre su comportamiento reproductivo, dado que generalmente se ha observado que los países con altos niveles de

48 PCC 1981: **Documentos y discursos**. Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editora Política. La Habana. P. 273.

49 Montes, N., Lantigua, G., San Marful, E. (2003): Exploración sobre las migraciones internas de las provincias y los municipios de Cuba: 1995/1997 y 1998/2000. En: **Cuadernos Geográficos de la Universidad de Granada**.

fecundidad han experimentado una disminución de sus niveles en la medida que aumenta la participación femenina en la actividad económica.

El estancamiento de las fuerzas productivas, que caracterizó la economía neocolonial cubana se mostró como una forma de manifestación de las limitaciones impuestas al cambio cualitativo de la población económicamente activa.

La rigidez estructural de la economía actuó sobre el problema del desempleo como en la afectación a la calidad del empleo.

El programa revolucionario tuvo como uno de sus objetivos principales el garantizar el derecho al empleo para toda la población que lo solicitase. El cumplimiento de este objetivo en menos de 10 años no puede entenderse como fuera del contexto de las profundas transformaciones estructurales de la economía del país. Se ha enfatizado que al final de la primera década del Gobierno Revolucionario, se podían apreciar cambios significativos en la redistribución de la población económicamente activa, que favorecieron los sectores de la industria y los servicios⁵⁰.

Durante la segunda década la tasa media de crecimiento de la población ocupada fue de 2,73 %, mientras que la de la población total fue solo de 1,53 %. En ese período el empleo masculino del grupo de edades 15 a 19 años disminuyó en un 60 %, comparado con el valor alcanzado en 1953. El siguiente grupo quinquenal de edad (20 a 24 años de edad) también sufrió una reducción de un 7 %. La creciente participación de la población en las actividades educacionales explica estos cambios.

Los años posteriores de la década del 80 representaron para Cuba la etapa de mayor crecimiento en el nivel de empleo. Como consecuencia del aumento de la inversión bruta (que sobrepasó los 15 000 millones de pesos entre 1986 y 1990), se crearon 1.2 millones de nuevos puestos de trabajo, el 70% de ellos en la esfera productiva, principalmente en los sectores de la construcción y la industria. Estos

Núm. 33 (2003). España.

50 Hernández, R., O. Rodríguez. 1979: **Dinámica de la población económicamente activa en Cuba 1899-1970**. Estudios Demográficos No. 21. CEDEM. Universidad de La Habana. P. 42

empleos surgieron mayoritariamente en el sector estatal (94%), mientras el 5.6% restante se distribuía entre los sectores cooperativo (4.5%) y otras formas de propiedad privada (1.1%)⁵¹

Entre las primeras tareas desarrolladas por el gobierno estuvieron aquellas destinadas a eliminar la discriminación sufrida por la mujer durante siglos.

Las principales directivas dirigidas a garantizar la completa igualdad de derechos de las mujeres se plantearon durante el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Allí se analizaron las principales disposiciones adoptadas por el Gobierno Revolucionario hasta ese momento y su influencia en la incorporación de la mujer a la vida social del país.

La necesidad de crear continuamente las condiciones más favorables a los efectos de que la mujer pueda jugar su rol como madre y conjugarlo con su activa participación social, es actualmente la política básica sobre empleo femenino.

Durante el período 1970-1979, la tasa de crecimiento del empleo femenino fue del 8,37 %. El proceso de su incorporación al trabajo no ha sido fácil, teniendo en cuenta la discriminación sufrida por ellas en todas las esferas de la vida social. Sin embargo, la referida incorporación ha reflejado una creciente y sostenida tendencia, determinando que representen en la actualidad el 35.6 % de todos los trabajadores del país. Se ha señalado que "estos logros son el resultado de una política dirigida a la incorporación de la mujer a la producción y los servicios, es decir, definitivamente a la sociedad."⁵²

En las últimas décadas, los habitantes de América han padecido diferentes males. Uno de ellos ha sido la falta de cobertura de los sistemas educacionales, lo cual, junto con la difícil situación económica ha provocado que muchos niños de 15 años y menos se vean obligados

51 CIEM-PNUD (CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ECONOMÍA MUNDIAL – PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO) 1997: **Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba. 1996.** La Habana. P. 37.

52 Espín, V. 1984: "Intervención de Vilma Espín". En: *Granma*. Año 20. 23 de febrero de 1984. La Habana. P. 3

a trabajar en proporciones verdaderamente elevadas. Asimismo, las personas de 60 años y más, también en grandes proporciones, se ven obligados a mantenerse en la actividad económica, por las deficiencias de los sistemas de Seguridad y Asistencia Social. En muchas ocasiones las diferencias entre países, al revisar las tasas de actividad por grupos seleccionados de edades, estas son en verdad preocupantes. Esto, precisamente es lo que muestra el Cuadro 14. Unos pocos países, en general, se apartan de esta tendencia. Entre ellos se encuentran Argentina, Costa Rica, Chile, Cuba y Uruguay.

Retomando los aspectos que se vienen discutiendo antes del párrafo anterior, cabe señalar que los cambios materializados en la práctica también tienen su reflejo en diversas leyes creadas al efecto. En otras palabras, los cambios operados en la situación de la mujer se han materializado a través de una serie de leyes promulgadas por el Estado, que garantizan el incremento de la integración femenina a la sociedad, desde el punto de vista jurídico. Algunas de ellas son: la Ley de Maternidad de la Mujer Trabajadora, dictada en 1974, el Código de Familia puesto en vigor en 1975 y los aspectos relativos a la mujer y su papel en la sociedad contemplados en la Constitución de la República, la cual fue promulgada en 1976.

Los beneficios de la seguridad social de la maternidad se amplían en la Ley de Maternidad de la Mujer Trabajadora. Dicha Ley dispone que la gestante reciba atención médica gratuita - al igual que el resto de los servicios de salud - en forma periódica durante el embarazo; a su vez, que disfrute de una licencia retribuida a partir de las 34 semanas de gestación. Por otra parte, amplía la licencia de maternidad a 18 meses y también garantiza a la trabajadora el promedio efectivo de los ingresos semanales realmente percibidos, asegurándole que durante esta fase no sufra pérdida en el equivalente de dichos ingresos. Asimismo, si a causa de enfermedad de su hijo se ve necesitada de faltar al trabajo, puede solicitar licencia no retribuida.

En cuanto al Código de Familia, este no solo regula jurídicamente las instituciones de la familia, sino que en sí es un instrumento de educación, que consagra la plena igualdad de la mujer en la célula natural de la sociedad, es decir, en la familia, y proclama la clara posición del Estado cubano acerca de su concepción del papel de la mujer en la sociedad. A su vez, el mismo establece realmente la igualdad jurídica entre el hombre y la mujer en sus relaciones

matrimoniales, a la par que reconoce el valor económico de las tareas domésticas y establece el deber de ambos cónyuges a cooperar en las mismas.

La Constitución de la República, garantiza, entre otros aspectos, la igualdad de derechos de la mujer en el matrimonio, en el trabajo, en el salario, en la educación y en todos los órdenes de la vida económica social y política de la nación. También en ella se enfatiza la atención del Estado porque se le proporcione a la mujer un empleo compatible con su constitución física.

Uno de los requisitos importantes para lograr la plena incorporación de la mujer a la vida social, es el mejoramiento de las condiciones materiales de vida, que a su vez son parte de una política de población en su sentido más amplio. Cabe destacar en el caso cubano, los logros obtenidos en cuanto a la distribución de algunos efectos eléctricos necesarios para el mejor desenvolvimiento de un núcleo familiar.

Entre 1975 y 1985 la posesión de efectos electrodomésticos se ha multiplicado por varias veces. Así, la posesión de televisores creció en 2,8 veces, la de refrigeradores en 3,3 y un objeto tan necesario para facilitar las tareas domésticas, como las lavadoras, aumentó 9,8 veces. Ver el Cuadro 15.

Por supuesto, que la adquisición de estos equipos no hubiese sido posible, de no haber ocurrido una sensible elevación del nivel de vida de toda la población. Un indicio de ese aumento lo constituyen

los cambios en el salario medio de la población, y en Cuba este ha sido considerable, particularmente en las décadas de los setenta y los ochenta. Baste señalar, a modo de ilustración, que de un salario medio de 108 pesos en 1970, se pasó a 148 en 1980, y con la implantación de la Reforma General de Salarios, este se elevó a 170 pesos en 1981 y a 186 en 1984. O sea, entre 1970 y 1984, el salario medio se multiplicó por 1,7 veces. En 1996 el valor fue de 202 pesos, es decir, se multiplicó por 1.9 veces. La referida Reforma benefició a

todos los trabajadores del país, y persigue a su vez elevar los salarios de los trabajadores de menos ingresos⁵³.

Quizás parecería que estos ingresos medios son muy bajos, comparados con los de otros países. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos sólo son salarios nominales. O sea, deben recordarse todos los beneficios sociales que recibe la población, tales como educación y salud gratuitas, muy bajo costo de las medicinas, alquileres, transporte público y el hecho de que la inflación es mucho más controlada en Cuba que en otros países, dado que el Estado controla el costo de los alimentos, ropa y otros artículos. Además, cientos de miles de habitantes no pagan por sus viviendas, debido a que se han convertido en propietarios de las mismas, así como otros cientos de miles que pagan alquileres muy reducidos. En el año 2003, el salario medio en las entidades estatales y mixtas (en la que está ocupada la inmensa mayoría de la población) llegó a 273 pesos; incluso en algunas ramas de actividad fue muy superior a este valor, en particular en aquellas de mayor esfuerzo físico y peligrosidad, lo cual no excluye que haya otras que también alcancen altos niveles. Así, en la explotación de minas y canteras dicho salario medio fue de 310 pesos, en la actividad de electricidad, gas y agua alcanzó los 314 pesos, en tanto que en la construcción el mismo llegó a los 339 pesos. Por su parte, en los establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios a empresas recibieron 317 pesos⁵⁴.

El año 2005 ha sido, sin embargo, el de los mayores aumentos, pues se elevó el salario mínimo de la población a \$225.00, y anteriormente se habían elevado las pensiones de la Asistencia y Seguridad Social. El mencionado aumento del salario mínimo determinó que el salario medio de la población trabajadora se acercara a los 350.00 pesos. Incluso, posteriormente, se dictaron incrementos al sector educacional, que determinaron fuertes aumentos de salarios.

53 CEE (sin fecha)B: **Anuario Estadístico. 1984.** La Habana. P.106. CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 1998: **Anuario Demográfico de Cuba. 1997.** La Habana. P. 113.

54 OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS 2004: **Anuario Estadístico de Cuba 2003.** La Habana.

El acrecentamiento del monto de círculos infantiles o guarderías, donde los niños van desarrollando sus primeras habilidades y paralelamente van recibiendo sus primeros rudimentos de enseñanza, es un elemento importante, que contribuye al incremento de la incorporación de la mujer al trabajo, con su posible incidencia sobre el comportamiento reproductivo de la misma. En los centros referidos, los niños son atendidos desde los 45 días hasta los 5 años de edad y en ellos reciben su alimentación y cuidado, durante el período laboral de su progenitora, todo esto a un costo moderado, acorde con el nivel de ingresos de los padres. Con vista a que las familias con menor remuneración puedan a su vez disfrutar de los mencionados servicios, solo pagan \$3.00 por los mismos, en tanto que el importe máximo es de \$40.00 por cada niño. Por último, debe tenerse en cuenta que los ingresos recibidos por este concepto están por debajo de los costos reales de estas instituciones, que son subvencionadas por el Estado.

Entre 1965 y 1984 la capacidad de los Círculos Infantiles pasó de 16 a 92 mil plazas, es decir, se incrementó en 5,6 veces⁵⁵. Comparando 1965 con 1996, puede decirse entonces que el aumento fue de 9.3 veces, pues las capacidades pasaron de 16 a 148 mil⁵⁶. Durante los años 1970 y 1980 el promedio de niños matriculados en los mismos, por cada 10 000 niños de menos de 1 año a 2 años de edad, pasó de 391 a 885, mientras que el promedio por cada 10 mil niños de 3 a 5 años de edad pasó de 495 a 856. Asimismo, si se toma la matrícula final de niños de 0 a 5 años de edad por 10 mil niños en esas edades, puede señalarse que entre 1978 y 1997 esta pasó de 753 a 1 607, es decir, creció 2,1 veces⁵⁷

Al arribar los hijos de las trabajadoras a la edad escolar, es decir, el nivel de instrucción primario, pueden disfrutar de los semi-internados, donde el niño recibe su alimentación diurna, de forma gratuita y la atención necesaria durante la jornada laboral de su mamá. Del total de alumnos de educación primaria matriculados en el curso 1984-1985, el 29,3 % es-

55 CEE (sin fecha)B: **Anuario Estadístico. 1984.** La Habana. P. 338.

56 CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 1998: **Anuario Demográfico de Cuba. 1997.** La Habana.

57 CEE (sin fecha)B: **Anuario Estadístico. 1984.** La Habana. P.338. CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 1998: **Anuario Demográfico de Cuba. 1997.** La Habana. P. 53.

tudiaba por el régimen semi-interno, contribuyendo a que la mujer trabajadora pueda disponer de mayor cantidad de tiempo para otras tareas, no solo laborales. Para el curso 1996-1997 esta cifra fue de 35.2%. Asimismo, todas las madres, trabajadoras o no, cuyos hijos cursan la educación media, tienen derecho a recibir los beneficios del amplio plan de becas del sistema educacional cubano.

Otro servicio útil para las madres trabajadoras, es aquel que se presta en cuanto a la atención de sus hijos en las Escuelas Primarias, durante el período vacacional de los educandos. Los niños son atendidos, mediante el pago de una módica cuota, acuden a actividades culturales y recreativas, reciben su almuerzo. La mencionada atención que reciben es adecuada y el pago que realizan sus familiares tampoco cubre los gastos incurridos. Los estudiantes de la enseñanza media y los de la Enseñanza universitaria disfrutaban a su vez de planes vacacionales con precios extraordinariamente reducidos.

Por último, puede señalarse el aumento de otros servicios comunales que facilitan la realización de las tareas domésticas, como la apertura de lavanderías de autoservicio en varias provincias del país, además de las facilidades brindadas en el resto de las tintorerías y en otros servicios comunales y sociales, mediante el establecimiento de horarios especiales de atención a las mujeres trabajadoras.

Como parte de la política de elevación del nivel de vida de toda la población, el incremento de los servicios comunales y sociales, así como la posesión de artículos útiles al hogar, necesarios para el núcleo familiar, ha contribuido a reducir la carga de trabajo doméstico de la mujer, y ha sido uno de los factores importantes en el aumento de su incorporación al trabajo.

Pero el incremento de esta incorporación está aún limitado, entre otros factores, por el hecho de que las inversiones en servicios comunales y sociales tienen su límite, determinado por las proporciones que en el Plan de la Economía Nacional deben tener dichas inversiones; estas son limitaciones internas. Ahora bien, dichas limitaciones, en cierta medida, están asociadas con las restricciones de carácter externo, como son las afectaciones económicas que ha

estado experimentando el país como resultado de la crisis económica mundial que sufren, principalmente, los países subdesarrollados. Esta es una de las dificultades objetivas que deben tenerse en cuenta.

III. 7 Política educacional

Antes de la Revolución, las caducas concepciones relacionadas con la educación afectaban a la población cubana.

La sociedad capitalista no podía engendrar una concepción educacional con relación al trabajo, una educación para la vida, una educación para el trabajo. La sociedad capitalista, incluso, lo idealizaba todo: creaba esa mentalidad mística, esa esperanza de vivir del trabajo de los demás, esa enajenación del hombre y los bienes que creaba el hombre. La sociedad capitalista, además, engañaba a la juventud, no la preparaba para la vida. Educar es preparar para la vida, comprenderla en sus esencias fundamentales, de manera que la vida, sea algo para el hombre, tenga siempre un sentido, sea un incesante motivo de esfuerzo, de lucha, de entusiasmo. Muchos de los jóvenes educados en aquellas concepciones, vivían a lo largo de su vida en una perenne decepción⁵⁸.

Cuba es un ejemplo de una sociedad de nuevo tipo, socialista, que ha alcanzado, en un período relativamente corto, impresionantes avances en la solución de los considerables problemas con que actualmente se enfrentan los países capitalistas.

La política educacional seguida después del triunfo de la Revolución ha sido premisa y también una parte de las estrategias de corto, mediano y largo plazo de los planes de desarrollo.

Un importante paso dado por la Revolución fue la campaña de alfabetización, desarrollada en pocos meses; en estas tareas también se incluyó la calificación y recalificación de la fuerza

58 Castro, Fidel. 1975: **La Educación en Revolución**. Recopilación de discursos del Comandante en Jefe Fidel Castro, pronunciados entre 1959 y 1973. Instituto Cubano del Libro. La Habana. P. 26.

de trabajo. Dicha campaña contribuyó a que actualmente Cuba se encuentre entre los países de menor porcentaje de población analfabeta de 15 años y más, según puede apreciarse en el Cuadro 17, que presenta dicha información para los países de América Latina.

El presupuesto educacional alcanzó 137 pesos per cápita en 1980, es decir, 16 veces más que el existente el último año antes del triunfo de la Revolución. El porcentaje del gasto público en educación con relación al Producto Nacional Bruto fue de 6.6 durante el bienio 1993-1994. Estos gastos per cápita son mayores que los empleados en los países de América Latina y también en los países subdesarrollados en su conjunto. Un ejemplo de ello es que el porcentaje promedio referido para estos países con alto, mediano y bajo desarrollo humano fue de 4.6, 3.0 y 3.4, respectivamente⁵⁹

El cuadro 17 presenta la comparación de los niveles de matrícula en América Latina, para los niveles de primaria, secundaria y superior, cuya observación reitera los avances del país.

Alrededor de 1969-1960, de cada 100 alumnos, 89.1 se encontraban en primaria; por otra parte, sólo 8.5 accedían a la educación media y 2.4 lograban acceder a la educación superior. Ya en 1995, 52.2 alumnos de cada 100 se encuentran en la escuela primaria; 38.5 en la educación media y 9.3 en los centros y programas de educación superior⁶⁰

Adicionalmente, el estado cubano ha introducido otros tipos de educación, incluyendo la enseñanza de adultos. Los trabajadores asisten a clases desde el nivel de primaria y hasta el equivalente al de preuniversitario (grados 10 al 12), y por tanto, aumenta el nivel educacional de la población trabajadora adulta, la cual no tuvo oportunidad de mejorarlo en la anterior sociedad. A los trabajadores que estudian, particularmente, los de los niveles primario y secundario, se les permite asistir a clases, empleando parte de su horario de trabajo, en especial hacia el final del mismo; además, se ofrecen cursos nocturnos para aquellos que no

59 PNUD 1997: **Informe de desarrollo humano 1997**. New York. Pp. 196-197.

60 CIEM-PNUD (CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ECONOMIA MUNDIAL – PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO) 1997: **Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba. 1996**. La Habana. P. 44

trabajan, por ejemplo, amas de casa, población retirada, etc. Esto ha elevado el nivel de escolaridad de los trabajadores cubanos, en particular de la población femenina.

El desarrollo educacional actual conducirá a la desaparición de este sistema especial, dado que a la joven generación se le garantiza ahora la educación desde sus primeros años. En pocas palabras, en Cuba la educación es gratuita a todos los niveles; los libros de texto también son gratuitos y adicionalmente, a los estudiantes se les oferta un considerable número de becas. Por ejemplo, en el año escolar 1980-1981, el 58 por ciento de los estudiantes de preuniversitario y el 37 % de los estudiantes de secundaria básica participaban en el sistema de becas semanal. Los jóvenes estudiantes becados, a todos los niveles de educación, reciben: alojamiento, alimentación, atención médica y ropa, también de forma gratuita.

Según una comparación internacional respecto al Índice de Educación Fundamental (IEF) que ofrece, aunque parcialmente, una idea de la situación de cada país, y de sus esfuerzos por mantener y mejorar la educación, Cuba ocupa el primer lugar del Tercer Mundo con el 96.9%, por encima de muchas naciones de mayor desarrollo económico relativo como China, Singapur, Corea del Sur, Brasil y México. El país más cercano es Uruguay, que tiene un IEF de 88%⁶¹

En el segundo semestre de 1997, el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Enseñanza, patrocinado por la OREAL/UNESCO, llevó a cabo su primera investigación internacional, en coordinación con 14 países del área.

En el caso de Cuba, “se aplicaron pruebas de Matemática y Lenguaje a una muestra aleatoria de cuatro mil alumnos de tercero y cuarto grados, pertenecientes a 100 escuelas. Adicionalmente se aplicaron cuestionarios a directores, maestros, alumnos y a sus padres, con el objetivo de identificar factores asociados a los resultados del aprendizaje”⁶² Los

61 CIEM-PNUD (Centro de Investigaciones de la Economía Mundial – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) 1997: **Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba. 1996.** La Habana. P. 45.

62 GRANMA 1999: **Sobre la investigación realizada por la UNESCO de la que habló Fidel.** Sábado 6 de febrero de 1999. La Habana. P. 6.

resultados para los países que alcanzaron los primeros cuatro lugares, aparecen en los cuadros 18 y 19.

“De acuerdo con estos resultados, la UNESCO considera que en América Latina se distinguen tres grupos, en lo que respecta a la calidad de la educación:

1. El primero, constituido por Cuba, cuya mediana casi coincide con el doble de los resultados obtenidos en el promedio del resto de los países.
2. El segundo, integrado por Argentina, Brasil y Chile, cuyas medianas son superiores a la media regional.
3. El tercero, integrado por los restantes países, casi todos con medianas inferiores a la media regional.

Paralelamente, Cuba lidera los resultados relativos a los factores asociados al rendimiento académico. Entre tales factores se destacan:

- Porcentaje de alumnos que han repetido al menos un grado.
- Edad promedio de los alumnos.
- Brecha urbano-rural.
- Porcentaje de libros en el hogar del niño.
- Asistencia a instituciones de educación preescolar.
- Escolaridad de los padres.
- Participación de los padres en la escuela.
- Formación del personal docente.

La UNESCO publicó en enero los resultados oficiales, después de vencer fuertes presiones del Banco Mundial. En más de una ocasión debido a sus presiones, Cuba no ha aparecido en las informaciones sobre logros educativos en América Latina y el mundo. Esta vez no fue posible ocultar estos impresionantes resultados”⁶³ (GRANMA 1999; p. 6).

63 IBIDEM

Otro aspecto que podría incluso denominarse también como una Revolución dentro de la Revolución lo ha constituido la universalización de la enseñanza universitaria, mediante la creación en todo el país de las Sedes Universitarias Municipales, en las que se capacitan miles de personas, en todos los municipios del país. Así, el número de estudiantes universitarios se ha multiplicado, recabando la preparación emergente de profesores y la ampliación de tareas a los existentes.

No menos importante ha sido la diseminación de las Cátedras del Adulto Mayor en todo el país, que ya incluso se han agrupado municipalmente, para ser atendidas próximamente, por las Sedes Universitarias Municipales. Las cifras de egresados de estas cátedras ya suman miles y es una gran oportunidad que se les ha brindado a las personas de edad.

Resumiendo, puede afirmarse que la política educacional ha favorecido la conjugación de las necesidades sociales e individuales, ofreciendo amplias perspectivas para el desarrollo de la población.

CONCLUSIONES

Después de la exposición de diversos criterios acerca de las políticas de población, su alcance, características y formas de implementación, ha quedado demostrado que las mismas están estrechamente asociadas con la política, la ideología, la economía y en general con el desarrollo económico y social. En verdad, tanto de forma directa como indirecta, el aspecto fundamental que ha sido fuente de las grandes polémicas es el del crecimiento de la población y su incidencia sobre el desarrollo económico y social

Lamentablemente, a pesar de las amplias discusiones, e incluso el consenso alcanzado por un gran número de países, el gran problema es que las políticas de población, en general, se han diseñado para reducir el crecimiento de la población, más no para disminuir las desigualdades sociales en el ingreso y el acceso a servicios y bienes.

Desde el punto de vista de la economía política, las discusiones se remontan a criterios de Adam Smith para el cual la población se mostraba como beneficiosa; sin embargo, para Malthus, tal crecimiento constituía un freno para el desarrollo. Su teoría ha resistido los embates del tiempo, pues se mantuvo durante bastante tiempo, en principio fue abandonada, para posteriormente resurgir como el ave fénix y constituir el estandarte de las teorías más recalcitrantes.

Otro punto de vista importante fue el de Marx, el que planteó y demostró que la dinámica demográfica se presentaba como un reflejo y una de las muchas manifestaciones del modo particular de funcionamiento del sistema capitalista.

Bajo el manto de los determinantes y consecuencias del comportamiento demográfico se retoman los planteamientos de Malthus, a la luz de la explosión demográfica de la segunda mitad del siglo pasado, en el que surge con fuerza la “urgente necesidad” del establecimiento de la planificación familiar, como una pre condición para lograr el desarrollo económico y social. Contra estos criterios se alzaron las voces de los países del Tercer Mundo, primero en la Conferencia Mundial de 1974, en Bucarest y en las de 1984 en México y 1994 en El Cairo.

Una de las cuestiones básicas que se debatió es que no se pretende negar la influencia del crecimiento de la población para el logro de un mejor desarrollo, pero la cuestión principal reside en que en una política de población, para que verdaderamente se alcance un avance económico, debe formar parte de una estrategia de desarrollo económico y social.

Muy estrechamente vinculado con lo anterior está la discusión acerca de la mal intencionada concepción de que el crecimiento económico constituye el desarrollo económico. Este ha sido otro de los grandes debates que incluso se mantiene en la actualidad.

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, se aplican las políticas de población pero de forma implícita, pues en muy pocos existe la misma de forma explícita. Lo importante es que no necesariamente se ha adoptado el criterio de que la misma es necesaria, desde el punto de vista de la implantación de la planificación familiar. Lo importante es destacar que la misma es necesaria, pero sin que esta sea una pre condición para el desarrollo, o para la recepción de préstamos económicos por parte de los países subdesarrollados.

El establecimiento de las políticas, de una forma u otra, ha contribuido a que los países de la región disminuyan el crecimiento de su población, como ya ha ocurrido de forma importante en la mayoría de ellos. Sin embargo, subsisten otros problemas, no ya demográficos, los cuales son muy difíciles de eliminar. Entre ellos se encuentra el hecho de que en América Latina es donde se produce la mayor desigualdad en la distribución del ingreso. También aquí se produjo una “década perdida”, que fue la de los años ochenta, en que ocurrió o un retraso en el crecimiento económico o un severo estancamiento.

Pero no todo han sido desgracias. Aunque no quizás en la medida deseada, se produjo un mejoramiento en las condiciones de salud, que se reflejó en relativamente mejores niveles de mortalidad, de los cuales las menores tasas de mortalidad infantil y el crecimiento de la esperanza de vida, son un reflejo. También se han producido avances en el sector educacional. Aunque no se abordó en el trabajo, si es conocido uno de los grandes problemas, que no sólo golpea a América Latina, cual es el del desempleo, el subempleo y el gran aumento del empleo denominado “informal”.

Otro aspecto medular del presente trabajo es que se han discutido algunos elementos básicos para comprender la vía escogida para la solución de los problemas más acuciantes de la población cubana. La principal característica de la política de población cubana es que esta es implícita, la cual está asociada a la solución de los problemas que afrontan los países latinoamericanos.

Dichos problemas se han manifestado de forma aguda en el marco de una sociedad subdesarrollada y de una economía dependiente. Antes de 1959, como ocurre en la mayoría de los países del Tercer Mundo, los problemas cubrían no solamente el marco de los procesos demográficos, sino que estaban presentes en todos los aspectos de la reproducción cualitativa de la población.

Como resultado de una gran voluntad política, que se ha materializado en una gran asignación de recursos, entre otros logros, Cuba ha alcanzado ya casi todas las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud relativas a la obtención de "Salud para todos en el año 2000". Concomitantemente, la experiencia cubana es un ejemplo, en la práctica, de la necesidad de que las políticas de población deban ser parte de una estrategia general para el desarrollo, que pueda romper definitivamente la deformación estructural de sus economías, según se ha enfatizado en Plan de Acción Mundial sobre Población. Tal enfoque también se ratificó en la Conferencia Internacional de Población de 1984, celebrada en México y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994.

Como país subdesarrollado, Cuba aún tiene dificultades, a los efectos de satisfacer las necesidades de la población completamente. Sin embargo, se aprecia cómo el proceso de edificación de una nueva sociedad responde cada vez más al desarrollo integral de la población.

El consenso a que se arribó en la citadas Conferencias de México en 1984 y El Cairo en 1994, acerca de la inclusión de las políticas de población, como única vía para lograr un verdadero desarrollo de la población de acuerdo a las aspiraciones de los pueblos del Tercer

Mundo, ha formado parte de una serie de planteamientos anteriores. Cuba ha sido uno de los países que ha deseado poner a disposición de dichos países su propia experiencia en este campo.

Ejemplo del carácter integral de la política de población cubana, como parte de una política de desarrollo, son entre otras, las políticas de empleo, salud, educación. La desaparición del desempleo como grave problema que afectaba a la población cubana, en particular, el desempleo de las secularmente abandonadas zonas rurales, hasta llevarlo a un porcentaje sumamente pequeño, junto a la política de empleo femenino, que propició su incorporación a la actividad económica y su integración más plena dentro del marco de una nueva sociedad, es una de las experiencias de la mencionada política cubana. Paralelamente, la erradicación de caducas concepciones en cuanto al rol de la mujer en la familia, así como su discriminación ante el empleo, han propiciado cambios en su conducta reproductiva, cuyos cambios se han visto influidos por otra serie de factores.

Otra de las políticas, la educacional, ha diseminado la instrucción a lo largo y ancho del país, a tal punto que ya el nivel medio alcanzado es de aproximadamente 9 años de estudio. El carácter gratuito de la misma, que incluye el suministro de todos los materiales docentes necesarios, ha propiciado la incorporación al estudio de una gran masa de la población cubana. Incluso surgió y se impulsó la educación de adultos, con facilidades para los trabajadores, que con carácter transitorio, han contribuido a disminuir la brecha existente entre aquellos que no pudieron estudiar en la antigua sociedad y los de la actual, que se está construyendo, los cuales han tenido y tienen oportunidades infinitamente superiores. Asimismo, la creación de las Cátedras del Adulto Mayor en todas las provincias del país y en la mayoría de los municipios, ha contribuido decisivamente a la incorporación de este segmento de la población a recuperar, mantener y elevar su nivel educacional. Otra gran logro fue el del surgimiento y desarrollo de la universalización de la enseñanza, a través de las Sedes Universitarias Municipales, en las cuales se capacitan miles de personas, la inmensa mayoría de ellas jóvenes.

Al igual que con el empleo, la política educacional ha favorecido un cambio en la conducta de las mujeres cubanas, llevándola a considerar más acertadamente cuál es el tamaño adecuado de la familia que ella desea alcanzar, cuya decisión corresponde a la pareja.

Las investigaciones llevadas a cabo por la UNESCO, en 1997, en cuanto a los exámenes de Matemática y Español, en 14 países de América Latina, ratificaron la voluntad política de Cuba, que ha conducido a alcanzar relevantes avances en este campo.

Si impresionantes han sido las políticas de empleo y educación, en particular con relación a la mujer, la política de salud, según se mencionó antes, es otro de los aspectos en que se ha avanzado considerablemente, y se ha recibido amplio reconocimiento internacional, así como ayuda de distintas dependencias de las Naciones Unidas.

Los niveles de la mortalidad cubana, expresados, tanto en términos de la esperanza de vida al nacer, como de la mortalidad infantil, están entre los más bajos del mundo, y son similares a los alcanzados por los países más desarrollados. En el marco de la política de salud, el desarrollo del Programa Nacional de Atención Materno Infantil ha sido de una gran utilidad en la consecución de las metas de salud, coadyuvando al logro de avances específicos trazados en el mismo. Por otra parte, la necesidad de prestar una especial atención a los problemas de la educación sexual, determinó la creación del Centro Nacional de Educación Sexual, perteneciente al Ministerio de Salud Pública. Es importante destacar que este centro trabaja para brindar a la población una educación sexual acorde con los principios de nuestra sociedad, donde la educación sexual se concibe no solo como la mera educación para regular la fecundidad, sino también para dar a las parejas los basamentos necesarios para que constituyan parejas capaces y estables con vista a garantizar hogares con esas mismas características.

Las informaciones presentadas corroboraron el impresionante descenso de la fecundidad cubana en los últimos años, que ha alcanzado niveles cercanos a los más bajos del mundo. Se ha reiterado sin embargo, que este no ha sido el resultado de una política consciente, destinada a lograr una determinada tasa de crecimiento de la población. Ha sido el resultado

de una política general de desarrollo, dentro de la cual se encuentra inmersa la política de población y de la cual forma parte un conjunto de políticas, entre ellas la política demográfica.

Se ha alcanzado, en el más amplio sentido de la palabra, un desarrollo social, que ha propiciado la reducción de muchas diferencias, en cuanto a diversos atributos de la población, como la residencia urbana o rural y el comportamiento reproductivo o la mortalidad, la fecundidad de las mujeres que trabajan y la de las que no trabajan, etcétera.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, L., R. Hernández (Inédito): **Estudio para fijar metas demográficas en la formulación de políticas de población. Caso Cuba.** La Habana.

Alvarez, Lajonchere, C. 1986:**La educación sexual en Cuba.** Inédito, La Habana.

Benítez Centeno, Raúl 1994: "Visión Latinoamericana de la transición demográfica. Dinámica de la población y práctica política", en **La transición demográfica en América Latina y El Caribe. Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población.** México, DF. ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP Y SOMEDE, VOL. 1, PRIMERA PARTE, PP. 29-53.

----- 1994. Presentación. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México.** Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

----- y Eva Gisela Ramírez. 1994. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México.** Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

----- 1996: "La cuestión sobre el crecimiento de la población y el desarrollo en América Latina y México. La política de Población, en C. Welti (coord.), **Dinámica demográfica y cambio social.** México.DF. PROLAP, SOMEDE, E IIS-UNAM. Pp. 275-283.

Bourgeois-Pichat, J. "Del Siglo XX al Siglo XXI, Europa y su población después del año 2000", en CELADE, **Notas de Población**, año XVIII, núm. 49, abril, 1990.

Bueno, Eramis. 1994: Perspectivas teóricas de las políticas de población. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México.** Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

Canales, Alejandro I. (2001), "Discurso demográfico y posmodernidad. Una revisión crítica del pensamiento maltusiano", **Estudios sociológicos**, VOL. XIX, núm. 56, pp. 381-417. El Colegio de México.

Castro, Fidel. 1975: **La Educación en Revolución**. Recopilación de discursos del Comandante en Jefe Fidel Castro, pronunciados entre 1959 y 1973. Instituto Cubano del Libro. La Habana.

CEE-INSIE (Comité Estatal de Estadísticas-Instituto de Investigaciones Estadísticas)(Sin fecha): **Anuario Demográfico. 1984**. La Habana.

----- (sin fecha)B: **Anuario Estadístico. 1984**. La Habana.

CEDEM, ONE, MINSAP, FNUAP, UNICEF (Centro de Estudios Demográficos, Oficina Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) 1995: **CUBA: Transición de la Fecundidad. Cambio Social y Conducta Reproductiva**. La Habana, Cuba.

CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 1998: **Anuario Demográfico de Cuba. 1997**. La Habana.

CEPD-ONE (CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE POBLACION Y DESARROLLO – OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 2004. **Anuario Demográfico de Cuba. 2003**. La Habana.

(CELADE) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. **Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género**. Stgo. de Chile

CIEM-PNUD (CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA ECONOMIA MUNDIAL – PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO) 1997: **Investigación sobre el Desarrollo Humano en Cuba. 1996**. La Habana.

Coale, A. y Hoover E. 1965: **Crecimiento de la Población y Desarrollo Económico**. México, Limusa.

Del Popolo, Fabiana 2001. **Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina**, serie Población y Desarrollo, 19. Santiago de Chile, Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población y Fondo de Población de las Naciones Unidas).

Enke, S. 1966: “**The Economic Aspects of Slowing Population Growth**”, Economic Journal, March.

Espín, V. 1984: "Intervención de Vilma Espín". En: **Granma**. Año 20. 23 de febrero de 1984. La Habana.

Farnós, A. 1976: La población y los factores socioeconómicos. El caso cubano. Un ejemplo. En: **La población de Cuba**. Cap. 10. Editorial de Ciencias Sociales. Demografía. La Habana.

FNUAP (FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS) 1979: **Informe de misión sobre la situación demográfica de Cuba y sugerencias para asistencia en Población. Informe No. 40**. New York.

FNUAP 1998: **Estado de la población mundial**. New York.

Frenk, Julio. Lozano, Rafael. Bobadilla, Rafael (1994): La transición epidemiológica en América Latina. En: **Notas de Población**. CELADE Año XXII, N° 60, Diciembre.

Fucaraccio, A. y González, F. 1975: **Notas para una discusión de la Ley de Población en Marx**. CELADE, (PISPAL, Documento de Trabajo No. 11), Santiago de Chile.

Fuccaracio, Angel. 1994: Temas de población y desarrollo. En: Benítez Centeno, Raúl y Eva Gisela Ramírez. (Coordinadores). **Políticas de Población en Centroamérica, El Caribe y México**. Programa Latinoamericano de Actividades en Población. México.

González, F. 1979: **Niveles y tendencias de la fecundidad en Cuba. 1959-1977**. (Inédito) La Habana.

Gotlieb, M. 1945: "The Theory of Optimum of Population in a Closed Economy", **Journal of Political Economy**, vol. LIII, Dec..

GRANMA 1999: **Sobre la investigación realizada por la UNESCO de la que habló Fidel**. Sábado 6 de febrero de 1999. La Habana.

Guzmán, José Miguel 2002. **Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe**, serie Población 28. Santiago de Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población.

Ham, Roberto 1997, "Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional", en C. Welti (coord.) **Población y desarrollo una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94**. México, DF, PROLAP, FNUAP E IIS-UNAM. Pp. 249-279.

Hatton, Yeo, Ohsako, Toshio (Ed.) 2001. **Programas Intergeneracionales: Política pública e implicaciones de la investigación. Una perspectiva internacional**. UNESCO. The Beth Jonson Foundation.

Hernández, R., O. Rodríguez. 1979: **Dinámica de la población económicamente activa en Cuba 1899-1970**. Estudios Demográficos No. 21. CEDEM. Universidad de La Habana.

----- 1984: **El proceso de la revolución demográfica en Cuba**. Tesis para la obtención del grado de Candidato a Doctor en Ciencias. Publicaciones CEDEM. Universidad de La Habana. La Habana.

----- 1985: Cuba: La evolución de la fecundidad en las últimas décadas. En: **Algunas características de la reciente evolución de la fecundidad en Cuba**. Serie Monográfica, No. 5. Universidad de La Habana. La Habana.

Lee, Ronald, 1995: "Una perspectiva transcultural de las transferencias intergeneracionales", **Pensamiento Iberoamericano**, núm. 28, número especial, en conjunto con *Notas de Población*, núm. 62, pp. 311-362.

Livi Bacci, Máximo, 1994. "Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina", en **La transición demográfica en América Latina y El Caribe. Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población**. México, DF, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP Y SOMEDE, vol. 1, primera parte, pp. 13-28.

McIntosh, C. A. y J. L. Flinkle, 1995: "The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm?" **Population and Development Review**. Vol. 21, 2, June.

Macció, G. A. 1984: **Population Policy, Formulation and Implementation: Rethinking and Revisión of the Role Assigned to Population Policy and its Integration in Development Planning in Mexico Conferencia (sic) Deliberations and Recomendations**. (Inédito) Meeting on Implication of the Recomendations of the International and Regional Training Centres and Programmes, November 26-30, 1984. Moscow.

Malthus, T., 1951: **Ensayo sobre el principio de la población**. Fondo de la Cultura Económica, México-Buenos Aires, (primera edición inglesa, 1798).

Marx, C., 1980: **El Capital, tomo 1**. Fondo de la Cultura Económica, México.

Meade, J.E. y otros. 1970: "Demography and Economics", en **Towards a population policy for the United Kingdom, Supplement to Population Studies**, May, 1970.

MINSAP (MINISTERIO DE SALUD PUBLICA) 1998A: **Anuario Estadístico. 1997.** La Habana.

----- 1998B: **Salud en el tiempo.** La Habana.

----- 2004. **Anuario Estadístico de Salud. 2003.** Dirección Nacional de Estadística. La Habana.

Miró, C., J. Potter, J. 1980: **Población y Desarrollo. Estado del conocimiento y prioridades de investigación.** El Colegio de México. México.

Myrdal Gunnar, 1968 ASIAN DRAMA. An Inquire into the Poverty of Nations”. Twentieth Century Fund, Inc. USA, , Volume III, Appendix 7. **Note on inadequate approaches to the economic effects of population changes.**

Naciones Unidas, 1975: **Informe de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, 1974.** E/Conf. 60/19. Nueva York.

Naciones Unidas. 1978: **Factores Determinantes de las tendencias demográficas.** ST/SOA/Ser. A.50. Nueva Cork.

ONE (OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICAS) 1997: **Indicadores sociales y demográficos de Cuba. 1996.** Abril de 1997. La Habana.

----- 1998: **Anuario Estadístico de Cuba 1996. Edición 1998.** La Habana.

----- 2004: **Anuario Estadístico de Cuba 2003.** La Habana.

Pavlik, Zdenek (1977): **La revolución demográfica como proceso global.** Cátedra de Geografía Económica y Regional. Universidad Carolina de Praga.

PCC (Partido Comunista de Cuba): 1975: **Informe Central**. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editado por el Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. La Habana.

---- 1978A: **Tesis y Resoluciones**. Primer congreso del Partido Comunista de Cuba. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana.

---- 1978B: **Plataforma Programática del Partido Comunista de Cuba**. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana.

---- 1980: **Informe Central**. Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editora Política. La Habana.

---- 1981: **Documentos y discursos**. Segundo Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editora Política. La Habana.

---- 1986A: **Informe Central**. Tercer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Editora Política. La Habana.

---- 1986B: **Lineamientos Económicos y Sociales para el quinquenio (1986-1990)**. Editora Política.

Peacock, A.T. 1954 :“Theory of Population and Modern Economic Análisis”, en **Population Studies**, vol. 6, N° 2, noviembre 1952, y *Population Studies*, vol. 7 N° 3, marzo.

Peláez, Cesar, Omar Argüello. 1982: “Envejecimiento de la población en América Latina: Tendencias y situación socioeconómica”. **Notas de Población. Revista Latinoamericana de Demografía**. Año X, N° 30.

PNUD 1995: **Informe de desarrollo humano 1995**. New York.

----- 1997: **Informe de desarrollo humano 1997**. New York.

----- 1999: **Informe de desarrollo humano 1999**. New York.

Rodríguez, M., A. Farnós, 1984: **Política de población en Cuba en el contexto de la estrategia para el desarrollo**. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Población y Nuevo Orden Económico Internacional. CEDEM. 3-5 julio de 1984. La Habana.

Rodríguez, Vicente, Raúl Hernández, Dolores Puga 2004. **Características demográficas y socioeconómicas del envejecimiento de la población en España y Cuba**. Monografías 26. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

Taucher, E. (1982): Chile: **Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas**. CELADE, Serie A N° 162. Santiago de Chile.

Teitelbaum, M. S. 1974: **“Population and Development. is a Consensus Possible?”** Foreign Affairs, 52, July.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE 1995: **Hopes and Realities. Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences**. New York.

Tuirán, Rodolfo, 1996: “Transición de la adolescencia a la edad adulta en México”, en C. Welti (coord.) **Dinámica demográfica y cambio social** México, DF, PROLAP, E IIS-UNAM, pp. 167-182.

UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo) 1979: **La Tecnología de la Salud y la Educación en Cuba**. Estudio de la Secretaría de la UNCTAD preparado con apoyo sustantivo y financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. TD/BC. 6/46.

UNFPA. 1994: Conferencia Internacional de Población y desarrollo, El Cairo, Egipto,. **Programa de Acción, Población y desarrollo: Un Compromiso Universal.**

UNFPA 2004: **Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, septiembre de 1994). El Consenso de El Cairo Diez años después.** A.CONF.171/13: Informe de la CIPD (94/10/18). NACIONES UNIDAS

United Nations 1977: **National Experience in the Formulation and Implementation of Population Policy, 1959-1976. Cuba.** Department of Economic and Social Affairs ST/ESA/SER.R/17. New York.

----- 1980: **World Population Trends and Policies. 1979. Monitoring Report.** Volume II Population Policies. ST./ESA/SER. A/70. Add. 1. New York.

----- 1984: **Report of the International Conference on Population, 1984.** E/Conf. 76/19. Department of Technical Cooperation for Development. New York.

----- 1986: **Demographic Yearbook 1984** New York.

----- 1998: **World Population Monitoring 1996. Selected aspects of reproductive rights and reproductive health.** Population Division. United Nations Secretariat. ST/ESA/SER.A/156. New York.

-----2000: **World Population Prospects: The 2002 Revision Population Database.** United Nations Population Division.

Villa, Miguel y Luis Rivadeneira. 2000: **El proceso de envejecimiento de la población de América latina y el caribe: una expresión de la transición demográfica.** CEPAL, 2000.

País	Tasas de crecimiento (por mil)					
	Hombres			Mujeres		
	1970-1990	1990-2000	2000-2020	1970-1990	1990-2000	2000-2020
Argentina	14.2	12.9	10.2	16.3	13.1	10.1
Bolivia	22.4	24.2	19.4	22.1	23.2	18.8
Brasil	21.4	13.7	10.4	21.9	14.8	11.2
Chile	16.1	15.2	10.5	16.0	14.7	10.5
Colombia	21.8	18.7	14.6	22.1	19.4	14.5
Costa Rica	28.4	28.0	16.3	28.2	27.5	16.6
Cuba	10.4	4.9	2.1	11.8	5.6	2.6
Ecuador	27.2	20.8	14.3	27.0	21.0	14.7
El Salvador	16.2	20.8	15.6	18.9	20.3	15.2
Guatemala	25.5	26.1	23.0	25.7	26.6	23.5
Haití	21.7	18.8	17.0	21.2	18.3	16.5
Honduras	31.7	28.6	20.9	31.5	28.3	21.0
México	24.5	16.9	11.4	25.2	17.6	12.0
Nicaragua	29.2	28.5	22.6	29.0	28.0	22.2
Panamá	22.9	17.1	11.5	23.6	17.9	12.3
Paraguay	30.1	26.5	22.2	28.4	26.4	22.2
Perú	24.9	17.6	13.2	25.1	17.6	13.6
República Dominicana	23.5	17.3	13.4	23.4	17.2	13.7
Uruguay	3.8	7.1	6.8	6.2	7.2	6.0
Venezuela	29.7	21.2	15.2	30.1	21.7	15.7

ANEXO

Cuadro 1. América Latina. Tasa de crecimiento anual de la población total, por sexo. 1970-1990, 1990-2000 y 2000-2020.

País	Tasas de crecimiento (por mil)					
	Hombres			Mujeres		
	1970-1990	1990-2000	2000-2020	1970-1990	1990-2000	2000-2020
Argentina	14.2	12.9	10.2	16.3	13.1	10.1
Bolivia	22.4	24.2	19.4	22.1	23.2	18.8
Brasil	21.4	13.7	10.4	21.9	14.8	11.2
Chile	16.1	15.2	10.5	16.0	14.7	10.5
Colombia	21.8	18.7	14.6	22.1	19.4	14.5
Costa Rica	28.4	28.0	16.3	28.2	27.5	16.6
Cuba	10.4	4.9	2.1	11.8	5.6	2.6
Ecuador	27.2	20.8	14.3	27.0	21.0	14.7
El Salvador	16.2	20.8	15.6	18.9	20.3	15.2
Guatemala	25.5	26.1	23.0	25.7	26.6	23.5
Haití	21.7	18.8	17.0	21.2	18.3	16.5
Honduras	31.7	28.6	20.9	31.5	28.3	21.0
México	24.5	16.9	11.4	25.2	17.6	12.0
Nicaragua	29.2	28.5	22.6	29.0	28.0	22.2
Panamá	22.9	17.1	11.5	23.6	17.9	12.3
Paraguay	30.1	26.5	22.2	28.4	26.4	22.2
Perú	24.9	17.6	13.2	25.1	17.6	13.6
República Dominicana	23.5	17.3	13.4	23.4	17.2	13.7
Uruguay	3.8	7.1	6.8	6.2	7.2	6.0
Venezuela	29.7	21.2	15.2	30.1	21.7	15.7

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género.* Cuadro 1.1b, pp. 25-30.

Cuadro 2. América Latina. Tasa de global y tasas específicas de fecundidad. 1970-1975, 1990-1995, 2000-2005 y 2020-2025.

País y gru-pos de edad	T a s a s				País y gru-pos de edad	T a s a s			
	1970-1975	1990-1995	2000-2005	2020-2025		1970-1975	1990-1995	2000-2005	2020-2025
Argentina					Cuba				
TGF	3.1	2.8	2.4	2.1	TGF	3.5	1.6	1.6	1.8
15-19	0.0683	0.0697	0.0606	0.0524	15-19	0.1407	0.0672	0.0654	0.0744
20-24	0.1627	0.1469	0.1314	0.1164	20-24	0.1946	0.1012	0.0987	0.1113
25-29	0.1715	0.1540	0.1352	0.1176	25-29	0.1650	0.0851	0.0822	0.0974
30-34	0.1243	0.1126	0.0956	0.0807	30-34	0.1107	0.0472	0.0450	0.0569
35-39	0.0722	0.0608	0.0495	0.0402	35-39	0.0666	0.0169	0.0159	0.0217
40-44	0.0245	0.0191	0.0147	0.0114	40-44	0.0266	0.0026	0.0024	0.0036
45-49	0.0056	0.0025	0.0018	0.0013	45-49	0.0051	0.0004	0.0004	0.0006
Bolivia					Ecuador				
TGF	6.5	4.8	3.9	2.5	TGF	6.0	3.5	2.8	2.1
15-19	0.0947	0.0824	0.0753	0.0570	15-19	0.1200	0.0794	0.0655	0.0518
20-24	0.2720	0.2277	0.2004	0.1424	20-24	0.2648	0.1755	0.1414	0.1097
25-29	0.3029	0.2367	0.1970	0.1279	25-29	0.2807	0.1690	0.1331	0.1013
30-34	0.2720	0.1893	0.1493	0.0892	30-34	0.2405	0.1324	0.1024	0.0766
35-39	0.2093	0.1325	0.0991	0.0546	35-39	0.1786	0.0906	0.0688	0.0506
40-44	0.1092	0.0698	0.0492	0.0247	40-44	0.0902	0.0448	0.0033	0.0241
45-49	0.0399	0.0216	0.0140	0.0062	45-49	0.0253	0.0115	0.0083	0.0059
Brasil					El Salvador				
TGF	4.7	2.5	2.1	2.1	TGF	6.1	3.5	2.9	2.2
15-19	0.0683	0.0824	0.0705	0.0699	15-19	0.1506	0.1106	0.0867	0.0660
20-24	0.2121	0.1472	0.1320	0.1295	20-24	0.2992	0.1922	0.1590	0.1217
25-29	0.2399	0.1273	0.1119	0.1090	25-29	0.2887	0.1655	0.1378	0.1051
30-34	0.1957	0.0809	0.0682	0.0661	30-34	0.2337	0.1159	0.0957	0.0726
35-39	0.1402	0.0446	0.0340	0.0328	35-39	0.1528	0.0753	0.0624	0.0471
40-44	0.0685	0.0169	0.0113	0.0109	40-44	0.0807	0.0338	0.0277	0.0207
45-49	0.0188	0.0024	0.0019	0.0018	45-49	0.0142	0.0107	0.0073	0.0054
Chile					Guatemala				
TGF	3.6	2.5	2.4	2.1	TGF	6.5	5.4	4.4	2.7
15-19	0.0841	0.0557	0.0436	0.0303	15-19	0.1430	0.1264	0.1107	0.0755
20-24	0.1961	0.1491	0.1474	0.1416	20-24	0.3041	0.2683	0.2284	0.1480
25-29	0.1818	0.1480	0.1464	0.1409	25-29	0.3006	0.2545	0.2093	0.1277
30-34	0.1370	0.0953	0.0869	0.0747	30-34	0.2564	0.2097	0.1669	0.0962
35-39	0.0811	0.0465	0.0375	0.0274	35-39	0.1837	0.1446	0.1112	0.0605
40-44	0.0388	0.0120	0.0082	0.0048	40-44	0.0840	0.0633	0.0468	0.0237
45-49	0.0071	0.0010	0.0005	0.0002	45-49	0.0182	0.0132	0.0092	0.0043

Colombia					Haití				
TGF	5.0	3.0	2.6	2.2	TGF	5.8	4.8	4.0	2.7
15-19	0.0899	0.0996	0.0795	0.0624	15-19	0.0657	0.0760	0.0641	0.0445
20-24	0.2304	0.1738	0.1528	0.1287	20-24	0.2028	0.1790	0.1500	0.1029
25-29	0.2383	0.1443	0.1293	0.1112	25-29	0.2650	0.2330	0.1943	0.1322
30-34	0.2003	0.0993	0.0871	0.0750	30-34	0.2488	0.2060	0.1711	0.1157
35-39	0.1441	0.0586	0.0517	0.0444	35-39	0.1947	0.1660	0.1373	0.0923
40-44	0.0747	0.0232	0.0205	0.0173	40-44	0.1198	0.0780	0.0643	0.0429
45-49	0.0224	0.0041	0.0037	0.0030	45-49	0.0533	0.0190	0.0156	0.0103
Costa Rica					Honduras				
TGF	4.3	3.0	2.7	2.2	TGF	7.1	4.9	3.7	2.4
15-19	0.1058	0.0890	0.0807	0.0690	15-19	0.1508	0.1265	0.1025	0.0703
20-24	0.2226	0.1657	0.1505	0.1290	20-24	0.3046	0.2522	0.2002	0.1341
25-29	0.1995	0.1482	0.1326	0.1113	25-29	0.3202	0.2191	0.1675	0.1075
30-34	0.1561	0.1085	0.0952	0.0780	30-34	0.2862	0.1789	0.1318	0.0812
35-39	0.1177	0.0647	0.0555	0.0442	35-39	0.2115	0.1245	0.0881	0.0519
40-44	0.0555	0.0218	0.0182	0.0139	40-44	0.1156	0.0677	.00456	0.0254
45-49	0.0098	0.0023	0.0018	0.0013	45-49	0.0211	0.0143	0.0089	0.0046

Cuadro 2. América Latina. Tasa de global y tasas específicas de fecundidad. 1970-1975, 1990-1995, 2000-2005 y 2020-2025. (Continuación)

País y gru-pos de edad	T a s a s				País y gru-pos de edad	T a s a s			
	1970-1975	1990-1995	2000-2005	2020-2025		1970-1975	1990-1995	2000-2005	2020-2025
México					Perú				
TGF	6.5	3.1	2.5	2.1	TGF	6.0	3.7	2.9	2.1
15-19	0.1163	0.0766	0.0642	0.0556	15-19	0.0863	0.0707	0.0546	0.0422
20-24	0.2933	0.1713	0.1414	0.1217	20-24	0.2467	0.1799	0.1417	0.1077
25-29	0.3199	0.1611	0.1290	0.1089	25-29	0.2922	0.1800	0.1430	0.1057
30-34	0.2715	0.1152	0.0895	0.0741	30-34	0.2658	0.1475	0.1122	0.0807
35-39	0.1908	0.0715	0.0537	0.0436	35-39	0.2012	0.1044	0.0787	0.0550
40-44	0.0904	0.0236	0.0170	0.0135	40-44	0.0886	0.0477	0.0357	0.0241
45-49	0.0224	0.0047	0.0032	0.0024	45-49	0.0192	0.0098	0.0069	0.0046
Nicaragua					Rep. Domin				
TGF	6.8	4.8	3.8	2.4	TGF	5.6	3.2	2.7	2.2
15-19	0.1579	0.1676	0.1381	0.0867	15-19	0.1167	0.1026	0.0932	0.0807
20-24	0.3392	0.2460	0.2036	0.1420	20-24	0.2821	0.2028	0.1882	0.1652
25-29	0.3341	0.2109	0.1719	0.1138	25-29	0.2623	0.1595	0.1370	0.1098
30-34	0.2465	0.1651	0.1261	0.0764	30-34	0.2260	0.0993	0.077	0.0560
35-39	0.1816	0.1074	0.0840	0.0452	35-39	0.1594	0.0515	0.0361	0.0231
40-44	0.0773	0.0520	0.0328	0.0151	40-44	0.0653	0.0153	0.0093	0.0051
45-49	0.0213	0.0140	0.0074	0.0027	45-49	0.0136	0.0010	0.0005	0.0002

País y grupos de edad	T a s a s				País y grupos de edad	T a s a s			
Panamá					Uruguay				
TGF	4.9	2.9	2.4	2.1	TGF	3.0	2.5	2.3	2.1
15-19	0.1346	0.0907	0.0753	0.0647	15-19	0.0654	0.0705	0.0696	0.0680
20-24	0.2713	0.1669	0.1449	0.1284	20-24	0.1650	0.1234	0.1231	0.1209
25-29	0.2431	0.1473	0.1258	0.1102	25-29	0.1626	0.1337	0.1263	0.1165
30-34	0.1756	0.0983	0.0813	0.0696	30-34	0.1146	0.1014	0.0887	0.0752
35-39	0.1129	0.0512	0.0406	0.0337	35-39	0.0660	0.0519	0.0414	0.0318
40-44	0.0405	0.0182	0.0137	0.0110	40-44	0.0222	0.0155	0.0110	0.0074
45-49	0.0090	0.0043	0.0030	0.0023	45-49	0.0042	0.0009	0.0005	0.0003
Paraguay					Venezuela				
TGF	5.7	4.6	3.8	2.8	TGF	4.9	3.3	2.7	2.1
15-19	0.0958	0.0867	0.0748	0.0584	15-19	0.1026	0.1014	0.0946	0.0826
20-24	0.2565	0.2119	0.2001	0.1628	20-24	0.2399	0.1811	0.1559	0.1248
25-29	0.2595	0.2088	0.1857	0.1403	25-29	0.2437	0.1616	0.1312	0.0989
30-34	0.2269	0.1866	0.1524	0.1043	30-34	0.1951	0.1157	0.0898	0.0645
35-39	0.1705	0.1355	0.1054	0.0640	35-39	0.1379	0.0679	0.0506	0.0348
40-44	0.0955	0.0666	0.0405	0.0212	40-44	0.0569	0.0255	0.0182	0.0119
45-49	0.0254	0.0139	0.0090	0.0038	45-49	0.0121	0.0057	0.0039	0.0024

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género*. Cuadro2.1b, pp. 64-68

Cuadro 3. América Latina. Indicadores de mortalidad general, por sexo. 1970-1975, 1990-1995, 2000-2005 y 2020-2025.

País e indicador	H o m b r e s				M u j e r e s			
	1970-	1990-	2000-	2020-	1970-	1990-	2000-	2020-
Argentina								
Probabil. Muerte <1 año	52.2	27.0	22.2	14.2	43.8	21.5	17.7	11.3
Esperanza de vida al nacer	64.1	68.6	70.6	74.0	70.8	75.7	77.7	81.1
Bolivia								
Probabil. Muerte <1 año	161.2	79.2	60.0	30.0	140.9	70.8	51.0	24.0
Esperanza de vida al nacer	44.6	57.7	61.9	69.5	49.0	61.0	65.3	73.5
Brasil								
Probabil. Muerte <1 año	103.5	54.0	44.0	25.0	76.9	40.0	32.0	19.0
Esperanza de vida al nacer	57.6	62.7	65.5	70.3	62.2	70.4	73.3	78.2
Chile								
Probabil. Muerte <1 año	74.3	15.2	12.6	8.7	62.6	12.8	10.6	7.2
Esperanza de vida al nacer	60.5	71.5	73.0	75.4	66.8	77.4	79.0	81.7
Colombia								
Probabil. Muerte <1 año	80.3	39.5	29.2	17.6	65.4	30.6	21.8	12.6
Esperanza de vida al nacer	59.7	64.3	69.2	72.5	63.9	73.0	75.3	78.8
Costa Rica								
Probabil. Muerte <1 año	58.5	15.4	12.4	8.9	46.3	11.9	9.4	6.6
Esperanza de vida al nacer	66.1	73.5	75.0	77.3	70.2	78.1	79.7	82.3
Cuba								
Probabil. Muerte <1 año	43.0	11.7	9.0	7.6	33.6	8.3	5.4	3.8
Esperanza de vida al nacer	69.4	73.5	74.8	76.8	72.7	77.3	78.7	81.2
Ecuador								
Probabil. Muerte <1 año	103.5	55.4	46.1	27.5	86.2	43.7	36.6	22.4
Esperanza de vida al nacer	57.4	66.4	68.3	71.6	60.5	71.4	73.5	77.2
El Salvador								
Probabil. Muerte <1 año	112.5	43.9	28.6	13.0	97.1	36.3	24.1	11.2

País e indicador	H o m b r e s				M u j e r e s			
	1970-	1990-	2000-	2020-	1970-	1990-	2000-	2020-
Esperanza de vida al nacer	56.1	63.3	67.7	71.8	60.6	71.1	73.7	78.1
Guatemala								
Probabil. Muerte <1 año	108.4	56.0	45.3	28.0	96.2	46.0	36.9	22.9
Esperanza de vida al nacer								
Haití								
Probabil. Muerte <1 año	145.0	78.0	63.0	43.0	124.3	70.0	55.0	35.0
Esperanza de vida al nacer								
Honduras								
Probabil. Muerte <1 año	112.2	48.2	35.5	22.0	94.8	37.6	26.7	15.0
Esperanza de vida al nacer	52.1	65.4	68.6	72.5	56.2	70.1	73.4	77.5
México								
Probabil. Muerte <1 año	77.2	36.2	30.0	20.4	60.3	31.6	26.3	18.0
Esperanza de vida al nacer	60.1	68.5	70.4	73.6	65.2	74.5	76.4	79.7
Nicaragua								
Probabil. Muerte <1 año	105.7	53.8	40.1	24.6	89.6	41.9	31.1	19.4
Esperanza de vida al nacer	53.7	63.5	67.2	72.1	56.8	68.7	71.9	77.1
Panamá								
Probabil. Muerte <1 año	47.5	25.8	19.8	12.0	39.0	24.4	17.4	9.8
Esperanza de vida al nacer	65.0	70.9	72.6	74.9	68.0	75.0	77.3	79.9
Paraguay								
Probabil. Muerte <1 año	59.2	48.6	41.9	28.1	46.7	37.8	31.8	20.5
Esperanza de vida al nacer	63.8	66.3	68.6	72.5	68.1	70.8	73.1	77.1
Perú								
Probabil. Muerte <1 año	116.1	61.8	37.1	23.5	104.2	48.8	29.6	18.3
Esperanza de vida al nacer	53.9	64.4	67.3	72.1	57.2	69.2	72.4	77.7
República Dominicana								
Probabil. Muerte <1 año	100.9	53.5	39.6	21.7	85.8	39.4	28.9	15.6
Esperanza de vida al nacer	58.1	65.0	67.8	71.8	61.8	69.0	72.4	77.2

País e indicador	H o m b r e s				M u j e r e s			
	1970-	1990-	2000-	2020-	1970-	1990-	2000-	2020-
Uruguay								
Probabil. Muerte <1 año	51.3	22.5	15.5	10.2	41.1	17.5	10.5	7.7
Esperanza de vida al nacer	65.6	69.2	71.6	75.3	72.2	76.9	78.9	82.0
Venezuela								
Probabil. Muerte <1 año	53.4	26.2	21.2	13.8	43.7	20.1	16.4	10.9
Esperanza de vida al nacer	63.3	69.0	70.9	74.2	68.9	74.7	76.7	80.0

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género*. Cuadro2.1b, pp. 64-68.

Cuadro 4. América Latina y el Caribe. Países seleccionados. Tasas de mortalidad materna directa, por mil nacidos vivos. 1970-1991.

Países	Tasas de mortalidad materna					
	1970-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990	1991
Argentina	..	84.6	64.2	52.0	50.4	48.1
Barbados	118.8	67.4	22.3	10.0	..	..
Chile	145.1	103.1	53.5	45.2	..	..
Costa Rica	81.6	51.5	27.4	27.9	14.6	34.5
Cuba	60.7	53.0	51.6	44.4	41.8	..
México	128.4	121.0	98.0	60.2	54.8	51.3
Panamá	110.1	82.9	66.0	56.0	..	..
Puerto Rico	26.0	13.7	10.2	17.1	19.5	20.2
Trinidad y Tobago	140.6	94.7	50.2	64.7	54.3	49.2
Uruguay	65.5	59.4	44.8	31.3	15.9	..
Venezuela	88.5	67.7	56.8	58.3	..	..

Fuente: United Nations 1998: *World Population Monitoring 1996. Selected aspects of reproductive rights and reproductive health*. Population Division. United Nations Secretariat. ST/ESA/SER.A/156. New Cork.

Cuadro 5. Vigilancia de las metas de la CIPD – Indicadores seleccionados. 2004.

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (<15 años) M/F	Alumbraamientos/1000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos Métodos los modernos métodos		% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
América Latina y el Caribe	32	67.1/73.9						72	71	62	
Caribe	35	64.9/69.0						71	61	57	
Cuba	7	74.8/78.7	33	102/98	95/96	90/89	3/3	65	73	72	0.1/<0.1
Haití	63	49.0/50.0	680				46/50	64	27	21	4.8/6.4
Jamaica	20	73.7/77.8	87	101/100	88/93	82/85	16/9	79	66	63	1.2/1.1
Puerto Rico	10	71.2/80.1	25				6/6	63	78	68	
República Dominicana	36	64.4/69.2	150	125/127	54/80	60/75	16/16	93	65	63	2.5/.09
Trinidad y Tobago	14	68.4/74.4	160	106/104	97/100	69/73	1/2	36	38	33	3.2.3.2
Centroamérica	30	69.5/75.4						76	64	55	
Costa Rica	10	75.8/80.6	43	108/108	93/95	66/68	4/4	78	75	65	0.8/0.4

El Salvador	26	67.7/73.7	150	114/109	65/70	56/56	18/23	87	60	54	0.9/0.5
Guatemala	41	63.0/68.9	240	107/99	57/54	34/32	23/38/	111	38	31	1.3/1.0
Honduras	32	66.5/71.4	110	105/107			20/20	103	62	51	1.7/2.0
México	28	70.4/76.4	83	111/110	90/91	73/78	7/11	64	67	58	0.3/0.2
Nicaragua	36	67.2/71.9	230	104/105	51/58	52/61	23/23	135	69	66	0.3/0.1
Panamá	21	72.3/77.4	160	112/108	88/89	67/72	7/8	89	58	54	1.1/0.8
América del Sur	32	66.5/73.9						71	74	65	
Argentina	20	70.6/77.7	82	120/119	91/95	97/103	3/3	61			1.1/0.3
Bolivia	56	61.8/66.0	420	114/113	79/77	86/83	7/19	81	53	27	0.1/0.1
Brasil	38	64.0/72.6	260	153/144	76/84	102/113	14/13	73	77	64	1.0/0.5
Chile	12	73.0/79.0	31	101/99	100/100	88/90	4/4	44			0.4/0.2
Colombia	26	69.2/75.3	130	110/109	59/63	62/69	8/8	80	77	64	1.0/0.5
Ecuador	41	68.6/73.5	130	117/117	77/79	59/59	8/10	66	66	50	0.4/0.2
Paraguay	37	68.6/73.1	170	114/110	76/78	63/64	7/10	75	57	48	0.7/0.3
Perú	33	67.3/72.4	410	120/120	86/86	92/86	9/20	55	69	50	0.7/0.4
Uruguay	13	71.6/78.9	27	109/107	87/90	95/108	3/2	70			0.4/0.2
Venezuela	19	70.9/76.7	96	107/105	92/100	64/74	6/7	95			0.9/0.5

Fuente: Elaborado a partir de: UNFPA 2004. *Estado de la Población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza.* New York.

Cuadro 6. Proyectos de investigación ejecutados y en ejecución durante el período 2001- 2005

Año y nombre del Proyecto	Estado del proyecto	Tipo de proyecto	I. Tipo de resultado
AÑO 2001:			
Escenarios y perspectivas de los Recursos Humanos	Terminó	PNCT: Economía Cubana	Informe final y 3 Tesis Doctorado
AÑO 2002:			
Características del envejecimiento de la población de España y Cuba	Terminó 2003	Proyecto Internacional	Monografía Libro
Aplicación de métodos estadísticos multivariados al análisis de la migración	Terminó 2002	PNAP	Tesis doctorado
AÑO 2003:			
Urbanización y Migraciones internas en países en desarrollo	Terminó 2003	Proyecto Internacional	2 Monografías
Acciones prioritarias para consolidar la biodiversidad en el ecosistema Sabana-Camaguey	En ejecución	Programa Ramal CITMA	Informe
AÑO 2004:			
La toma de decisión para la interrupción del embarazo.	En ejecución	Proyecto Internacional	Tesis doctorado
Percepción ambiental de los comunicadores sociales en la sociedad cubana	En ejecución	Programa Ramal CITMA	Informe
Estado actual y perspectiva de la actividad de I+D en Ciencias Sociales	En ejecución	Programa Ramal MES	Tesis maestría
Reproducción humana. Toma decisión (FNUAP)	En ejecución	Proyecto internacional	Informe
Familias y adolescentes (FNUAP)	En ejecución	Proyecto internacional	Informe
Balance de la migración y la urbanización (FNUAP)	En ejecución	Proyecto internacional	Informe
Población, Poblamiento y vínculos con la industria azucarera	En ejecución	Programa Ramal del IPF	Tesis Doctorado
Sobrevivencia fetal en Cuba	En ejecución	PNAP	Tesis doctorado
AÑO 2005:			
Política de Población en América Latina	En ejecución	PNAP	Monografía
Vulnerabilidad social	En ejecución	PNAP	Tesis Doctorado
Programa global de investigación en salud	En ejecución	Proyecto internacional	Informe
Nupcialidad cubana en los 90	Terminó 2005	PNAP	Monografía

Fuente: CEDEM (Inédito): Autoevaluación CEDEM. 2005. La Habana.

Cuadro 7. Cuba: Evolución de indicadores seleccionados de la mortalidad. 1950-2003

PERÍODOS	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (1)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (2) (A)	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (3)
1950-1955	11.0	97.2	58.8
1955-1960	9.6	79.4	61.8
1960-1965	8.8	62.3	65.1
1965-1970	7.4	48.7	68.5
1970-1975	6.4	38.7	70.9
1975-1980	6.0	27.3	72.9
1985	6.4	16.5	74.2 (b)
1997	7.0	7.2	74.7 (c)
2003	7.0	6.3	77.0 (d)

(1) Defunciones por mil habitantes.

(2) Defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos.

(3) Número medio de años que vivirá una persona desde su nacimiento.

(a) Se refiere a los años iniciales de cada período.

(b) Corresponde al período 1982-1983. c) Corresponde al período 1990-1991. d) Corresponde al período 2001-2003.

Fuente: Hernández, R. 1984; pp. 202 a 204. CEPD-ONE, 2004; pp. 65 y 126.

Cuadro 8. Cuba: Evolución estimada de las tasas de mortalidad infantil por provincias. 1970-2004. Años seleccionados.

PROVINCIAS	1970	1976	1985	1997	2004
CUBA	38.7	22.9	16.5	7.2	5.8
Pinar del Río	33.5	24.8	14.9	6.2	4,7
La Habana	36.9	22.2	15.2	5.6	7,3
Ciudad de La Habana	39.5	19.9	14.0	7.2	6,6
Matanzas	38.7	20.9	14.5	6.5	4,4
Villa Clara	34.9	17.0	15.3	5.4	4,6
Cienfuegos	38.1	16.9	17.0	7.1	5,2
Sancti Spiritus	35.8	17.9	18.6	5.7	3,3
Ciego de Avila	40.9	25.9	15.4	6.0	5,7
Camagüey	43.1	26.1	15.7	8.7	5,8
Las Tunas	36.5	25.2	21.9	10.0	3,8
Holguín	38.3	25.2	16.9	7.8	5,9
Granma	45.7	24.3	19.0	8.4	5,0
Santiago de Cuba	36.3	23.2	16.4	6.6	7,2
Guantánamo	41.8	23.3	18.9	8.5	8,5
Isla de la Juventud	51.1	21.0	23.7	12.0	1,8

Fuente: Hernández, R. 1984; p. 212. CEPD-ONE, 2004; p. 67. CEPD-ONE, 2006.

Cuadro 9 Cuba: Número de provincias (a) según intervalo de la tasa de mortalidad infantil. 1976, 1997 y 2004.

INTERVALO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	1976	1997	2004
< de 5	-	-	5
5.0 - 8.9	-	13	9
9.0 - 12.9	-	2	1
13.0 - 16.9	1	-	-
17.0 - 20.9	4	-	-
21.0 - 24.9	6	-	-
25.0 - 28.9	4	-	-
Totales	15	15	15

(a) Incluye el Municipio Especial Isla de la Juventud. Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 10. Modernización económica, transición de la fecundidad y perfil de mortalidad en algunos países de América Latina.

Modernización Económica	Transición de la fecundidad	Perfil de mortalidad
I AVANZADA	II MUY AVANZADA	I AVANZADO
Argentina	Argentina	Argentina
Uruguay	Uruguay	Uruguay
Cuba	Cuba	Cuba
Chile	Chile	Costa Rica
Costa Rica		
Panamá		
Venezuela		
II PARCIAL Y RAPIDA	II AVANZADA	II MIXTO
Brasil	Costa Rica	Venezuela
Colombia	Venezuela	Brasil
México	Brasil	Colombia
República Dominicana	Colombia	México
Ecuador	México	República Dominicana
Perú	República Dominicana	Ecuador
	Ecuador	
	Perú	
III INCIPIENTE	III TEMPRANA	III INCIPIENTE
El Salvador	El Salvador	Perú
Guatemala	Guatemala	El Salvador
Honduras	Honduras	Guatemala
		Honduras

Fuente: Frenk, Julio. Lozano, Rafael. Bobadilla, José Luis. (1994): La transición epidemiológica en América Latina. En: Notas de Población. CELADE. Año XXII, N° 60. Diciembre, 1994. P. 97

Cuadro 11. Tasas globales de fecundidad (TGF, hijos por mujer). Países seleccionados. 2004.

PAISES	TGF
Estados Unidos de Norteamérica	2.11
Francia	1.89
Holanda	1.72
Cuba	1.55
Canadá	1.48
Suiza	1.41
Alemania	1.35
Grecia	1.27
Italia	1.23
España	1.15

Fuente: FNUAP, 2004.P. 108-109

Cuadro 12 Cuba: Tasas brutas de reproducción por provincias. 1970-2003. Años seleccionados. (Hijas por mujer)

PROVINCIAS	1970	1977	1984	1997	2003
CUBA	1.81	1.11	0.89	0.77	0.79
Pinar del Río	1.99	1.22	0.88	0.81	0.87
La Habana	1.26	1.02	0.87	0.82	0.74
Ciudad de La Habana	1.20	0.87	0.80	0.71	0.68
Matanzas	1.57	1.02	0.78	0.82	0.72
Villa Clara	1.88	1.06	0.77	0.83	0.75
Cienfuegos	1.52	1.01	0.89	0.79	0.84
Sancti Spiritus	1.89	1.09	0.81	0.74	0.77
Ciego de Avila	1.75	1.13	0.92	0.75	0.78
Camagüey	1.90	1.16	0.85	0.74	0.75
Las Tunas	2.05	1.25	0.94	0.79	0.80
Holguín	2.53	1.33	0.88	0.77	0.85
Granma	2.52	1.29	1.01	0.81	0.94
Santiago de Cuba	2.61	1.23	1.04	0.75	0.83
Guantánamo	2.40	1.40	1.13	0.88	0.96
Municipio Especial Isla de la Juventud	1.46	1.18	0.92	0.81	0.81

Fuente: González, F. 1979; p. 15. CEPD-ONE. 2004; p. 46

Cuadro 13. Países de América Latina y el Caribe, según grado de transición.

Grupo I Transición Incipiente	Grupo II Transición moderada	Grupo III En plena transición	Grupo IV Transición avanzada
Países con alta natalidad y mortalidad, con crecimiento natural moderado. (Algo mayor al 2%).	Países con alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Su crecimiento natural es todavía elevado (Superior a 2.5%)	Países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado (Próximo a 2%).	Países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo (cercano al 1%).
Bolivia	Belice,	Brasil	Antillas Neerlandesas
Haití	El Salvador	Colombia	Argentina
	Guatemala	Costa Rica	Bahamas
	Honduras	Ecuador	Barbados
	Nicaragua	Guyana	Chile
	Paraguay	México	Cuba
		Panamá	Guadalupe
		Perú	Jamaica
		República Dominicana	Martinica
		Suriname	Puerto Rico
		Venezuela	Trinidad y Tobago
			Uruguay

Fuente: Miguel Villa y Luis Rivadeneira. (2000): El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. CEPAL, 2000.

Cuadro 14: América Latina. Tasa de actividad total por sexo y grupos de edad. 1980-2020

País y grupos de Edad	T a s a s (p o r) c i e n							
	H o m b r e s				M u j e r e s			
	1980	1990	2000	2020	1980	1990	2000	2020
Argentina – Total	71.1	66.5	67.7	69.9	24.1	35.4	38.4	43.2
0 – 14	73.7	64.6	64.0	60.4	33.4	40.3	43.6	48.4
15 – 59	94.4	92.4	93.0	94.3	31.4	50.2	53.8	60.8
60 y +	36.8	39.2	38.1	40.0	5.3	13.0	12.6	13.1
Bolivia – Total	71.4	68.1	67.1	70.1	23.4	30.5	35.4	46.1
0 – 14	64.1	57.4	57.0	58.6	25.1	29.4	34.4	45.5
15 – 59	96.6	94.3	94.0	94.3	28.9	40.0	47.3	61.3
60 y +	79.4	72.9	66.2	56.0	19.4	26.8	25.7	24.8
Brasil – Total	75.9	76.1	75.5	72.9	33.9	36.8	41.0	47.5
0 – 14	81.4	81.2	76.9	69.0	42.6	46.8	49.5	54.7
15 – 59	93.8	93.8	93.7	93.0	40.1	43.8	49.9	61.8
60 y +	46.9	46.7	42.8	37.0	10.5	10.6	11.5	13.7
Cuba – Total	61.0	67.3	69.6	67.4	26.7	34.2	38.6	42.1
0 – 14	50.0	55.8	55.3	57.2	24.4	32.8	37.3	47.7
15 – 59	94.2	93.9	93.8	91.9	42.4	48.1	53.3	60.1
60 y +	35.3	32.2	31.6	26.9	4.1	5.2	6.8	8.8
Ecuador – Total	69.3	70.7	72.0	74.1	16.9	24.4	31.0	43.3
0 – 14	63.1	65.0	64.0	63.0	18.8	23.9	30.3	43.8
15 – 59	95.1	93.8	93.9	93.8	21.7	32.9	41.5	57.4
60 y +	79.1	72.7	67.4	57.2	12.8	16.3	15.8	14.8
El Salvador - Total	74.1	69.2	71.6	73.1	22.7	24.7	31.5	42.5
0 – 14	72.8	65.9	66.7	63.4	26.9	22.6	22.6	29.9
15 – 59	96.5	94.6	94.4	94.4	29.3	36.2	43.9	57.3
60 y +	76.8	70.2	64.6	54.9	13.7	15.2	14.5	13.5
Guatemala – Total	71.2	70.0	70.2	73.3	12.6	17.8	23.5	36.4
0 – 14	72.3	71.5	71.2	70.7	15.8	21.0	26.6	38.0
15 – 59	93.0	93.1	93.3	93.5	15.1	23.6	32.4	49.5
60 y +	71.1	70.6	68.6	65.5	7.7	8.9	9.6	11.3
Haití – Total	73.6	69.6	67.5	71.5	52.6	47.1	47.9	52.7
0 – 14	66.1	62.4	61.1	61.0	51.0	44.4	46.1	50.2
15 – 59	95.0	93.6	93.7	94.1	63.7	60.0	62.7	67.5
60 y +	76.4	71.2	70.0	66.7	45.1	39.8	38.8	36.7
Honduras – Total	76.7	78.9	77.0	76.3	15.7	21.0	27.6	41.5
0 – 14	80.0	77.9	74.9	69.9	17.6	21.6	28.4	42.3
15 – 59	94.9	95.9	95.7	95.1	20.2	26.3	36.3	54.9
60 y +	76.4	81.1	76.2	67.1	10.2	15.0	15.1	14.4
México – Total	71.3	71.3	73.1	72.5	24.6	27.1	33.5	44.2
0 – 14	72.0	70.3	69.7	66.7	32.1	31.1	36.6	46.7
15 – 59	95.5	95.1	94.8	93.5	29.6	34.5	42.9	58.2
60 y +	67.3	58.9	52.7	39.9	15.1	13.8	13.8	13.7
Nicaragua – Total	70.7	71.3	71.9	73.7	27.3	33.0	36.3	44.9
0 – 14	69.9	70.5	71.0	68.0	27.4	30.2	32.2	43.1
15 – 59	95.1	95.7	96.2	95.6	38.6	48.5	52.7	61.0

60 y +	69.7	68.6	66.0	58.4	16.5	19.3	18.8	16.2
Panamá – Total	63.1	66.5	68.1	69.2	24.2	28.0	33.6	42.2
0 – 14	58.5	66.5	68.1	69.2	24.2	28.0	33.6	42.2
15 – 59	91.1	91.5	91.8	92.0	34.5	40.5	46.7	57.3
60 y +	48.8	48.3	43.5	36.2	8.5	8.0	9.1	11.7
Paraguay – Total	76.5	74.2	72.7	72.5	18.9	24.0	27.0	32.1
0 – 14	83.8	74.3	70.7	67.9	24.2	28.6	28.8	30.3
15 – 59	98.1	9*6.4	96.0	94.9	23.8	31.1	36.9	44.6
60 y +	62.5	67.0	62.6	50.1	8.2	10.1	10.2	11.1
Perú – Total	67.7	69.0	70.6	73.3	29.5	33.5	38.1	47.0
0 – 14	58.0	57.9	59.2	62.8	28.1	30.4	34.6	46.4
15 – 59	95.6	94.5	94.1	94.0	40.1	45.4	51.1	61.7
60 y +	67.3	62.1	57.1	50.3	22.8	23.3	22.3	18.9

Cuadro 14: América Latina. Tasa de actividad total por sexo y grupos de edad. 1980-2020
(Continuación)

País y grupos de Edad	T a s a s (p o r) c i e n							
	H o m b r e s				M u j e r e s			
	1980	1990	2000	2020	1980	1990	2000	2020
Rep. Dom. – Total	73.7	75.3	75.5	76.4	26.9	32.2	36.9	46.2
0 – 14	68.9	68.7	66.7	65.1	27.3	32.2	36.5	46.1
15 – 59	97.5	97.1	96.7	95.3	34.1	40.7	47.4	59.9
60 y +	89.1	84.0	78.6	68.4	23.0	23.7	23.9	24.1
Uruguay – Total	66.8	66.3	67.2	66.4	32.5	40.0	44.1	50.2
0 – 14	69.3	67.6	67.7	61.4	40.2	44.6	48.9	57.9
15 – 59	69.3	67.6	67.7	61.4	40.2	44.6	48.9	57.9
60 y +	28.4	30.9	30.3	27.4	8.8	8.5	11.4	15.0
Venezuela – Total	66.3	67.7	68.1	68.9	22.0	28.2	34.1	44.8
0 – 14	62.0	62.3	60.7	59.4	21.6	26.4	32.8	45.8
15 – 59	93.7	93.2	93.3	92.8	32.4	40.7	47.9	61.3
60 y +	57.3	54.1	47.1	35.9	7.1	9.1	10.1	12.6

Nota: Las tasas del país –Total son las Tasas refinadas de actividad (población económicamente activa/ población de 10 y más años)*100

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género.* Cuadro5a, pp. 155-161

Cuadro 15. Cuba: Posesión de efectos electrodomésticos seleccionados.
1975, 1980 y 1985.

EFECTOS ELECTRODOMÉSTICOS	POR CADA 100 HOGARES ELECTRIFICADOS		
	1975	1980	1985
Televisores	33	74	91
Refrigeradores	15	38	50
Lavadoras	6	34	59
Radios (a)	42	105	152

(a) Considerando el total de familias.

Fuente: PCC, 1980; p. 23. pcc, 1986; p. 4.

Cuadro 16. América Latina: Porcentaje de población analfabeta de 15 años y más de edad, por sexo. 1980 a 2000.

País	H o m b r e s			M u j e r e s		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Argentina	5.7	4.1	3.1	6.4	4.4	3.1
Bolivia	19.9	12.9	7.9	41.3	29.9	20.6
Brasil	23.7	17.9	14.9	27.2	18.8	14.6
Colombia	14.7	10.9	8.2	16.4	11.6	8.2
Costa Rica	8.1	6.1	4.5	8.4	6.1	4.3
Cuba	8.1	5.2	3.5	7.8	5.2	3.6
Chile	7.9	5.6	4.1	9.1	6.4	4.5
Ecuador	14.4	9.5	6.4	21.8	13.8	9.8
El Salvador	29.1	23.7	18.4	38.4	30.7	23.9
Guatemala	38.1	30.7	23.8	54.3	46.3	38.9
Haití	65.5	57.6	49.0	72.3	63.5	53.5
Honduras	37.2	32.0	27.5	40.8	34.0	28.0
México	13.8	9.6	6.9	20.2	15.0	10.9
Nicaragua	41.5	38.6	35.8	42.1	38.8	35.6
Panamá	13.7	10.7	7.4	15.1	11.8	8.7
Paraguay	10.6	7.7	5.6	17.5	11.7	7.8
Perú	11.7	7.9	5.3	28.8	20.6	14.6
Repúb. Dominicana	25.2	20.0	16.0	27.3	21.0	16.3
Uruguay	5.7	3.9	2.6	4.8	3.0	1.8
Venezuela	13.3	9.1	6.7	16.9	10.8	7.3

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género.* Cuadro 4a p. 117

Cuadro 17. América Latina: Tasas netas de matrícula en la educación primaria y secundaria y tasa bruta de matrícula en la educación superior, por sexo. Circa 1990.

País y año	Tasa neta primaria		Tasa neta secundaria		Tasa bruta superior	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina 1998	100	100	71	76	39	56
Bolivia						
1990	95	87	32	27	..	..
1998	100	100	70	66	..	..
Brasil						
1990	..	..	..	..	11	12
1998	100	96	46	55	12	15
Chile						
1991	90	88	53	57	..	..
1996	91	88	56	60	34	29
1998	88	87	69	72	26	32
Colombia						
1990	..	..	..	..	13	14
1995	..	..	42	49	16	18
1997	..	..	..	..	19	22
Costa Rica						
1990	86	87	34	37	..	..
1998	92	92	42	47	33	28
Cuba						
1990	92	92	64	74	17	25
1996	100	100	..	..	10	15
1998	96	97	71	79	16	22
Ecuador						
1998	96	97	45	47	..	..
El Salvador						
1990	..	..	..	..	19	13
1992	74	75	..	..	..	..
1995	78	78	21	23	19	19
1998	82	80	..	..	16	20
Guatemala						
1997	76	69	..	..	..	..
1998	85	80	29	27	..	..
Haití						
1990	22	23	..	..	..	..
Honduras						
1993	89	91	..	..	..	..
1994	..	..	..	..	11	9
País y año	Tasa neta primaria		Tasa neta secundaria		Tasa bruta superior	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
México						
1990	..	..	..	..	17	13

País y año	Tasa neta primaria		Tasa neta secundaria		Tasa bruta superior	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1996	100	100	..	..	17	15
1998	100	100	56	56	19	18
Nicaragua						
1990	71	73	..	..	8	8
1997	..	..	..	..	11	12
1998	91	92	41	43	..	..
Panamá						
1990	91	92	48	53	..	..
Paraguay						
1990	94	92	25	26	9	8
1996	91	91	37	39	10	11
1998	91	92	41	43	..	..
Perú						
1995	91	90	54	52	..	..
1998	100	100	62	61	30	27
Rep. Dominic.						
1994	..	..	18	26	..	..
1996	..	..	..	..	19	27
1998	87	88	48	57	..	..
Uruguay						
1991	91	92	..	..	..	..
1996	92	93	..	..	..	..
1998	92	93	56	76	25	45
Venezuela						
1990	87	89	15	22	..	..
1996	83	85	18	27	..	..
1999	88	88	46	55	24	35

Fuente: Elaborado a partir de: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía 2002. *Boletín Demográfico. América Latina y El Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género.* Cuadro 4b pp. 117-120

Cuadro 18. Cuba: Estructura del nivel educacional de los trabajadores por sexos. Porcentajes. 1996 y 2002

1996	TOTAL	PRIMARIO O MENOS	MEDIO	MEDIO SUPERIOR	SUPERIOR
Ambos sexos	100.0	17.3	33.3	36.7	12.7
Hombres	100.0	20.3	36.6	32.2	10.9
Mujeres	100.0	11.7	27.3	44.9	16.1
2002					
Ambos sexos	100.0	14.6	30.4	40.9	14.1
Hombres	100.0	17.7	35.0	36.5	10.8
Mujeres	100.0	8.9	22.3	49.0	19.8

Fuente: ONE 1998; p. 115. ONE 2006. CENSO 2002.

Cuadro 19 Logro promedio en la prueba de Matemática (expresado en por ciento de respuestas correctas)

PAIS	TERCER GRADO	CUARTO GRADO
Cuba	83.1	84.2
Argentina	47.3	58.1
Chile	46.3	47.0
Brasil	45.6	55.8

Fuente: GRANMA, 1999; p. 6

Cuadro 20 Logro promedio en la prueba de Lenguaje (expresado en por ciento de respuestas correctas)

PAIS	TERCER GRADO	CUARTO GRADO
Cuba	87.4	88.7
Brasil	57.2	66.3
Chile	43.3	46.1
Argentina	60.7	71.1

Fuente: GRANMA, 1999; p. 6

UNIVERSIDAD DE LA HABANA

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS

**PATRÓN Y NIVEL DE LA SOBREVIVENCIA FETAL EN CUBA
1998 - 2002**

LORENZO HERRERA

LA HABANA, FEBRERO 2006

© Dr. Lorenzo Herrera León, 2006
© Sobre la presente edición:
Centro de Estudios Demográficos (CEDEM)
de la Universidad de La Habana, 2006
Avenida 41 No 2003, Playa. Ciudad de la Habana
Cuba
ISBN: 959-7005-48-4

ISBN 959-7005-48-4



9 789597 005483

Contenido

Capitulo	Titulo	Pag.
	Introducción	2
I	El estudio del embarazo como un proceso temporal y continuo de cambios de estados	3
I.1	Material y Métodos	6
I.1.1	Fuentes de Información y variables utilizadas en el estudio	6
	Descripción de las variables	7
I.1.2	Universo de estudio	9
I.1.3	Procedimientos y Técnicas	10
II	La permanencia fetal	14
II.1	La permanencia fetal sin distinción de eventos	15
II.2	La permanencia fetal según el evento Terminal	17
	Edad de la madre	22
	Embarazos previos	24
	Nacidos vivos previos	25
	Nacidos muertos previos	27
	Abortos	29
	Tipo de embarazo	31
	Sexo	32
	Peso	34
II.3	Determinación de factores de riesgo para el estado Terminal defunción fetal	37
	Tipo de embarazo	39
	Ocupación	40
	Escolaridad	41
	Embarazos previos y nacidos vivos previos	41
	Nacidos muertos previos	42
	Abortos	42
	Peso	43
	Edad de la madre	43
	Lugar del parto	43
III	Conclusiones y Recomendaciones	45
	Conclusiones	46
	Recomendaciones	47
	Referencias Bibliográficas	48

INTRODUCCIÓN

Grosso modo, la fecundación en la especie humana, está antecedida por la ruptura del folículo de De Graaf, lo que da salida a un óvulo, hecho que propiamente hablando constituye la ovulación. El óvulo tiene una vida corta, que algunos sitúan entre 24 y 48 horas. Al desplazarse éste por la trompa de Falopio, si encuentra un espermatozoide, puede ocurrir la fecundación, que no es más que la unión de ambos. Esto da lugar a una célula inicial: el huevo.

El óvulo fecundado continúa su avance por la trompa hasta caer en la cavidad uterina y fijarse sobre la pared de éste, lo cual ocurre alrededor del sexto día posterior a la ovulación. Inmediatamente comienza la división celular que permitirá la constitución de un ser humano. Pero para llegar a él, se transita por un proceso, el cual tiene entre sus etapas más importantes las siguientes:

- Entre el día 13 ó 14, comienza la madre a proporcionar sangre a través de la placenta.
- A la tercera semana comienza a latir el corazón.
- A la séptima semana, el feto produce su propia sangre, el hígado comienza a funcionar y termina de formarse el cerebro.
- Alrededor de los tres meses se han desarrollado los órganos genitales externos y comienzan los movimientos.
- A la altura de los seis meses ya el feto es viable, es decir, está formado el individuo y se inicia una fase de maduración.
- El término normal del embarazo ocurre alrededor de las 37 semanas de gestación

Con este breve antecedente de la reproducción humana se pasa a la construcción de un nuevo enfoque para el estudio del embarazo, con el objetivo de estimar los riesgos vitales (nacido vivo y muerte fetal) de expulsión y la sobrevivencia fetal, así como la detección de factores de riesgo para la mortalidad fetal.

CAPÍTULO I: EL ESTUDIO DEL EMBARAZO COMO UN PROCESO TEMPORAL Y CONTINUO DE CAMBIOS DE ESTADOS

En una tentativa de lograr un mayor caudal de conocimientos sobre la vida intrauterina, y tomando en cuenta lo que esto aportaría para la elevación de la calidad de vida del feto y su repercusión en la sobrevivencia del nacido vivo, se propone el estudio del embarazo enfocado como un proceso dotado de continuidad temporal, en el cual se producen transiciones o cambios de estados. Las etapas o fases del proceso se describen a continuación:

- Entrada al proceso: estado inicial (embarazo)
- Permanencia en el estado inicial
- Cambio de estado y fin del proceso (estados terminales: nacido vivo, muerte fetal)

La entrada al mismo ocurre cuando una mujer es embarazada en un momento determinado. La etapa de permanencia en el estado fetal, transcurre durante la edad gestacional de la embarazada y constituye una importante fase de este proceso, donde ocurren una serie de cambios cuantitativos y cualitativos tanto a la futura madre como al producto de la concepción (cambios hormonales, aumento del peso, crecimiento y desarrollo del embrión hasta convertirse en feto, maduración). Idealmente esta etapa transcurre hasta alrededor de las 37 semanas de gestación, tiempo en el cual se considera al feto a término, pero se sabe que no siempre es así.

Finalmente, ocurre la expulsión del producto de la concepción y con ello se pasa a uno de dos estados terminales, con lo cual finaliza el proceso. Como resultado de la salida puede tenerse un nacido vivo o una defunción fetal.

Este proceso tiene carácter aleatorio o estocástico, por lo que, desde la entrada, el embarazo enfrenta la exposición a riesgos de expulsión de nacido vivo o de muerte fetal. El proceso está gobernado por estos riesgos (epidemiológicamente hablando ellos resumen el efecto de una serie de otros riesgos que prevalecen en la etapa del embarazo), que dependen de factores y características individuales de cada embarazo (por ejemplo, genética de los progenitores, la edad gestacional, la edad de la madre, su historia previa reproductiva, sexo del producto de la concepción) y por otras de corte

socioeconómico y demográfico, entre las cuales se incluyen, nivel y acceso a los servicios de salud, modos y estilos de vida, prevalencia de hábitos tóxicos en las embarazadas y nivel de educación.

Estos dos riesgos asociados al proceso corresponden a probabilidades de transición de estado (como se verá posteriormente) y se refieren al paso del estado fetal a uno de los dos estados terminales; se identifican con los eventos vitales de nacido vivo y muerte fetal. En este sentido, a dichas probabilidades se les suele denominar *riesgos vitales* y también *riesgos de expulsión*. Esta última denominación es debido esencialmente a que al ocurrir la muerte intrauterina, la salida del feto no siempre es inmediata (Leridon, 1977)⁽¹⁾. En este modelo, los estados terminales son absorbentes, es decir, no existe posibilidad de regresar al estado inicial o pasar a otro luego de alcanzado uno de ellos.

La permanencia fetal está descrita por la función del mismo nombre (que tiene carácter probabilístico y es similar a una función de sobrevivencia, como se verá más adelante), que a su vez está determinada por los riesgos vitales y tiene la virtud de resumir el efecto “depredador” de los mismos, constituyendo, junto a éstos, una forma concreta de evidenciar el progreso de la evolución fetal: una permanencia baja de los embarazos implica que se han producido expulsiones anticipadas de nacidos vivos, que por lo general no poseen una calidad de vida que les permita sobrevivir el primer año o, por la otra parte, existe una incidencia alta de muertes fetales. Por el contrario, una permanencia adecuada, presumiblemente indique que las expulsiones están ocurriendo en edades gestacionales más propicias para el logro de nacidos vivos que puedan sobrevivir y continuar su vida posterior con salud y bienestar. Podría decirse que esta función es capaz de captar algunos detalles que no logran hacer otras medidas.

Estas tres funciones del proceso son componentes fundamentales del mismo y un estudio que las tome en cuenta, presumiblemente permita identificar, otras regularidades que no son posibles captar (o de captarse, mostrarían menos riqueza informativa) cuando se describe el proceso con un enfoque transversal con el uso de la tasa de mortalidad fetal tardía clásica.

Por añadidura, el estudio de un proceso permite realizar las estimaciones con un carácter multivariado, es decir, con la participación de varias variables explicativas, en el que se tome en cuenta la presencia de heterogeneidad de los embarazos en el sentido de las características individuales del binomio portadora- producto de la concepción.

Ya entre las décadas del 50 y 70, aparecieron trabajos de autores que fueron pioneros en la descripción de la mortalidad fetal con una perspectiva muy próxima a un proceso de cambios de estados. El estudio realizado en el archipiélago de Hawai en la década de los años 50 y publicado unos años más tarde (French, 1962)⁽²⁾ tuvo gran impacto en una serie de estudios realizados posteriormente. Luego se sumaron otros autores que siguieron esta línea investigativa: una investigación realizada en la isla de Kauai (Yarushelmy, 1956)⁽³⁾; otra en la ciudad de Nueva York por los años 60 (Shapiro, 1962)⁽⁴⁾; en la Martinica en los años 70 fue conducido un estudio de la mortalidad intrauterina (Leridon, 1977)⁽⁵⁾, entre otros. En Cuba, existen algunos antecedentes de este tipo de estudio, (Herrera, 1996)⁽⁶⁾, (Rubio, 1999)⁽⁷⁾, en los cuales se aborda la mortalidad intrauterina, a partir de la vigésima semana de gestación.

El uso de esa perspectiva les permitió a los autores la realización de estimaciones de los riesgos vitales con un carácter de continuidad, con el uso de la duración del embarazo en semanas completas de gestación, lo cual contribuyó a superar así la visión restringida de la estimación puntual basada en la tasa de mortalidad fetal tardía clásica y referida únicamente al período fetal tardío.

Otros autores realizaron estimaciones de la fecundabilidad y en esa tentativa llegaron a determinar con bastante precisión la tasa de pérdidas intrauterinas en duraciones tan tempranas como la cuarta semana e incluso antes de la implantación del óvulo y de ser detectado el embarazo clínicamente (Barret, 1969⁽⁸⁾; Wilcox, 1988⁽⁹⁾).

No obstante, la gran mayoría de estas investigaciones hicieron más énfasis en las estimaciones de los riesgos vitales del embarazo, especialmente en el de mortalidad, que en la función de permanencia. Asimismo, muchas de ellas estaban referidas a universos pequeños y muestras reducidas, lo que hacía que las estimaciones de los riesgos no fueran muy confiables, además del reconocimiento por los autores de la presencia en ocasiones de sesgos de selección (Leridon, 1977)⁽¹⁰⁾.

Un poco más recientemente, el enfoque del proceso de cambio de estados fue aplicado al estudio de la migración en Francia con resultados halagadores. Para su aplicación los autores utilizaron la encuesta Triple-biográfica sobre historias de vida de los encuestados, lo que les permitió llegar a resultados relevantes en la descripción y explicación de los eventos migratorios (Courgeau y Lèlievre, 2001)⁽¹¹⁾.

I. 1 Material y métodos

I.1.1 Fuentes de información y variables utilizadas en el estudio

Para desarrollar este tipo de estudio con calidad y profundidad es necesario contar con información fidedigna, que brinde los detalles necesarios para desagregar y diversificar las estimaciones. Las encuestas retrospectivas de Historia de embarazos/ nacimientos son apropiadas para estos fines; ellas pueden ofrecer información muy útil al respecto: sobre embarazos y resultado de los mismos, incluyendo las fechas, intervalos proto e intergenésicos; características de la embarazada como edad, estado civil, ocupación, escolaridad y la historia genésica previa.

Los registros vitales (de nacidos vivos y defunciones fetales), contienen una gran riqueza en cuanto a variables relevantes sobre la embarazada y el producto de la concepción (el registro de muertes fetales contiene información a partir de la vigésima segunda semana de gestación), como una historia de embarazos/nacimientos resumida, características de la madre y el producto de la concepción, entre otras. De hecho los mismos han sido utilizados por otros investigadores pero no con toda la exhaustividad que podrían merecer.

Su uso más sistemático permitiría en algunas ocasiones reducir los costos de las investigaciones, toda vez que se han elaborado bases de datos cuyo manejo es automatizado, con lo cual se ahorra tiempo y esfuerzos. Además, se le daría uso a todo el caudal de información que contienen, lo cual sería meritorio ya que también estos registros tienen asociado un costo de mantenimiento y se realizaron inversiones en su implementación. Algo muy importante es que con su uso se trabajaría con información del universo y no con muestras, lo que indudablemente incrementa la precisión y confiabilidad de las estimaciones.

En evaluaciones realizadas, se ha constatado que más del 99.9 % de los nacidos vivos son captados y el 100 % de las defunciones (Ministerio de Salud Pública, 1999)⁽¹²⁾, así como que han demostrado una excelente calidad y coherencia (Herrera, 2002)⁽¹³⁾.

Estos registros permiten realizar un estudio a partir de la vigésima segunda semana de gestación. Esta duración del embarazo, marca una frontera importante entre abortos y presumiblemente, embarazos cuyas portadoras desean llevar a feliz término; son

embarazos que no podrían interrumpirse a no ser por una prescripción médica de mucho peso.

Las dos fuentes de datos que se utilizaron en esta investigación son las bases de datos construidas, a partir del *certificado médico de defunción perinatal* (modelo 8-1110) y del *modelo oficial de inscripción de nacimiento* (modelo 8-100), en la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y en la Oficina Nacional de Estadísticas respectivamente. De la primera, se obtuvo a su vez la información correspondiente a las defunciones fetales de 22 semanas y más. Dichas bases de datos fueron sometidas a una evaluación de calidad de la información y como resultado de dicho análisis se concluyó que las mismas poseen la idoneidad requerida para abordar un estudio como el que se propone (Herrera, 2002)⁽¹⁴⁾.

De las distintas secciones de ambos certificados se tomaron las variables que a continuación se relacionan:

Cuadro 1. Variables utilizadas en la investigación	
Certificado médico de defunción perinatal	Modelo oficial de inscripción de nacimientos
Características del feto de 22 semanas o más, del menor de 7 días y del parto	Datos del nacido
Sexo (masculino, femenino)	Sexo (masculino, femenino)
Peso (gramos)	Peso (gramos)
Tiempo de vida intrauterina (semanas completas)	Semanas completas de gestación (semanas completas)
Tipo de embarazo (sencillo, múltiple)	Tipo de embarazo (sencillo, múltiple)
Lugar donde ocurrió el parto (hospital, otro centro médico, domicilio, otro)	Lugar de nacimiento (hospital, otro centro médico, domicilio, otro)
Resultado del embarazo (status = 1)	Resultado del embarazo (status = 0)
Datos de la madre	Datos de la madre
Edad (años cumplidos)	Edad (años cumplidos)
Total de Abortos	Total de Abortos
Total de Nacidos muertos previos	Total de Nacidos muertos previos
Total de Nacidos vivos previos	Total de Nacidos vivos previos
Total de embarazos previos	Total de embarazos previos
Escolaridad	Escolaridad
Ocupación	Ocupación
Estado civil	Estado civil

La primera sección en ambas certificaciones trata sobre el embarazo actual, haya éste terminado en una defunción fetal o en un nacido vivo, que dio origen al llenado de uno de los dos modelos. La segunda se refiere en su totalidad a la embarazada y contiene

variables de una breve historia previa de embarazo de las gestantes y otras de corte sociodemográfico.

Descripción de las variables

Sexo: sexo del producto de la concepción registrado al momento del parto, sus valores son: masculino (1), femenino (2).

Peso: peso (en gramos) del producto de la concepción registrado al momento del parto. Esta variable se utilizó en forma continua y también en su carácter categórico: 3500-4499 (1); 2500-3499 (2); 4500 y+ (3); 1500-2499 (4); <1500 (5). Las categorías aparecen según un orden monótono-creciente de riesgo univariado.

Tiempo de vida intrauterina: número de semanas cumplidas de gestación hasta el momento del parto. Tiene otras denominaciones tales como: edad gestacional, duración del embarazo, tiempo de embarazo, tiempo de gestación, semanas de gestación. Esta variable se utilizó en forma continua y también en su carácter categórico: 32-35 (1); 28-31 (2); 36-39 (3); 22-27 (4); 40-43 (5). Las categorías aparecen según un orden monótono-creciente de riesgo univariado de mortalidad fetal.

Tipo de embarazo: según el número de fetos que contenga el vientre de la embarazada, se denomina sencillo (1) en el caso de uno o múltiple (2) en el caso de dos o más. Cada producto de la concepción de un embarazo múltiple aparece en las bases de datos igual al caso sencillo; es decir, con todos los atributos del feto y de la madre.

Lugar del parto: hace referencia al lugar donde se produjo la expulsión, es decir: hospital, otro centro de salud, hogar, otro lugar. Finalmente quedó estructurada como: Hospital (1); Otro (2).

Resultado del embarazo (status): variable utilitaria creada para señalar si un embarazo termina en muerte fetal (status = 1) o en un nacimiento (status = 0).

Edad de la madre: se refiere a la edad de la embarazada en años cumplidos en el momento del parto. Se utilizó en su forma continua y categórica como: 25-29 (1); 20-24 (2); <20 (3); 30 y+ (4). Las categorías aparecen según un orden monótono-creciente de riesgo univariado de mortalidad fetal.

Total de abortos: total de abortos declarados por la madre en el momento del parto. Esta variable quedó estructurada como: Ninguno (1); 1-2 (2); 3y+ (3).

Número de embarazos previos: número de embarazos declarados por la madre en el momento del parto, tenidos antes de este último. Esta variable quedó estructurada como: Ninguno (1); 1-2 (2); 3y+ (3).

Número de nacidos muertos previos: número de hijos nacidos muertos declarados por la madre en el momento del parto, tenidos en embarazos previos. Esta variable quedó estructurada como: Ninguno (1); 1y+ (2).

Total de nacidos vivos previos: número de hijos nacidos vivos declarados por la madre en el momento del parto, tenidos en embarazos anteriores. Esta variable quedó estructurada como: Ninguno (1); 1-2 (2); 3y+ (3).

Escolaridad: nivel de escolaridad alcanzado por la madre. Ninguna, primaria incompleta, primaria completa, secundaria terminada, preuniversitario terminado, universidad. Esta variable quedó estructurada como: Prim Inc (1) (ninguna instrucción o primaria incompleta); Prim-Sec (2) (primaria terminada o secundaria terminada); Pre-Univ (3) (preuniversitario terminado o universidad terminada).

Ocupación: Describe la ocupación de la madre en varias categorías. Profesional y técnico; dirigentes y administrativos; agropecuario; no agropecuario; servicio; ama de casa; estudiante; otros. Esta variable quedó estructurada como: ProfTecAdm (1) (profesionales, técnicos, administrativos y dirigentes); AmaCasa (2) (ama de casa); Serv (servicios) (3); Otro (4) (restantes categorías).

Estado civil: soltera; casada; separada; acompañada; viuda y divorciada; otro. Esta variable quedó estructurada como: Acompañada (1); Casada (2); Otro (3).

I. 1.2 Universo de estudio

El universo de estudio comprende a todos los productos de la concepción cuya expulsión ocurrió con 22 ó más semanas de gestación, en cada año del período 1998-2002, en Cuba. Esta es la última información disponible en las bases de datos de las certificaciones de nacido vivo y defunción perinatal.

I. 1. 3 Procedimientos y técnicas.

Para la consecución del objetivo planteado fue primordial construir, a partir de la información que se posee sobre nacimientos y defunciones fetales, el proceso temporal y continuo de cambios de estados a través del cual se estudió el embarazo.

La operacionalización del proceso del embarazo pudo llevarse a cabo a través de un estudio longitudinal de cohortes de embarazos. Con la información ofrecida por las fuentes sobre defunciones fetales y nacimientos, clasificadas por edad gestacional y la excelente cobertura de estos registros vitales, fue factible pasar al diseño de un proceso de cambio de estados para el estudio del embarazo y de la vida fetal.

Este proceso se puede identificar con un estudio longitudinal de una cohorte de embarazos, en el cual la entrada al proceso se realiza en el momento de la fecundación o en otro cualquiera, como por ejemplo, en este caso, la vigésima segunda semana de gestación. Desde el mismo instante de la entrada los efectivos de dicha cohorte están expuestos a los riesgos de expulsión. La función de permanencia resulta ser la propia función de sobrevivencia del embarazo con respecto a la expulsión, que describe una curva que depende de la edad gestacional y, las probabilidades de cambio de estados son idénticas a los riesgos de expulsión de nacido vivo o muerte fetal.

En sus inicios cuando este enfoque fue aplicado para el estudio de la mortalidad intrauterina solamente, las cohortes de embarazos fueron diseñadas por la demanda de atención de las embarazadas que acudían a consulta, esto conllevó, según reconocieron los autores, a un sesgo en la selección de la cohorte, (Leridon, 1977)⁽¹⁵⁾.

Se pueden reconstruir cohortes de embarazos en forma retrospectiva, conociendo el número de eventos ocurridos en cada semana de gestación en determinado año, a través del supuesto de la población estacionaria, el cual establece que los sobrevivientes a una determinada edad, equivalen a las defunciones que se producen a partir de esa edad.

$$l_x = \sum_x^u d_x \quad (1),$$

donde l_x y d_x representan respectivamente, los sobrevivientes a una edad exacta x y las defunciones ocurridas entre las edades x y $x+1$. La sumatoria se extiende desde una edad exacta x , hasta u , última edad, a partir de la cual no existen personas vivas.

Si se denota por

B_t a los nacidos vivos ocurridos entre las duraciones de embarazo t y $t+1$, y por

D_t a las defunciones fetales ocurridas entre las duraciones de embarazo t y $t+1$,

Entonces, los embarazos al inicio de la semana t , E_t , vienen dados por

$$E_t = E_{t+1} + B_t + D_t.$$

Como puede observarse, aquí los nacidos vivos B_t y las defunciones fetales D_t son las expulsiones ocurridas entre t y $t+1$ y juegan un papel análogo a las defunciones d_x en la fórmula (1) anterior.

Luego de reconstruidas las cohortes de embarazos, es posible aplicar toda la teoría estándar sobre tablas de vida, incluido los procedimientos Kaplan-Meier, los de riesgos competitivos, riesgos proporcionales y la teoría sobre tiempo de falla (Chiang, 1980⁽¹⁶⁾, Kalbfleisch, 1980)⁽¹⁷⁾.

Para la estimación de los coeficientes de expulsión de ambos eventos basta con aplicar la siguiente fórmula:

$$\phi = \frac{\lambda_t}{E_t} ,$$

donde por λ_t se denotan ambos tipos de salidas (nacido vivo y defunción fetal). Luego se estima la función de permanencia con un proceso iterativo, que es usual en la construcción de tablas de mortalidad poblacionales (Ortega, 1987)⁽¹⁸⁾.

Como los eventos nacido vivo y defunción fetal son antagónicos, sus correspondientes riesgos están en competencia, por lo que corresponde realizar las estimaciones desde la perspectiva de la Teoría de Riesgos Competitivos (Chiang, 1980)⁽¹⁹⁾.

Para la estimación de las funciones de riesgos vitales en ausencia de competencia se procedió como se explica a continuación:

Si se parte de los embarazos en curso al inicio de la semana t , E_t , entonces

$$V_t = \frac{D_t}{E_t - 0.5 \cdot B_t}$$

es la estimación del riesgo de expulsión de una defunción fetal, es decir, la probabilidad de que un embarazo termine en una defunción fetal entre las duraciones t y $t+1$. En el denominador de esta fórmula aparece una corrección que pretende refinar la cantidad de embarazos que están expuestos al riesgo de terminar en defunción fetal: considerar a los embarazos que estarían expuestos al riesgo de terminar en nacidos vivos- que es el otro evento antagónico a la

defunción y que ahora se someten al riesgo de muerte fetal- expuestos sólo medio período de tiempo al riesgo de muerte fetal dentro del intervalo (t, t+1). Precisamente, este es el principio básico de estimación de riesgos aislados a partir de información obtenida cuando los riesgos actúan en competencia (Chiang, 1980)⁽²⁰⁾.

Análogamente, la probabilidad de que un embarazo salga del proceso en ese lapso en forma de nacido vivo es

$$\eta_t = \frac{B_t}{E_t - 0.5 \cdot D_t}$$

La función de permanencia correspondiente a un tipo de evento terminal (sea defunción fetal o nacido vivo) se obtiene asumiendo una raíz de la tabla, l_0 , igual a una cantidad positiva, en este caso 1. Luego, aplicando las iteraciones

$$l_0 \cdot v_0 = d_0; l_0 - d_0 = l_1; \dots; l_t \cdot v_t = d_t; l_t - d_t = l_{t+1} \text{ en caso de muerte fetal y}$$

$l_0 \cdot \eta_0 = d_0; l_0 - d_0 = l_1; \dots; l_t \cdot \eta_t = d_t; l_t - d_t = l_{t+1}$ en caso de nacido vivo, se obtienen las respectivas funciones de permanencia.

A partir de aquí se confeccionaron tablas de mortalidad, en las cuales se aislaron los eventos perturbadores para realizar las estimaciones de riesgos vitales en estado puro, sin la influencia de eventos perturbadores.

Las tablas en las que se aíslan los eventos perturbadores, ofrecen estimaciones de las tres funciones como si cada riesgo actuara solo en la población, permitiendo estudiar el efecto aislado de los eventos fuera de la competencia.

Estas estimaciones se desagregaron según un grupo de factores de corte biológico y sociodemográfico, de la gestante y del producto de la concepción, con lo cual se refinaron las mismas.

Se confeccionaron gráficos para representar los riesgos de expulsión según el tipo de hecho vital (nacido vivo, muerte fetal) y la curva de permanencia de los embarazos en curso.

Se hizo uso también de una serie de medidas de posición y de tendencia central (media, moda, mediana, cuartiles) útiles para describir la permanencia en el estado fetal.

Para la determinar cuáles de las características del producto de la concepción estudiadas constituyen factores de riesgo para el estado terminal defunción fetal.

Se hizo uso de técnicas multivariadas para el análisis de sobrevivencia, como modelos de regresión de riesgos proporcionales. Se calculó el riesgo relativo, con la intención de cuantificar el impacto de los factores de riesgo, (Jenicek, 1988)⁽²¹⁾.

Estos modelos tienen especial aplicación en estudios longitudinales, cuando se trabaja con cohortes no homogéneas y permiten conocer el efecto neto sobre la variable de respuesta, de un factor en presencia de otros, en la interacción simultánea de los mismos. Además, permiten realizar estimaciones tanto con variables categóricas, discretas y continuas. La aplicación de los mismos se hace inmediata a partir de las bases de datos, no obstante, se requieren algunas precauciones: en caso de identificarse la existencia de multicolinealidad debe dársele el requerido tratamiento en estos casos a las variables involucradas; debe observarse el carácter monótono en la ordenación de los factores, procurando que las categorías referenciales presenten riesgos extremos (el menor o el mayor); velar porque no se viole el supuesto de proporcionalidad de los riesgos en caso del modelo de riesgos proporcionales.

La detección de aquellos factores con efecto significativo corre a cargo de los resultados del ajuste de los modelos propuestos. Usando combinaciones de los mismos, puede llegarse a establecer gradientes de riesgo para la mortalidad fetal.

Entre los factores de riesgo de muerte fetal señalados por diferentes estudios aparece un conjunto de variables relacionadas con el estilo de vida de la madre, entre las que se incluyen los hábitos tóxicos, hábitos alimentarios, vida sexual y otros relacionados con la biología materna como la presencia de algunas enfermedades, que no fueron incluidos en este estudio.

La información referida a condiciones mórbidas de la madre sólo aparece en el registro de defunciones fetales pero no en el de nacidos vivos, lo que estadísticamente limita su uso en caso de que se hubiera decidido usar al conjunto de los nacidos vivos como grupo control. No obstante, no se descarta la utilidad de la misma desde el punto de vista clínico en un estudio de caso.

Por otra parte, este rubro aparece con deficiencias en su integridad y calidad según opinión de expertos de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública². Presumiblemente la consecuencia más importante de la exclusión de dicha variable es alguna pérdida en el poder explicativo del modelo, cuya magnitud dependerá

² Martínez, M. A. Jefe del Departamento de Estadísticas Vitales. Dirección Nacional de Estadísticas, Ministerio de Salud Pública: Comunicación personal. Octubre, 2005.

de la frecuencia de aparición de la condición mórbida. Este hecho constituye una limitación de este estudio.

El procesamiento de la información se realizó con el uso de los sistemas SPSS versión 11.5 y MS Excel.

CAPÍTULO II: LA PERMANENCIA FETAL

La permanencia fetal se concibe como aquella propiedad o característica del feto de vivir como tal más allá de determinado momento. A diferencia de la edad gestacional, que es cuando se produce el cambio del estado fetal a uno de los dos terminales, la permanencia apunta al hecho de que el embarazo se mantenga en curso como tal.

En condiciones de un desarrollo normal, la permanencia promedio se sitúa alrededor de la semana 38 ó 39, pero en la realidad se sabe que muchos fetos son expulsados anticipadamente y algunos tardíamente.

La ventaja de una permanencia normal radica en el hecho de que el feto se supone que estará a término (lo cual se alcanza en las 37 semanas de gestación) y ello debe garantizar un resultado favorable con la expulsión de un nacido vivo, que además, pueda sobrevivir el primer año de vida y continuar con éxito su desarrollo. Es cierto que en ocasiones, a causa de algunos problemas mórbidos de la embarazada, el parto debe ser anticipado, previendo que los problemas de salud de ella puedan malograr el producto de la concepción³.

Por otro lado, una expulsión anticipada, implica que el desarrollo y crecimiento del producto de la concepción no ha llegado a su término normal y esto tiene consecuencias muchas veces nefastas, con el aumento del riesgo de muerte fetal o, en caso de resultar un nacido vivo, un elevado riesgo de mortalidad infantil. También una permanencia prolongada puede tener consecuencias nefastas para el producto de la concepción.

La permanencia del embarazo se mide a través de la función del mismo nombre y equivale a una función de sobrevivencia de una cohorte de embarazos respecto al evento expulsión. La misma describe la probabilidad que tiene un embarazo de que el cambio de estado se produzca posterior a un momento dado. A través de dicha función se puede

³ “Este es el caso, por ejemplo, cuando la gestante padece alguna entidad como pre-eclampsia, hipertensión del embarazo, ciclemia o diabetes”. Cabeza, E. Jefe del Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Ministerio de Salud Pública: comunicación personal. 2005.

observar cómo se va extinguiendo dicha cohorte bajo el efecto de los riesgos de expulsión fetal.

La función de permanencia, así como los riesgos de eventos vitales se estima a través de la construcción de tablas de vida. En este caso, las tablas son construidas para realizar las estimaciones en estado puro, es decir, como si cada riesgo de expulsión (nacido vivo, defunción fetal) actuara en solitario. Por tanto las mismas se referirán en un caso al estado terminal defunción fetal y en otro al de nacido vivo. Se sabe que las observaciones realizadas reflejan la actuación de los riesgos en estado de competencia, donde cada uno interfiere al otro. Con el propósito de evitar dicha interferencia, y poder captar mejor las regularidades de cada uno, es que se construyen dichas tablas de vida.

A través de las diferentes funciones de la tabla y particularmente la de permanencia, se hizo posible entender la manera en que se efectúa la expulsión del feto, o sea, su calendario o tempo. Por otra parte, la intensidad total, que se refiere al hecho del número de eventos producidos, siempre es 1, es decir, la cohorte se extinguirá en su totalidad. Trátese del estado terminal defunción o nacido vivo, el total de embarazos al inicio de la vigésima segunda semana, será expulsado en su totalidad, por lo cual de lo que se trata es de conocer la forma en que van ocurriendo las expulsiones.

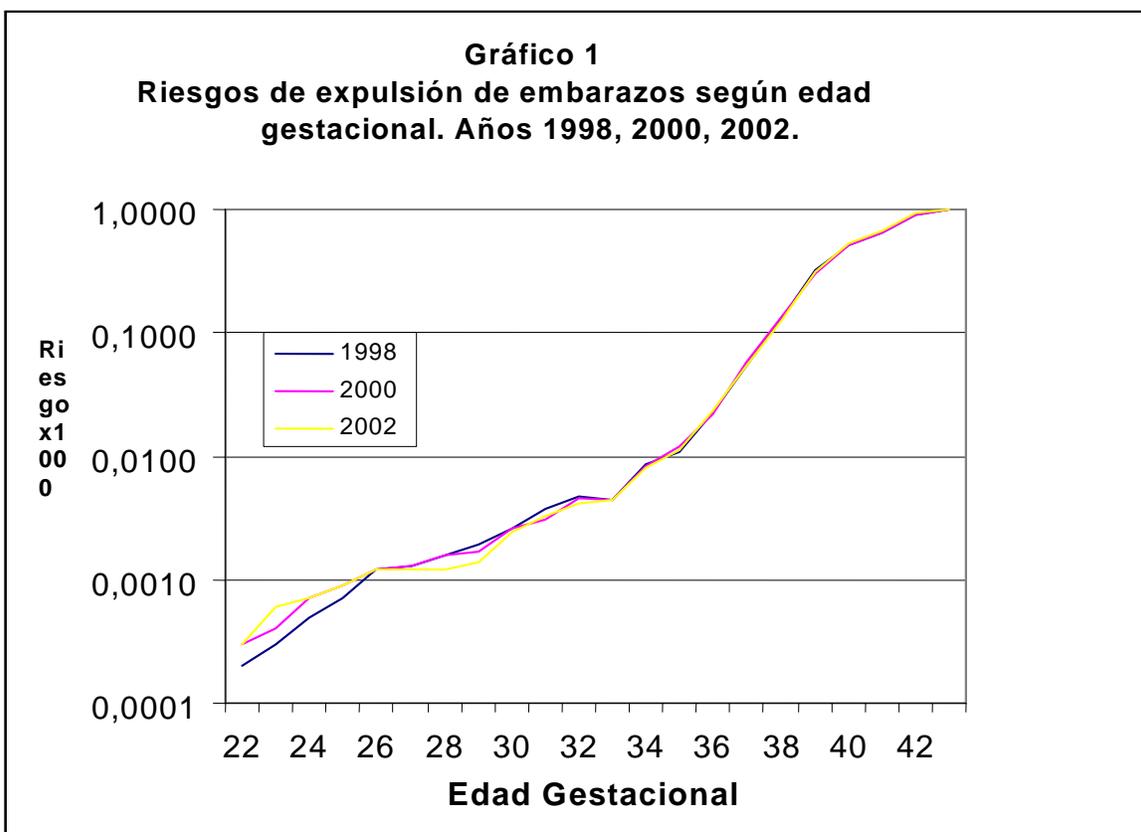
II.1 La permanencia fetal sin distinción de eventos.

En este punto se estudia el proceso del embarazo sin hacer distinción con respecto al tipo de evento terminal. Es decir, las salidas por defunción fetal y nacido vivo se consideran ambas como un solo y único evento.

Con esta perspectiva, se puede apreciar cómo los riesgos de expulsión del feto no han variado sustancialmente entre el año inicial, intermedio y final del período de estudio. El gráfico 1 muestra los detalles. A excepción del tramo correspondiente a 22-26 semanas, donde se advierte un tímido incremento en el riesgo de expulsión para el año 2002 (y luego una ligera caída hasta la 32 semana), las curvas no muestran cambios perceptibles. A propósito del mismo gráfico, se constata que antes de la semana de gestación 25, el riesgo no rebasa una expulsión en mil embarazos; entre la 26 y 33, está entre 1 y 10; entre la 34 y 37 está entre 10 y 100 y a partir de la 38 entre 100 y 1000. Asimismo el crecimiento del riesgo no es totalmente lineal, dándose diferentes intensidades, por ejemplo, la pendiente más pronunciada se presenta desde la semana 33 hasta la 39,

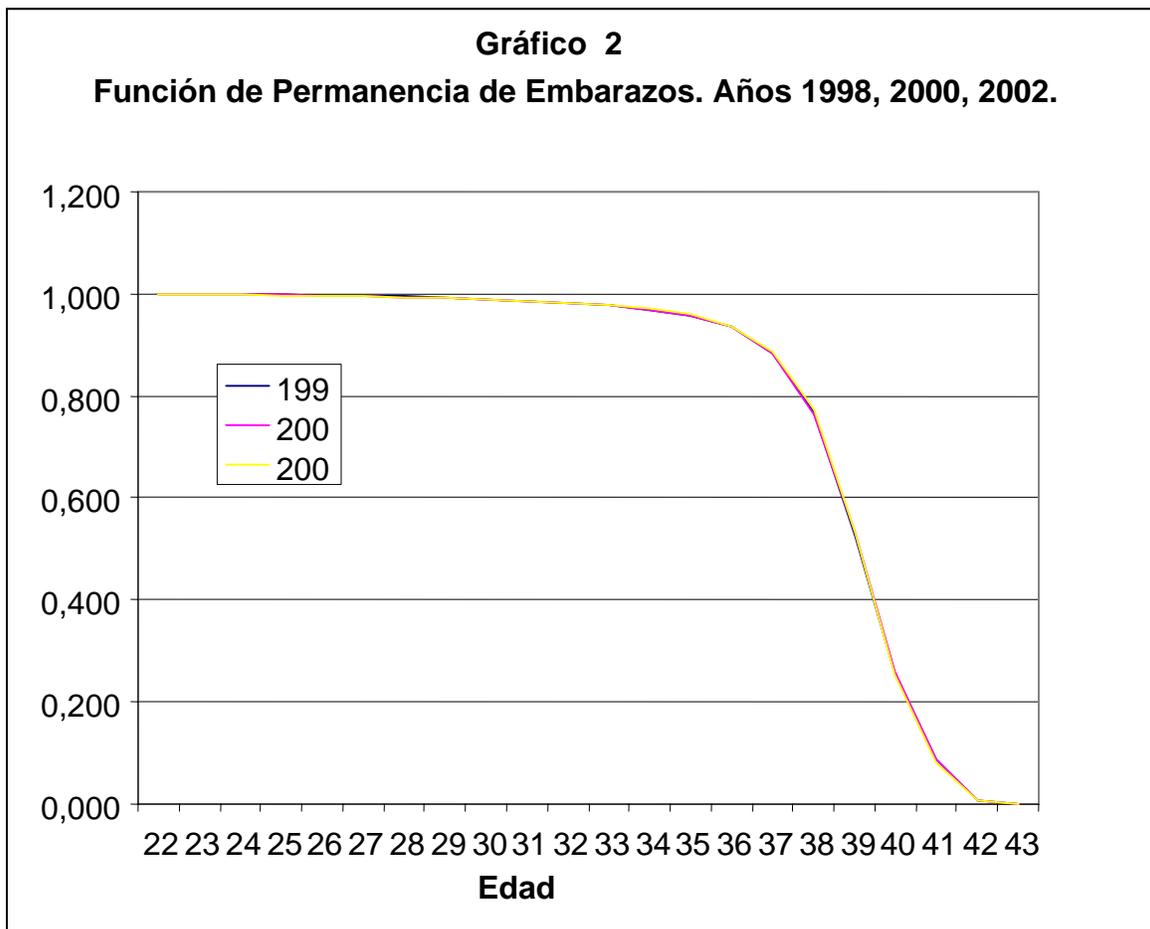
luego le sigue el lapso de la 22 a la 26 y por último de la semana 26 a la 32 se observa la menor. A partir de la semana 40, la curva se hace asintótica.

La pobre diferenciación entre las tres curvas de riesgos va a determinar que la permanencia fetal no muestre tampoco cambios sustanciales. A la sazón, el gráfico 2 indica que las curvas de esos años se superponen, haciéndose difícil distinguir el orden que ocupan.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones

El valor de la mediana de la permanencia (que expresa la duración hasta la cual un número de embarazos igual al 50% de la cantidad a inicios de la semana 22 aún no ha sido expulsado) para esos tres años (40,09; 40,11; 40,11), evidencia que en esencia el progreso ha sido muy discreto, con una ligerísima ventaja de dos centésimas para los dos últimos años.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones

II.2 La permanencia fetal según el evento terminal.

A continuación se expone el análisis de la permanencia fetal según sea el evento terminal un nacido vivo o una defunción fetal. No es ocioso insistir en la estrategia seguida: consiste en la construcción de tablas de vida asumiendo que cada uno de los riesgos vitales de expulsión actúa en estado puro, o sea, sin la interferencia del otro evento antagónico o perturbador. En la literatura estadístico-probabilística esto se conoce como la teoría de riesgos competitivos.

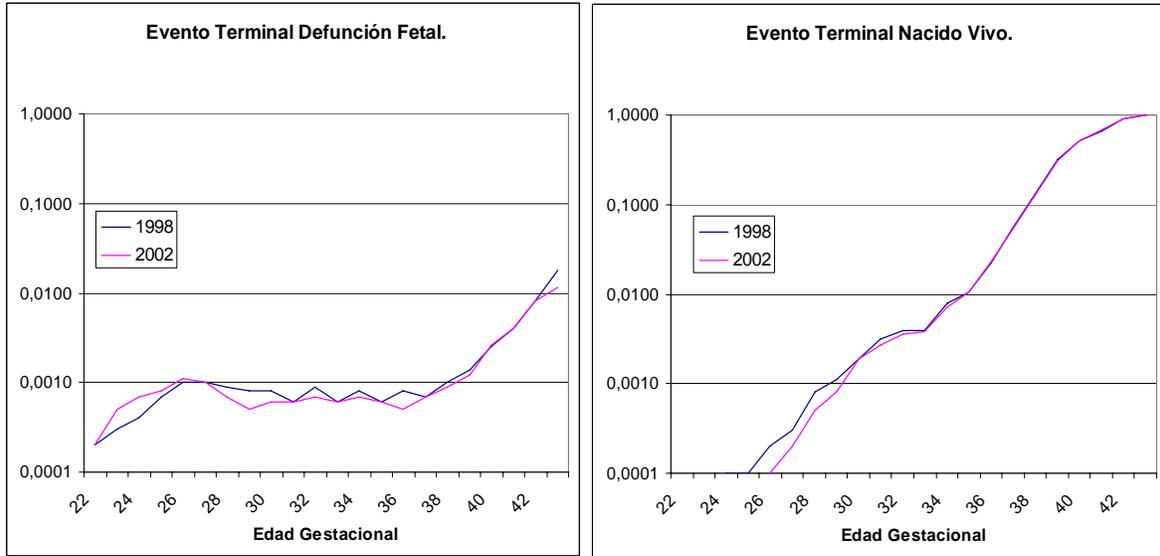
Este enfoque permite responder a interrogantes como la siguiente: ¿cuál sería la sobrevivencia fetal en caso de que cada uno de los riesgos vitales de expulsión, actuara en forma aislada, es decir, como si fuera el único riesgo prevaeciente en el universo de embarazos?

Un supuesto básico es precisamente asumir que los embarazos salvados de ser expulsados por el riesgo no presente, estarán sometidos al riesgo de expulsión del evento presente. Por ejemplo, si se asume que sólo el riesgo de muerte fetal está presente, entonces los embarazos que hubieran sido expulsados como nacidos vivos y que ahora se salvan de esa expulsión, estarán bajo la exposición del riesgo de expulsión de muerte fetal.

Los riesgos de expulsión, así como la permanencia fetal vistos ahora desde la óptica de los eventos vitales no han variado sustancialmente. Los gráficos 3 y 4 así lo constatan (dada la similitud de los patrones sólo se expone a continuación la situación en los años inicial y final del período de estudio).

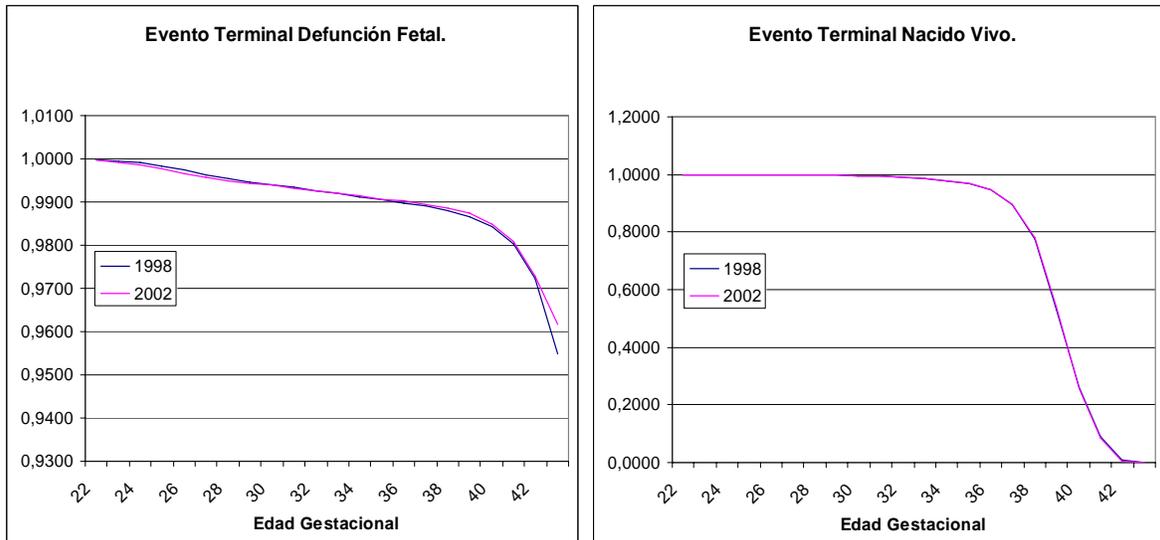
La curva descrita por el riesgo de muerte fetal correspondiente al año 2002 se mantiene por encima de la de 1998 hasta la duración 26 semanas donde ambas coinciden y alcanzan un valor de una defunción por mil embarazos, luego ambas descienden formando una concavidad hasta la semana 37, es en este lapso donde la mortalidad fetal alcanza un mínimo valor de riesgo. En este tramo predomina el riesgo del primer año, para superponerse a partir de la duración 38 semanas, continuando ambas con un crecimiento exponencial. Llama la atención que precisamente a la edad gestacional en la cual se supone que el feto está a término (semana 37) sea también el momento en el cual el riesgo de mortalidad comienza a tener un crecimiento marcado.

Gráfico 3
Riesgos de Expulsión según Evento Terminal. Años 1998 y 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico 4
Función de Permanencia de Embarazo según Evento Terminal. Años 1998 y 2002.



Algunos autores han situado el mínimo entre la 39 y la 40 semana y un crecimiento acelerado del riesgo a partir de la 41, en ocasión de estimar la tasa de mortalidad perinatal debida a causas no explicadas, aportando evidencias de que las defunciones fetales sin causa aparente ocupan alrededor de la cuarta parte de todas las defunciones (Yudkin, 1987)⁽²²⁾. En este sentido expertos cubanos coinciden con estos planteamientos⁴. En indagaciones realizadas por el autor sobre los eventos vitales con 37 ó más semanas de edad gestacional, se constató que las diferencias existentes en las variables estudiadas según el caso sea nacido vivo o defunción fetal, no aportan una razón sustancial para explicar este comportamiento. Por ejemplo, existen embarazos con todas las características adecuadas de la gestante y del producto de la concepción (edad gestacional, peso, tipo de embarazo, edad de la madre, historia genésica previa) como para esperar un resultado positivo, sin embargo finalizan en defunción fetal.

En este mismo orden Wilcox ha destacado el papel de la edad gestacional como un poderoso predictor del peso y la estrecha relación de este último con la mortalidad perinatal, pero a su vez ha insistido en que los estudios convencionales han sobrevalorado el papel del peso en el resultado del embarazo (Wilcox, 1992)⁽²³⁾.

Se interpreta que existen mecanismos reguladores del embarazo y otras peculiaridades de la fisiología del mismo que superan las estudiadas en este trabajo y que son responsables directos de esos resultados.

Por su parte, las curvas de riesgo de expulsión de nacido vivo son prácticamente coincidentes en ambos años, a excepción del tramo antes de la edad gestacional 30 semanas. La curva alcanza el valor de un nacido vivo por mil embarazos alrededor de la duración 29 semanas; a la altura de la 35 va a superar los 10 nacidos vivos por mil embarazos y aproximadamente a la 38 comienza a exceder los 100 nacidos vivos.

El hecho de que los riesgos de expulsión hayan mostrado el comportamiento descrito arriba, habla un poco a favor de que los resultados no muestran evidencias de traspaso de nacidos vivos fallecidos tempranamente, hacia el grupo de las defunciones fetales; esto es, el falso nacido muerto. De la forma que han sido elaboradas las estimaciones se garantiza que, de existir dicho traslado, su efecto se vería reflejado en una tendencia al aumento del riesgo de defunción fetal y una disminución del de nacido vivo en el tiempo. El gráfico III.2.1 muestra que solamente antes de la semana 26, se da una ligera

⁴ "Alrededor del 25% de las causas de muerte fetal se desconocen".Cabezas, E. Jefe del Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Ministerio de Salud Pública. Comunicación personal. 2005.

supremacía del riesgo de muerte fetal en 2002, con respecto al de 1998, al mismo tiempo que la probabilidad de expulsión de nacido vivo experimenta una disminución que llega hasta la semana 30. Luego, el riesgo de mortinato es permanentemente inferior en el año 2002 y el de nacido vivo es coincidente en ambos años.

Esta breve reflexión conduce a pensar que los resultados exitosos en la disminución de la mortalidad infantil en Cuba, no se apoyan en la trasgresión del concepto de nacido vivo⁵.

Los valores de la sobrevivencia fetal según el evento terminal son similares en el año inicial y final del período de estudio. La sobrevivencia mediana para las defunciones está alrededor de las 43 semanas en ambos años y la de nacido vivo es de 40,11 y 40, 14 semanas respectivamente para 1998 y 2002. Una diferencia de sólo tres centésimas, aproximadamente 5 horas.

Es un hecho cierto que aquellos fetos con 1000 ó más gramos de peso, que son extraídos del vientre materno por recomendación del Programa de Consejería Genética existente en Cuba, engrosan el contingente de las defunciones fetales. En una tentativa de medir el efecto que dicho programa tiene sobre el incremento de la tasa de mortalidad fetal, se estimó que por esa razón dicha tasa aumentó en 4,27% para 1998; 2,41 para 2000 y 2,78 en el 2002. Aunque se reconoce que este efecto no es totalmente responsable de la tendencia observada en la mortalidad fetal, sin dudas hace una contribución importante.

La sobrevivencia fetal resulta mayor cuando la salida es defunción fetal que cuando es nacido vivo. Lógicamente, los riesgos de expulsión de este último son permanentemente superiores después de la duración 29 semanas y por tanto su efecto depredador es mayor, lo que merma más rápidamente a la cohorte.

A continuación se verá que al realizar las estimaciones desagregadas según algunas variables de la gestante y el producto de la concepción, en ocasiones se advierten diferencias importantes.

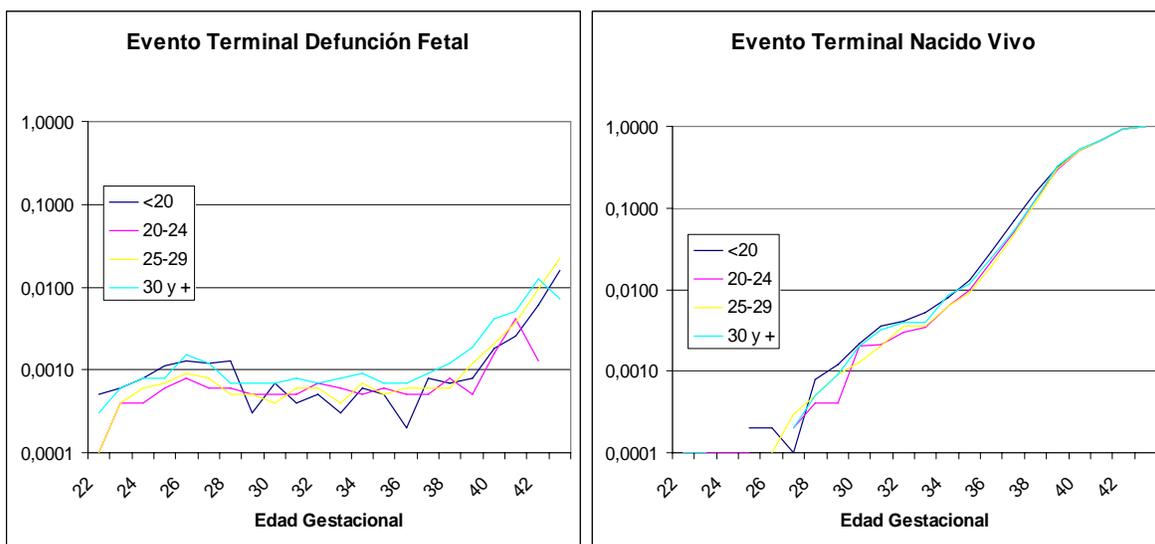
⁵ Según la División de Población de las Naciones Unidas “nacido vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, con independencia de la duración de la gestación, de un producto de la concepción que, luego de la separación de la madre respira o exhibe algún tipo de signo vital como pulsaciones del cordón umbilical, latidos del corazón, movimientos de músculos involuntarios, etc.”

Edad de la madre

En el gráfico 5 se aprecian las curvas de riesgos correspondientes a los distintos grupos de edad, según el estado terminal del embarazo. Cuando se trata de defunción fetal, la mayor probabilidad de expulsión se ubica en el grupo de 30 y más años, luego le sigue 25-29 y con riesgo menor, el de 20-24 años. Las menores de 20 presentan un comportamiento fluctuante que las ubica en ocasiones con un riesgo menor, pero en realidad puede deberse a un escaso número de observaciones que hace que las estimaciones sean menos estables.

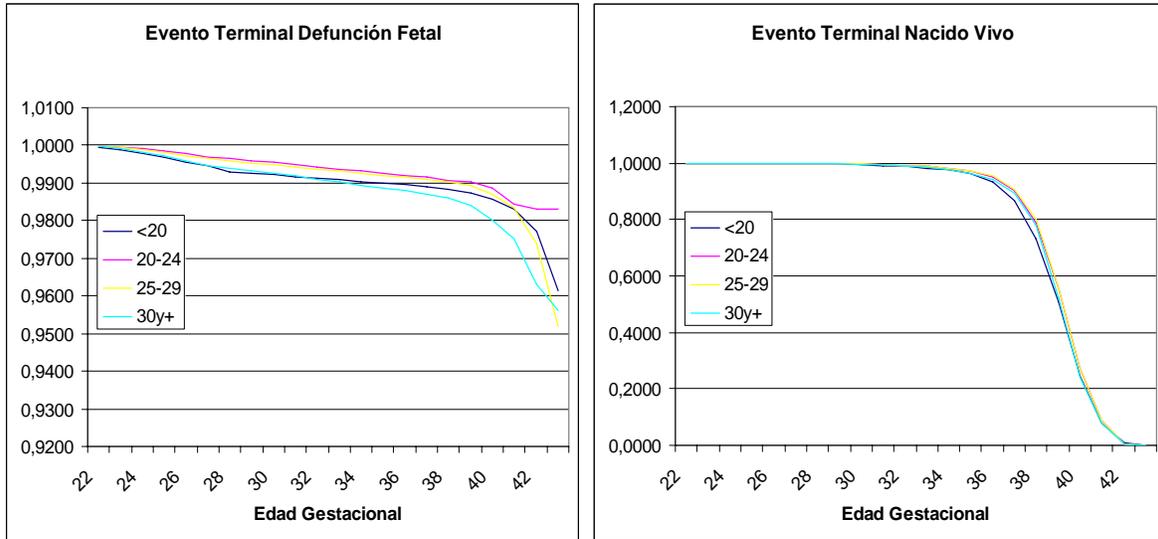
El estado de nacido vivo presenta mejor estabilidad en las series, correspondiendo a las menores de 20 años y a las de 30 y más los riesgos más elevados y el menor a los grupos 20-24 y 25-29.

Gráfico 5
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Edad de la Madre. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico No. 6
Función de Permanencia de Embarazos según Edad de la
Madre. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Como consecuencia de la configuración de los riesgos vitales se tendrá correspondientemente otra para la permanencia. Cuando el evento final es la defunción, el nivel mayor de permanencia es para el grupo 20-24 años, seguido de 25-29, y por último el de 30 y más. Las menores de 20 años ocupan una posición de terceras. Cuando el evento terminal es el nacido vivo, la configuración tan superpuesta de las curvas apenas permite hacer una distinción precisa. No obstante se percibe que las curvas superiores corresponden a los grupos 25-29 y 20-24 y como último lugar lo tienen las menores de 20 años. La permanencia mediana, utilizada como valor resumen de la sobrevivencia fetal, indica que en efecto el orden anterior es el más plausible (39.96 para <20; 40.15 en 20-24; 40.18 para 25-29 y 40.05 en 30 y más).

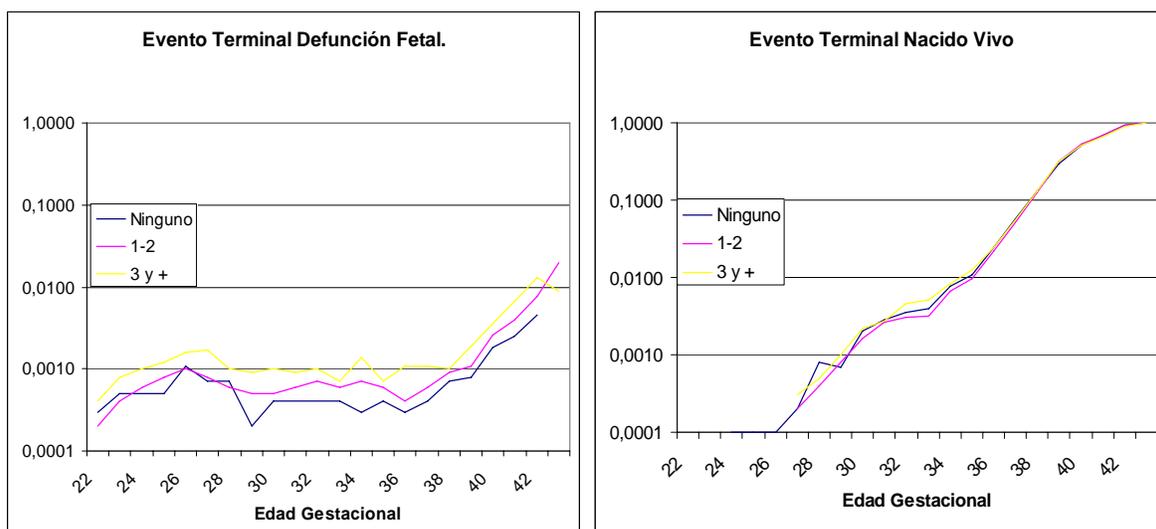
Embarazos previos

El número de embarazos previos discrimina más cuando el evento estudiado es la muerte fetal y apenas establece diferencias en los niveles de riesgo cuando el evento terminal es un nacido vivo.

El riesgo de expulsión de un mortinato es evidentemente mayor para la categoría 3 y más embarazos previos, siguiéndole 1-2 y, al final con valor mínimo el del grupo ninguno. Aquí también se observa la configuración del riesgo con tendencia al crecimiento exponencial a partir de la semana 37 (gráfico 7).

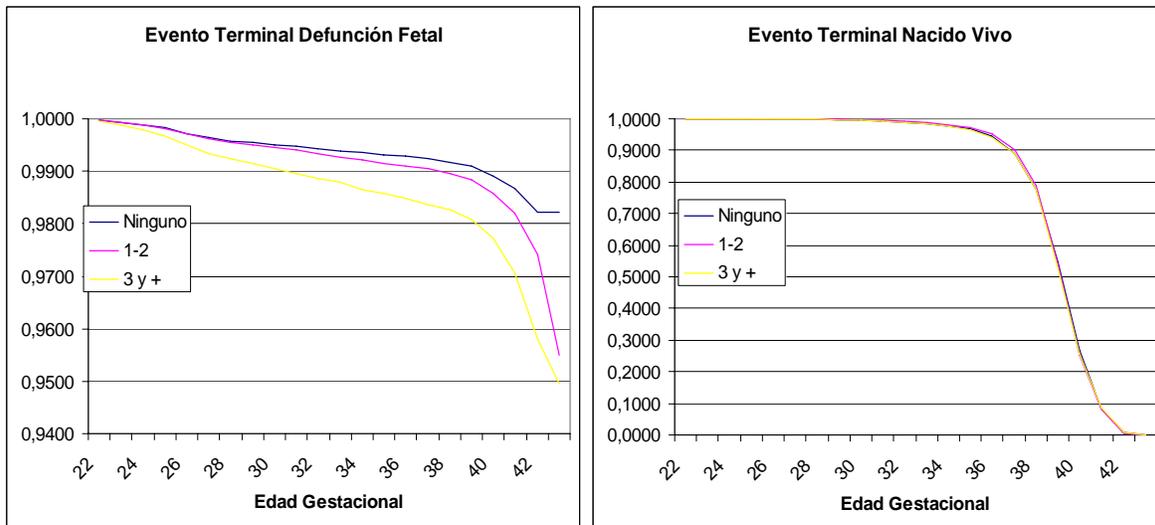
Las diferencias para el evento terminal nacido vivo aunque pequeñas son apreciables gráficamente. La categoría de 3 y más embarazos previos posee la curva más elevada, pero ahora se observa que la clase 1-2 es la que presenta menores valores. A pesar de ello, después de la semana 36 prácticamente coinciden todas.

Gráfico 7
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Embarazos Previos.
Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico 8
Función de Permanencia de Embarazos según Embarazos Previos. Año 2002.



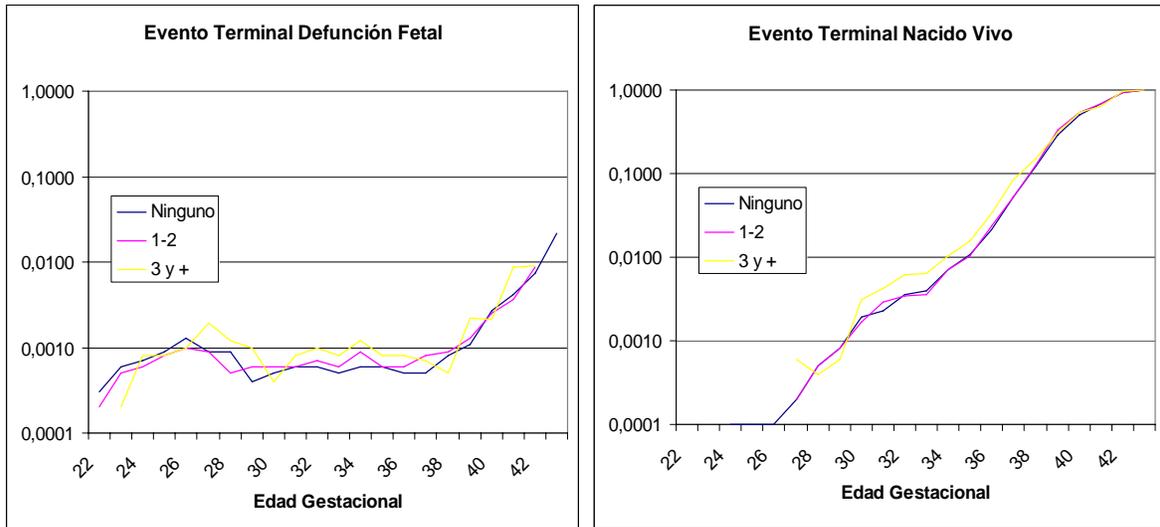
Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Las diferencias en los niveles de sobrevivencia se aprecian nítidamente cuando el evento estudiado es la defunción fetal, para lo cual la escala presentada ofrece ventajas. Corresponde a la categoría de ningún embarazo previo el mayor y a 3 y más el menor. Cuando se trata de nacido vivo, las curvas están tan superpuestas que se hace difícil distinguirlas, aunque parece que la clase 1-2 embarazos previos tiene alguna supremacía (Gráfico 8). En efecto, si se miran los valores medianos se ratifica que es esa clase la que posee una mínima ventaja (40.13 en ninguno; 40.16 en 1-2 y 40.11 en 3 y más).

Nacidos vivos previos

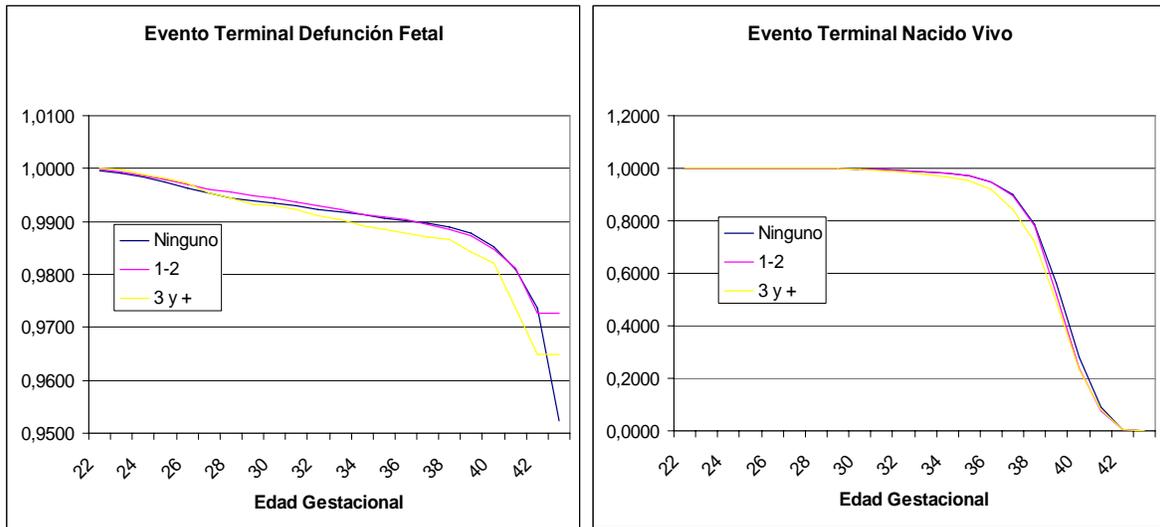
El número de nacidos vivos previos establece un patrón de riesgo y sobrevivencia por evento terminal muy similar al anterior. Los riesgos de mortalidad fetal mayores se ubican en las embarazadas con 3 y más nacidos vivos tenidos anteriormente. Las otras dos categorías están muy cercanas e incluso entrecruzan sus valores. Igual comportamiento manifiestan los riesgos de nacido vivo, siempre con la premisa de ser las diferencias menores que en el primer caso (gráfico 9). Parece ser una regla que el riesgo de expulsión fetal presente un diferencial mayor si el evento terminal es una pérdida intrauterina, lo cual tiene su efecto en la permanencia: el patrón es similar al caso de embarazos previos pero con la salvedad de que en éste la brecha es mayor entre las dos primeras categorías y la última, en el estado terminal de muerte fetal (gráfico 10).

Gráfico 9
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Nacidos Vivos Previos.
Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico 10
Función de Permanencia del Embarazo según Nacidos Vivos Previos. Año
2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Los nacidos vivos presentan también un ligero distanciamiento en las curvas de sobrevivencia de las dos primeras categorías respecto a la última. Los valores medianos de permanencia (40.21 en ningún nacido vivo previo; 40.07 en 1-2 y 39.96 para 3 y más) ponen de manifiesto unas diferencias algo más acentuadas que en el caso de embarazos previos.

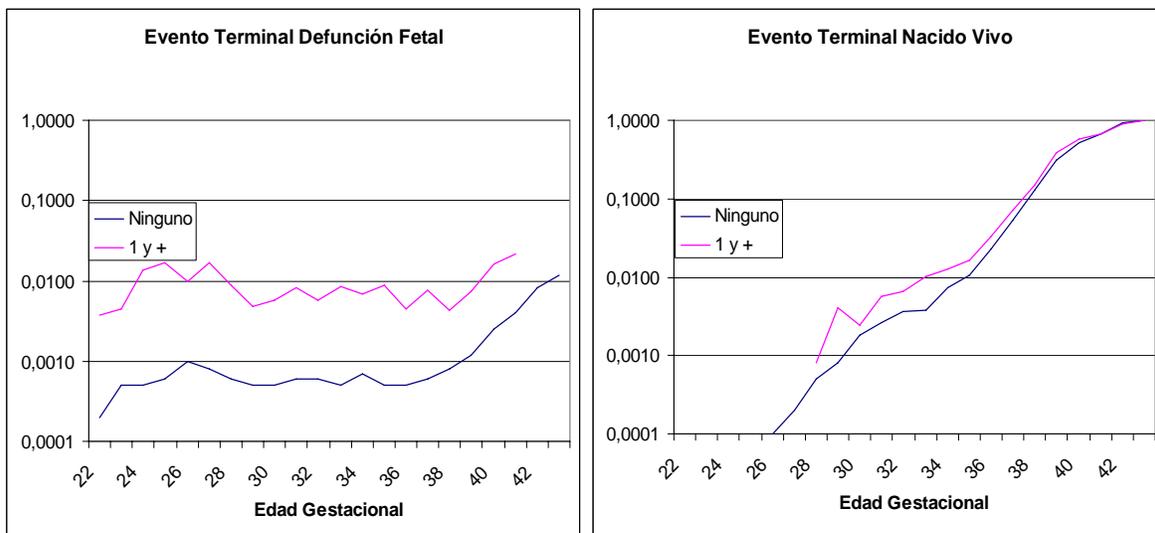
Nacidos muertos previos

En esta ocasión, se observan diferencias muy pronunciadas en ambos eventos terminales, aunque mayores para el estado mortalidad fetal (gráficos 11 y 12). La categoría en desventaja, aquella con mayores riesgos de expulsión y por ende menor permanencia, lógicamente es la que agrupa a las gestantes con experiencia previa de mortalidad fetal.

La brecha más pronunciada en la permanencia corresponde al caso de expulsión de muerte, comparativamente con el evento nacido vivo. Note por ejemplo, que para la semana 40, la cohorte con experiencia de mortalidad previa, ya ha expulsado un 15% de los embarazos, mientras que aquella sin ningún nacido muerto, aún conserva más del 95% de sus efectivos.

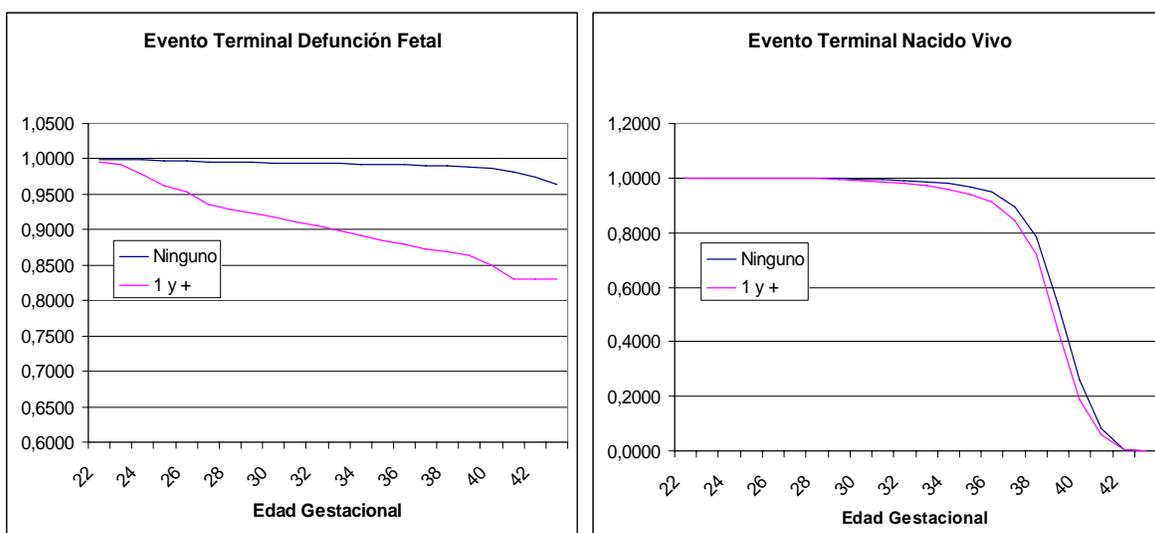
La disparidad de la sobrevivencia entre las categorías del estado nacido vivo se hace más patente al comparar los valores medianos: 40.14 semanas para la categoría ninguno y 39.79 en 1 y más. Aquí se pone de manifiesto que un antecedente de experiencia de mortalidad fetal, se asocia a una permanencia menor y podría estar refiriendo alguna predisposición genética de esas gestantes.

Gráfico 11
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Nacidos Muertos
Previos. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fatales

Gráfico 12
Función de Permanencia de Embarazos según Nacidos Muertos Previos.
Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones

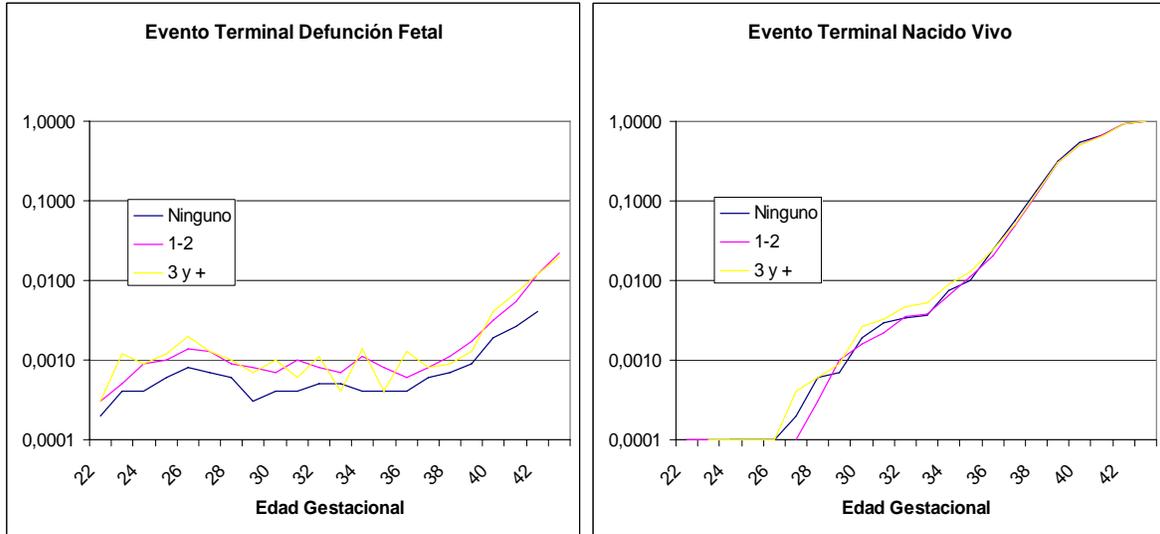
Abortos

En el caso de esta variable las curvas de riesgos de defunción fetal se ordenan de mayor a menor desde la categoría 3 y más abortos (aunque fluctuante) a ninguno, pasando por 1-2. Los riesgos para nacido vivo sin embargo, van desde 3 y más hasta ninguno igualmente, pero a partir de la semana 37 la curva de esta última supera a las restantes (gráfico 13).

La sobrevivencia fetal por muerte más elevada corresponde a ningún aborto previo, mientras que cuando se considera el evento terminal nacido vivo, es la categoría de 1-2 abortos la que presenta la permanencia más elevada, cuestión que no se observa nítidamente en el gráfico pero que los valores medianos atestiguan: 40.10; 40.18 y 40.15 respectivamente. Obsérvese como en este caso la categoría 3 y más abortos supera ligeramente a ningún aborto (gráfico 14) como consecuencia de la elevación del riesgo de expulsión en esta última categoría después de la semana 37.

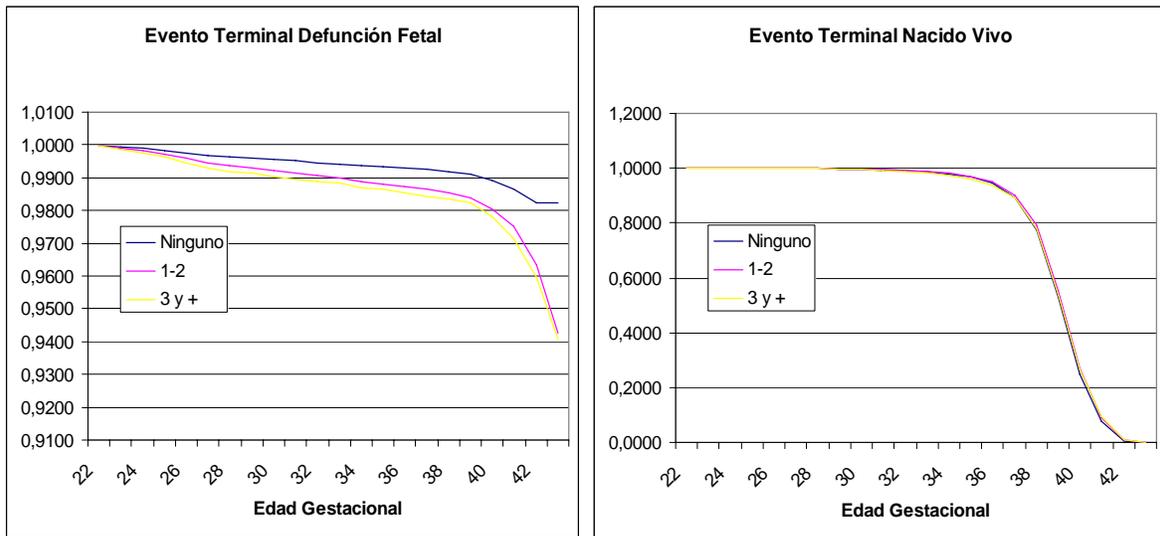
El aborto es una práctica invasiva al sistema reproductivo de la mujer y concretamente puede considerarse una especie de agresión a un proceso natural, el embarazo. Sin embargo, las diferencias observadas no superan a la de los anteriores eventos reproductivos previos (excepción hecha para los embarazos previos en donde la diferencia en la sobrevivencia entre categorías cuando el evento terminal es nacido vivo, es la mínima, dándose entre sus dos últimas la mayor brecha), situando la diferencia más acentuada entre sus dos primeras categorías. Para los nacidos vivos previos, sin embargo es entre la primera y última que se da la mayor diferencia en la sobrevivencia fetal y es esta la variable de la historia genésica previa, que impone mayores brechas entre las curvas, después de los nacidos muertos previos.

Gráfico 13
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Abortos.
Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico 14
Función de permanencia de Embarazos según Abortos.
Año 2002.



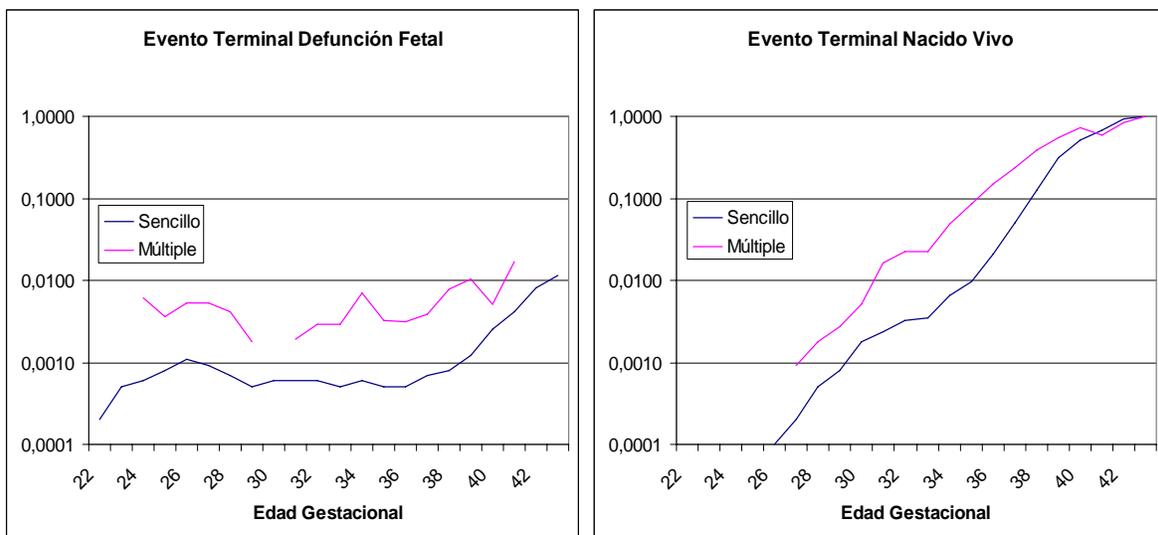
Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales

Tipo de embarazo

Como se ha reiterado, el embarazo múltiple posee una probabilidad más elevada de terminar en una defunción fetal que uno sencillo. Estas dos categorías poseen un poder discriminatorio elevado para distinguir sus respectivas curvas de riesgos y permanencia fetal en caso de ambos eventos terminales. Las probabilidades de salida hacia cualquiera de los dos estados terminales son más elevadas para los embarazos múltiples (gráfico 15).

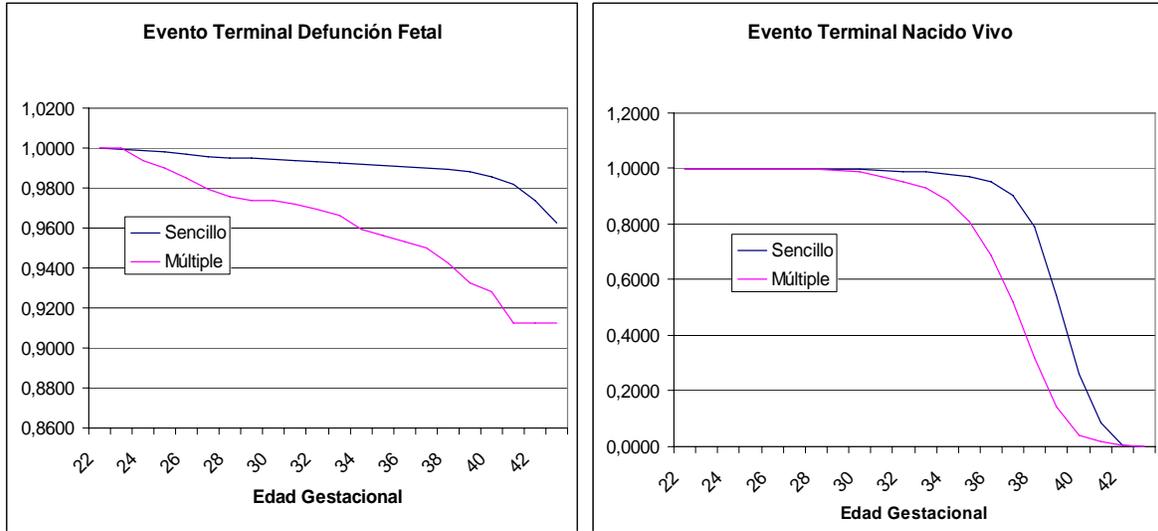
La sobrevivencia fetal presenta, como reflejo de la diferencia de los riesgos entre las dos categorías, una brecha pronunciada, especialmente en el estado terminal nacido vivo. Por ejemplo, para la semana 39, en este estado, el 80 % de los embarazos aún están en curso en la categoría sencillo, mientras que en la múltiple queda alrededor del 20% de la cohorte original. En el estado terminal defunción, los porcentajes son aproximadamente 99 y 93 respectivamente, acusando una menor diferencia. En efecto, los valores de la mediana de permanencia para las defunciones en ambas categorías están en la clase de la semana 43 y para los nacidos vivos las cifras son de 40.16 y 38.11 semanas respectivamente. Hasta este punto, esta es la mayor diferencia observada en la sobrevivencia cuando el evento final es nacido vivo, superando la correspondiente a los nacidos muertos previos (gráfico 16).

Gráfico 15
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Tipo. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales

Gráfico 16
Función de permanencia de Embarazos según Tipo. Año 2002.

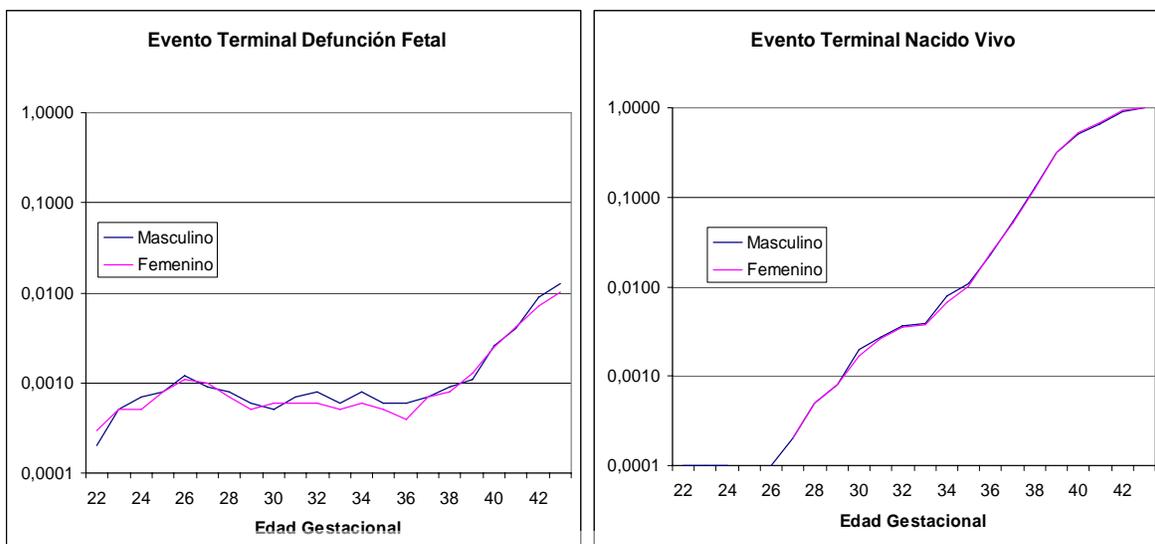


Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Sexo

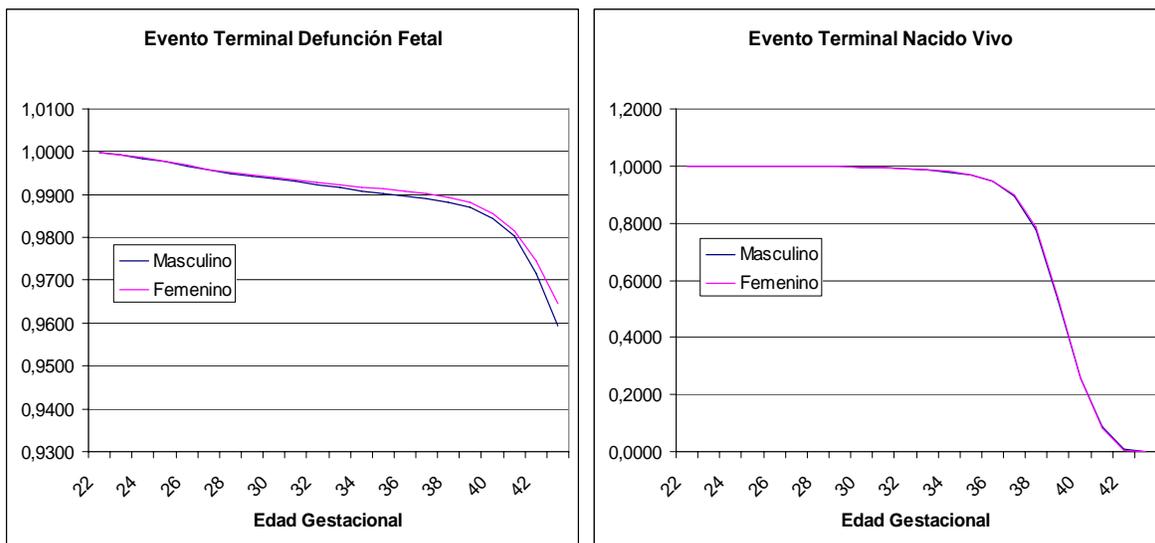
Aunque la diferencia no es muy marcada, los fetos varones tienen riesgos de expulsión superior a las hembras en ambos eventos terminales, por lo que sus respectivas permanencias son menores: para los nacidos vivos corresponde una mediana de 40.12 a los varones y 40.15 a las hembras, una diferencia de solo tres centésimas. Para el evento terminal defunción se da una situación similar, aunque la escala magnifica más la diferencia. Evidentemente esto no podría justificar ni tan siquiera parcialmente, el exceso de riesgo de mortalidad infantil masculina, aduciendo que los nacidos vivos femeninos han tenido una maduración fetal mayor, lo que podría hacerlos más resistentes. La explicación está más allá del proceso del embarazo, quizás en la genética de la reproducción.

Gráfico 17
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Sexo. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Gráfico 18
Función de Permanencia de Embarazos según Sexo. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Peso

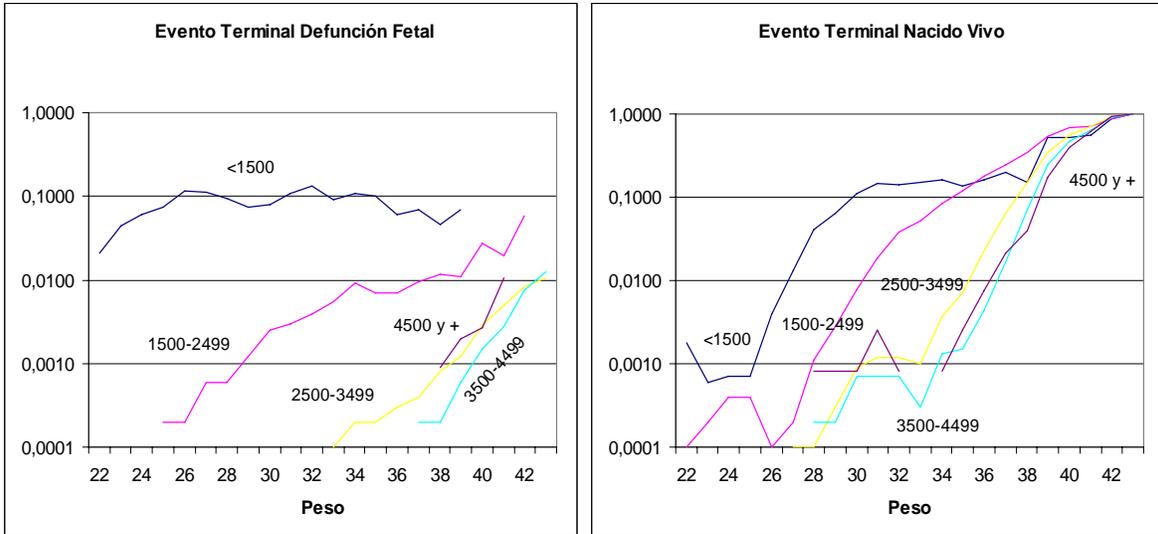
El peso es un resumen del desarrollo y crecimiento fetal y como tal refleja matices importantes de ese desarrollo.

Las curvas de riesgos de expulsión de muerte fetal presentan un gradiente descendente desde los pesos menores a los más elevados, excepción hecha para la categoría de 4500 y más gramos que se sitúa casi encima de 2500-3499. En las clases de peso más elevadas, las curvas de riesgo se manifiestan posteriores a la semana 36 y en un rango más estrecho, en correspondencia con el desarrollo fetal alcanzado.

Las probabilidades de expulsión de nacido vivo guardan un orden parecido al anterior, con la salvedad de que en este caso las clases 3500-4499 y 4500 y más coinciden en el puesto más bajo y menos de 1500 y 1500-2499 se cruzan al final. Los riesgos asociados a las categorías de peso más altas se manifiestan con posterioridad a la semana 32 de gestación.

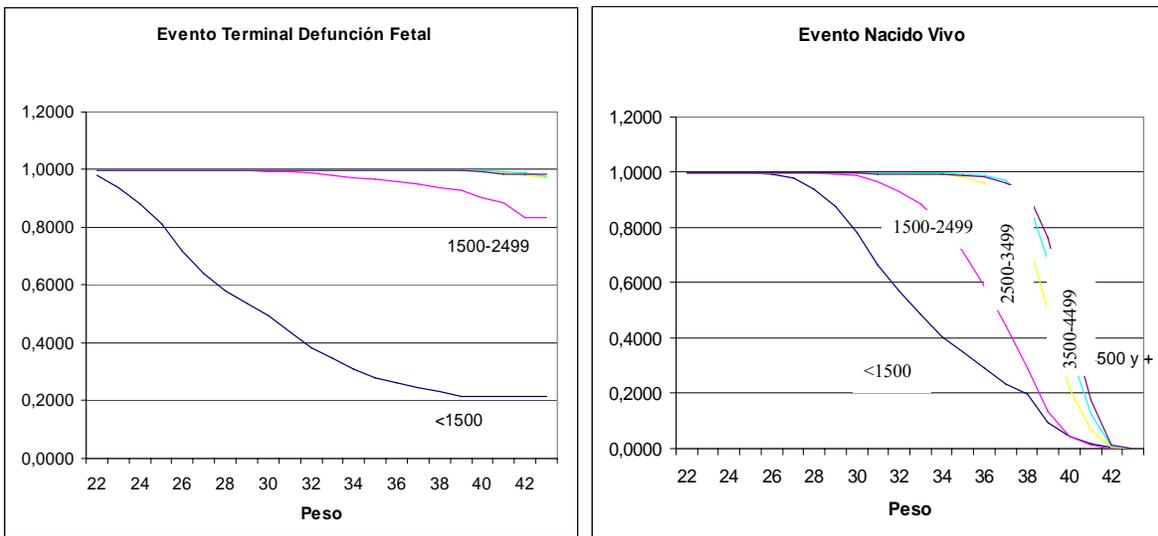
Puede afirmarse que las diferencias más notorias en la sobrevivencia fetal tienen lugar entre las categorías del peso. Para el evento terminal defunción fetal, se advierte la correlación positiva entre el nivel de la misma y el peso y, la disparidad que presentan los embarazos con partos de fetos inmaduros (menos de 1500 gramos): la merma acaecida a esta cohorte la sitúa a la altura de la semana 40, con sólo el 20% de embarazos en curso (mediana de 30.85), en contraste con las restantes categorías que se mantienen por encima del 80%. Las clases de peso superior a 2499 gramos, comparten una sobrevivencia similar con un valor mediano ubicado en la semana 43.

Gráfico 19
Riesgos de Expulsión de Embarazos según Peso. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales

Gráfico 20
Función de Permanencia de Embarazos según Peso. Año 2002.



Fuente: Elaborado a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

En los nacidos vivos, se mantiene la correlación positiva peso- permanencia, con las mayores brechas entre las dos categorías de menor peso (valores medianos de: 33.82; 37.61 respectivamente) y las tres restantes. A partir de 2500 gramos (cota inferior del normo peso), las diferencias se amortiguan, constatándose un valor de la posición media de 39.99, 40.57 y 40.88 semanas en las tres últimas clases.

Como colofón de este capítulo, se presentan a continuación las categorías en que se alcanzan los valores mínimos de mortalidad fetal e infantil según cada variable, con la indicación de la permanencia fetal media (valor mediano) para la categoría, en caso del estado terminal nacido vivo.

Cuadro 2. Categorías de variables en que se alcanzan valores mínimos de mortalidad fetal e infantil. Estado terminal Nacido Vivo. Año 2002.

Variable	Mínimo mortalidad fetal	Mínimo mortalidad infantil	Permanencia Fetal Mediana (semanas)
Edad de la Madre	20-29 años	20-29 años	40.20
Sexo	Femenino	Femenino	40.15
Peso	2500-4499 gramos	2500-4499 gramos	40.00; 40.57
Tipo de Embarazo	Sencillo	Sencillo	40.16
Embarazos previos	Ninguno, 1-2	Ninguno, 1-2	40.13; 40.16
Nacidos Vivos Previos	Ninguno, 1-2	Ninguno, 1-2	40.07; 40.21
Nacidos Muertos Previos	Ninguno	Ninguno	40.14
Abortos	Ninguno	Ninguno, 1-2	40.10; 40.18

En una tentativa por identificar la permanencia óptima o más adecuada, el debate se sitúa entre la mortalidad fetal y la infantil. Un criterio de bondad para resolver tal dilema podría ser el de seleccionar la permanencia asociada a las categorías que minimicen tanto el riesgo de muerte fetal para los embarazos como el de mortalidad infantil para los nacidos vivos.

Existe una gran coincidencia con respecto a las categorías o clases donde se sitúan los valores mínimos de las dos mortalidades. Respecto al peso, es destacable que los valores mínimos no contemplan a la categoría 4500 gramos y más, que resultó ser la de mayor

permanencia fetal. Esto es debido a que en esta categoría no se minimiza el riesgo de muerte fetal ni de mortalidad infantil y por tanto la sobrevivencia fetal mostrada no es la más conveniente aunque sea la más alta. Parece ser entonces que la conveniencia está ubicada en la semana 40, en la cual ocurre alrededor del 28% de las expulsiones de nacidos vivos y menos de un uno por ciento de las fetales, con respecto al total de embarazos a inicios de la semana 22.

Desde luego, otro asunto es cómo lograr que un mayor número de embarazos tengan su final en esta duración. De hecho no es posible manipular muchas variables para que la expulsión ocurra en la semana 40, dado el carácter biológico de ellas.

Es oportuno destacar, que el análisis realizado hasta aquí, corresponde a una visión en esencia univariada. En la realidad, muchos compartirán varias características simultáneamente. Por ejemplo, muchos embarazos situados en la categoría óptima de cierta variable, también estarán presentes en la óptima de otra, por lo que en cierta medida se impone realizar un análisis multivariado con el propósito de controlar el efecto de unas variables sobre otras y así poder determinar el efecto neto que tienen sobre el resultado del embarazo.

II.3 Determinación de factores de riesgo para el estado terminal defunción fetal

Con el interés de determinar los factores que representan factores de riesgo para la muerte fetal, se ajustó un modelo de regresión de riesgos proporcionales tipo Cox, a los datos (Courgeaux, 2001)⁽²⁴⁾.

A diferencia de la regresión múltiple, la regresión Cox, al igual que la logística, es muy flexible en el sentido de que no exige demasiado en cuanto a presupuestos de distribución de las variables. En el caso específico del modelo Cox, la hipótesis que sustenta este modelo se apoya en el hecho de que las diversas características individuales actúan multiplicativamente sobre una función de riesgo base, $h_0(t)$, que es la misma para toda la población a todo lo largo del tiempo, de donde resulta que los cocientes instantáneos individuales son todos proporcionales entre sí, cualquiera sea la duración transcurrida (independientes del tiempo), de ahí su nombre: Modelos de riesgos proporcionales. En términos analíticos esta condición se expresa de la siguiente manera:

Si $h_0(t)$ representa ese cociente inicial (base), el cociente o riesgo instantáneo para un individuo con características expresadas según un vector

$Z = (z_1, z_2, \dots, z_n)$ será de la forma

$h(t; z) = h_0(t)\exp(z\beta)$, con $z\beta = z_1\beta_1+z_2\beta_2+\dots+z_n\beta_n$, donde el vector columna β representa los efectos estimados de las diversas características.

Así la función de supervivencia quedaría expresada de la siguiente manera:

$S(t; Z) = [S_0(t)]^{\exp(z\beta)}$, donde $S_0(t)$ es una función de supervivencia base.

Resulta fácil ver que cuando todas las variables Z son iguales a cero, se cae en el modelo base:

$$h(t;0) = h_0(t)$$

Para dos individuos con vectores de características Z_1 y Z_2 respectivamente, se tendría que

$h(t; z_2)/ h(t; z_1) = f(Z_1, Z_2)$, es una constante, independiente del tiempo. Sin embargo, esto deja de ser cierto cuando se introducen variables dependientes del tiempo, lo cual produciría un efecto de interacción entre la duración y una o varias variables. Este modelo es poco restrictivo y por ende muy robusto en caso de que la hipótesis de proporcionalidad no se respete completamente.

La relación anterior generaliza el concepto epidemiológico de los riesgos múltiples, en competencia o concurrentes, para dos grupos distintos.

Si únicamente la variable Z_1 es igual a la unidad cuando todas las demás son iguales a cero se que ve:

$h(t; Z_1) = h_0(t)\exp\beta_1$, de donde resulta la relación:

$$\frac{h(t; Z_1)}{h(t;0)} = \exp\beta_1$$

que es independiente del cociente inicial $h_0(t)$. Dicha relación se denomina riesgo relativo y da una medida de cuántas veces más probable es experimentar cierto evento, si la característica está presente, que si no lo está.

Por ejemplo, en la determinación de factores de riesgo para la mortalidad fetal, si la característica z_1 es el sexo (femenino = 0; masculino = 1), un riesgo relativo igual a 1.19 se interpretaría como que es 1.19 veces más probable que un embarazo termine en defunción fetal si el feto es masculino que si es femenino (categoría de referencia). Por el contrario, si el riesgo relativo es menor que la unidad, entonces la condición de ser varón sería una evidencia de una situación favorable, denominándose factor de protección. Dado el caso, si el resultado fuese igual a la unidad, se declara que la característica en cuestión no es un factor de riesgo. Cuando la variable es continua, se puede decir que

con un aumento de una unidad en el valor de Z_1 , el cociente o riesgo instantáneo de un individuo se multiplica por $\exp(\beta_i)$.

Otro aspecto que compete cuando se realiza una indagación sobre posibles factores de riesgo, es la significación estadística, la cual puede valorarse con el intervalo de confianza asociado a la estimación puntual de $\exp(\beta_i)$. Si el mismo no contiene a la unidad, entonces el factor se declara significativo estadísticamente. También es importante, la adecuación u operacionalización de las variables, así como la definición de los respectivos valores referenciales, cuando se trabaja con variables de categorías múltiples. Esto último se llevó a cabo construyendo variables de tipo dummy y definiendo las categorías referenciales en cada una de ellas, como las de menor riesgo de mortalidad fetal.

Algo importante a tomar en cuenta es que en un modelo multivariado de riesgos proporcionales, participan varios factores explicativos y el valor del riesgo relativo de cada uno de ellos es una magnitud ajustada, es decir, representa el efecto neto del factor, sin la influencia de los restantes presentes en el modelo.

El cuadro 3 muestra las variables incluidas en la ecuación de regresión Cox, en cada uno de los tres años en los cuales se practicó, así como la categoría referencial de cada una, el valor del riesgo relativo (dado por $\exp(\beta_i)$) y su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

Como puede apreciarse, no hay una coincidencia total en cuanto a la inclusión de las variables en la ecuación: en 1998 y 2000, entran diez de las once variables explicativas; para el año 2002 sólo siete de diez (en este año la escolaridad no estaba incluida en las bases de datos).

Sexo

Esta variable está presente en los tres años con resultado significativo y valores del riesgo relativo que mantienen una buena coherencia. El riesgo neto de que el embarazo termine en defunción fetal es un 17% más elevado cuando el feto es varón que cuando es hembra.

Tipo de embarazo

Paradójicamente, el embarazo múltiple ha resultado ser un factor de protección para la mortalidad fetal, toda vez que su riesgo relativo es menor que la unidad y con significación estadística, situación que mantiene en los tres años estudiados con buena coherencia. El embarazo múltiple supone un riesgo de mortalidad fetal alrededor de seis

veces superior al del tipo sencillo, sin embargo, cuando el cálculo se realiza dentro de cada categoría de la variable peso, se ha podido comprobar que las tasas de mortalidad son muy similares y el riesgo relativo se reduce dramáticamente. Es probable que el embarazo múltiple esté mejor preparado biológicamente que el sencillo, para resistir el efecto mortal del bajo peso, pues de hecho, los primeros se ubican por lo general en categorías de peso más bajas que los segundos. Téngase en cuenta que alrededor del 47% de los fetos de embarazos múltiples, se ubican por debajo de los 2500 gramos, mientras que más del 90% de los sencillos, están por encima de ese peso.

Lo anteriormente comentado hace suponer que la tasa de mortalidad fetal más elevada para los embarazos de tipo múltiple, se debe más a un hecho estructural que a un riesgo más elevado: existe una mayor proporción de embarazos en las categorías de peso más bajas, donde por añadidura las tasas de mortalidad son muy elevadas, en el caso de los de tipo múltiple, mientras que los sencillos se agrupan fundamentalmente en aquellas donde los riesgos son mucho menores.

Si se toma en cuenta la experiencia previa de pérdida fetal de la madre, entonces resulta que el embarazo de tipo múltiple sí representa un potente factor de riesgo para la mortalidad fetal, con respecto a la categoría sencillo.

Es muy probable que el embarazo múltiple sea, genéricamente, un factor de riesgo importante, pero sucede muy a menudo, que el efecto de una variable puede estar mediatizado por el de otras. En Cuba, la atención a la embarazada es esmerada, pero lo es mucho más cuando se trata de un embarazo reconocido como de alto riesgo, el de tipo múltiple. No se debe dejar de considerar el importante rol que desempeña la calidad de la atención prenatal.

Ocupación

Esta variable no muestra resultados muy coherentes y su poder explicativo es reducido. Sus categorías no presentan una significación estadística sostenida e incluso se podría decir que los resultados son algo contrario a lo esperado. La categoría referencial es la más alta en el sentido del reconocimiento socio-profesional (profesionales, técnicos, dirigentes y administrativos), para la cual se espera un riesgo menor con relación a las demás, sin embargo en ocasiones muestra un riesgo mayor que las ocupadas en el sector terciario y las amas de casa.

Escolaridad

En este caso se dan resultados concordantes con lo esperado: las madres con menor nivel educativo (ninguna instrucción o primaria incompleta) presentan el riesgo relativo mayor con respecto a las de referencia (preuniversitario terminado o universidad terminada). De igual manera, aquellas madres con primaria terminada o secundaria terminada, son segundas en la magnitud del riesgo relativo, lo que pone de manifiesto cierta influencia del contexto socioeconómico en un área que se considera dominada por lo biológico.

Es muy probable que la información recogida para esta variable tenga una calidad superior a la anterior, entre otras razones porque el espectro de clasificación de la escolaridad es menor y por ende, está definido con mayor precisión que el de la ocupación.

Se reconoce que existe una estrecha correlación positiva entre ambas variables, por lo que a las categorías ocupacionales de más alto prestigio socio-profesional deberían corresponder los menores niveles de riesgo si se tiene en cuenta que serían las más instruidas.

Embarazos previos y nacidos vivos previos

Tener entre uno y dos embarazos previos o, tres o más, resultaron ser factores de riesgo para la mortalidad fetal en 1998, pero en el año 2000, su efecto es contrario y pasan a ser factores de protección, una situación totalmente contradictoria. Es más lógica la aparición aunque sea en un solo año, de que un número mayor de nacidos vivos previos es un hecho favorable, teniendo en cuenta que las demás variables están controladas, esto es, igual número de embarazos, abortos, edad y demás factores.

Cuadro 3. Riesgos relativos e intervalos de confianza para la mortalidad fetal.1998, 2000, 2002.

Variables	Cat. Ref.	1998			2000			2002		
		EXP(B)	I. C. 95%		EXP(B)	I. C. 95%		EXP(B)	I. C. 95%	
			L. I	L. S		L. I	L. S		L. I	L. S
Sexo	Femenino									
Masculino		1,17	1,07	1,28	1,24	1,13	1,35	1,17	1,07	1,28
Tipo Embarazo	Sencillo									
Múltiple		0,30	0,15	0,60	0,65	0,46	0,91	0,57	0,40	0,81
Ocupación	ProfTecAdm									
Serv		1,22	1,01	1,46	0,70	0,58	0,85			
AmaCasa		0,91	0,80	1,03	0,84	0,74	0,95			
Otro		1,13	0,94	1,35	1,04	0,87	1,24			
Escolaridad	Pre-Univ									
Prim-Inc		1,41	1,05	1,87	1,72	1,29	2,28			
Prim-Sec		1,14	1,02	1,27	1,22	1,09	1,35			
Embarazos previos	Ninguno									
1-2		1,28	1,06	1,55	0,81	0,69	0,94			
3 y+		1,61	1,21	2,15	0,74	0,60	0,92			
Nacidos vivos previos	Ninguno									
1-2		0,79	0,69	0,91						
3 y +		0,87	0,65	1,17						
Nacidos muertos previos	Ninguno									
1 y +		2,11	1,72	2,59	2,48	2,06	2,99	2,95	2,45	3,54
Abortos previos	Ninguno									
1-2		1,25	1,08	1,45	1,75	1,53	1,99	1,62	1,46	1,79
3 y +		1,06	0,84	1,34	1,89	1,54	2,31	1,31	1,13	1,53
Peso	3500-4499									
2500-3499		1,81	1,48	2,21	2,12	1,75	2,57	1,89	1,55	2,30
4500 y +		2,64	1,29	5,41	3,30	1,96	5,53	2,21	1,12	4,34
1500-2499		29,04	23,71	35,55	35,20	28,90	42,87	35,36	28,86	43,33
<1500		1033,81	849,15	1258,63	1103,71	911,29	1336,77	1139,88	938,93	1383,85
Edad madre	25-29									
20-24		1,02	<u>0,90</u>	<u>1,16</u>	0,82	0,71	0,93	0,97	<u>0,84</u>	<u>1,12</u>
<20		1,21	1,03	1,43	0,93	<u>0,79</u>	<u>1,11</u>	1,27	1,08	1,49
30 y +		1,13	<u>1,00</u>	<u>1,27</u>	1,15	1,03	1,29	1,24	1,11	1,39
Lugar parto	Hospital									
Otro					3,33	2,65	4,19	2,43	1,90	3,10

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de nacimientos y defunciones fetales.

Nacidos muertos previos

Los resultados para esta variable no dejan dudas de que el antecedente de pérdida fetal duplica el riesgo de experimentarla nuevamente, con independencia de los otros factores. Sostenidamente aparece en los tres años estudiados que, haber tenido uno o más nacidos muertos, constituye un fuerte factor de riesgo para el embarazo posterior.

Abortos

El incremento en el número de abortos, propicia la elevación de la probabilidad de que se produzca la muerte fetal, aunque se observa que en el primero (con riesgo relativo no significativo estadísticamente) y último año del estudio, aparece que haber tenido entre

uno y dos abortos es más riesgoso que haber tenido tres o más. A un resultado más radical arribó un estudio que aborda la búsqueda de factores determinantes del aborto, comprobando que tener menos de tres abortos previos constituye un factor que propicia que el embarazo culmine antes de la semana 22, con la expulsión de un feto muerto (Díaz, 1999)⁽²⁵⁾.

No obstante, queda la duda de si realmente más abortos es una protección contra la mortalidad fetal; de hecho, debe existir una brecha importante si se trata de abortos espontáneos o provocados, estos últimos usualmente utilizados como método de control de la natalidad en el país por mujeres muy fértiles.

Peso

El poder discriminatorio del peso es abrumador y refuerza su carácter de sucedáneo del crecimiento y desarrollo fetal. Los fetos con peso muy elevado duplican el riesgo con respecto a la categoría de referencia (3500-4499 gramos), mientras que los de bajo peso y sobre todo los inmaduros, evidencian una sobremortalidad inusitada, del orden de treinta y mil, respectivamente.

Edad de la madre

No todos los resultados fueron significativos estadísticamente e incluso la dirección del riesgo relativo cambia en los dos primeros grupos de edad en esos tres años. Aún así, los datos parecen evidenciar que la categoría de mayor propensión a la mortalidad fetal es el grupo de las menores de veinte, siguiéndole el de aquellas con treinta o más años. Por otra parte, quizás sea conveniente unir el grupo 20-24 años con el de 25-29 y tomarlo en conjunto como referencia.

Lugar del parto

El hecho de que el parto se produzca fuera de una institución hospitalaria, da origen a un riesgo relativo de orden tres, que aparece en dos de los tres años del estudio. Ello podría deberse a dificultades de acceso a la unidad hospitalaria a causa de la inminencia de la expulsión por el estado de deterioro del embarazo y también podría reflejar una labor de parto diferenciada, con mayor calidad en el centro hospitalario.

En general el efecto de estas variables podría estar mediatizado por el de otras no presentes en este contexto. No obstante, parece importante destacar, que el peso en el momento de la expulsión, la historia previa de pérdidas fetales, el número de abortos, el sexo, el tipo de embarazo, la edad de la madre, junto al lugar del parto y la escolaridad, son variables claves para la explicación y predicción del estado terminal del embarazo.

Los resultados de este capítulo son de gran utilidad para apoyar el trabajo del médico y enfermera de la familia en la detección de grupos vulnerables de gestantes y para la labor de los departamentos materno-infantiles nacional y provinciales en su actividad de planificación y asignación de recursos y servicios, para el establecimiento de prioridades en la atención y en la toma de decisiones. La información ofrecida, utilizada convenientemente por un equipo multidisciplinario, integrado por un médico de familia, un obstetra y un bioestadístico, puede revelar dimensiones de riesgo antes de que se produzca la expulsión del producto de la concepción y con ello contribuir a elevar la eficiencia del programa materno-infantil.

Una idea somera de lo que puede significar una pérdida del embarazo en términos de los costos, se resume en la tabla siguiente. De una parte están los costos tangibles, que se derivan de la atención hospitalaria a la paciente con la pérdida fetal, ya que después del suceso adverso, ella necesariamente demanda una atención especializada.

A ello se unen, aquellos costos que no pueden medirse en términos monetarios, los llamados intangibles, pero que indudablemente están presentes siempre y afectan un componente importante de la salud: la calidad de vida de los progenitores y/o sus familiares.

Se desprende por tanto de lo anterior, que todo lo que coadyuve a prevenir una muerte fetal, tendrá una significación económica importante.

COSTOS TANGIBLES	COSTOS INTANGIBLES
<p>Recursos Humanos, Materiales , Financieros Entre ellos: Recursos del Sistema Nacional de Salud Personal Equipos Materiales Medicamentos Transporte Electricidad, Agua, Gas, entre otros</p> <p>Recursos para el paciente y sus familiares</p> <p>Gasto de bolsillo por concepto de medicamentos, alimentación, acompañante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Inseguridad • Angustia • Desconfianza • Afectación de la dinámica familiar, otras afectaciones psicológicas. <p>Todo esto implica afectaciones en la Calidad de Vida y esta es un componente importante para la salud</p>

<p>que deja de trabajar, transporte, entre otros.</p> <p style="text-align: center;">Otros gastos</p> <p>Pérdida de días trabajados por parte de aquellas mujeres que aún no estaban de licencia de maternidad y se les vio afectado el embarazo.</p>	
<p>Fuente: Gálvez, A. M. Especialista en Economía de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública: comunicación personal. 2005.</p>	

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CONCLUSIONES

Los resultados más relevantes en este capítulo apuntan a señalar que:

- Los riesgos de expulsión del embarazo sin distinción del evento terminal, no muestran cambios sustanciales en el período de estudio.
- Los riesgos vitales del embarazo presentan un patrón bien definido según el tipo de evento terminal: el de muerte fetal presenta una concavidad entre la 32 y 35 semanas, donde se alcanza un mínimo en la curva de riesgo y a partir de la semana 37 crece exponencialmente. Por su parte la curva de riesgo del evento nacido vivo muestra un crecimiento casi lineal desde la semana 26, y tiene una pequeña inflexión entre la 32 y la 34.
- El patrón de la permanencia fetal es análogo a una curva de sobrevivencia, que se inicia con valor uno a partir de la semana 22 y es permanentemente decreciente; a la altura de la semana 36 muestra una declinación muy acelerada y sobre la semana 41 tiene un punto de inflexión donde cambia la concavidad.
- Las brechas más acentuadas entre las curvas de riesgos de expulsión, por lo general corresponden al estado terminal defunción fetal.
- La desventaja mayor en la permanencia fetal dentro de cada estado terminal, apunta hacia las madres con edades extremas (menores de 20 años y mayores de 30), con mayor número de embarazos, nacidos vivos, abortos y nacidos muerto

previos. También hacia los fetos de sexo masculino, al tipo de embarazo múltiple, al lugar del parto diferente al hospital.

- La permanencia óptima para que un embarazo tenga el riesgo mínimo de mortalidad fetal y un nacido vivo pueda enfrentar con mayor éxito el riesgo de muerte durante el primer año de vida, se ubica en la semana 40.
- Los factores identificados como de riesgo para el estado terminal de muerte fetal más importantes son: bajo peso e inmaduro; la experiencia anterior de pérdida fetal; más de un aborto; tipo de embarazo múltiple (factor de protección), el sexo masculino, la edad menor de veinte años o mayor de 30; el lugar del parto fuera de la institución hospitalaria y la baja escolaridad.
- La pérdida fetal genera al menos, dos tipos de costos: tangibles e intangibles, que afectan la calidad de vida de la gestante, de gran impacto en la dinámica familiar.
- El enfoque de proceso para el estudio de la vida fetal ha permitido conocer el carácter diferenciado del calendario o la manera en que se producen las expulsiones del producto de la concepción, de acuerdo al resultado del embarazo (nacido vivo y muerte fetal), según las variables de índole biológica y sociodemográfica de la gestante y el producto de la concepción. La función de permanencia pone de manifiesto las diferencias en cuanto al nivel de la sobrevivencia fetal, según las categorías de las variables estudiadas, las cuales son más acentuadas para el estado terminal defunción fetal.
- A través de este estudio fue posible valorar la calidad de la información contenida en las bases de datos utilizadas, concluyéndose que las mismas poseen buena calidad para abordar estudios de este tipo, aunque son susceptibles de mejora.
- El enfoque utilizado en la presente investigación tiene universalidad, en el sentido de que puede ser aplicado a situaciones con características de proceso como podría ser en el estudio de la mortalidad infantil, de la morbilidad, o en un proceso productivo, como parte integrante de un conjunto de procedimientos para la evaluación de la calidad.
- El presente trabajo brinda elementos para elevar la eficiencia del programa materno-infantil y de la atención prenatal.

RECOMENDACIONES

- Debe concedérsele al estudio de la vida fetal una importancia como la que tienen los de mortalidad infantil en la actualidad.
- Se recomienda continuar usando este nuevo enfoque en el estudio de la vida fetal, lo que repercutirá en tener una visión más amplia del fenómeno y contribuirá al perfeccionamiento y mejor adecuación de este enfoque.
- Con el reconocimiento de que el embarazo es el comienzo de la vida, se sugiere realizar investigaciones que vinculen la vida fetal y el primer año de vida con el uso de este enfoque. Ello permitiría estudiar a profundidad dos etapas de la vida que están fuertemente vinculadas. Para ello es imperativo conectar las bases de datos de nacimientos, defunciones fetales e infantiles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **LERIDON, H. (1977)** Aspectos biométricos de la fecundidad humana. Serie D. No. 1031. Celade, San José. Costa Rica, 1977. pp. 54.
2. **FRENCH FE, BIERMAN JE. (1962)** Probabilities of fetal mortality. Public Health reports, vol. 77, No. 10, Oct. 1962.
3. **YERUSHALMY J, ET AL. (1956)** Longitudinal studies of pregnancy on the island of Kauai. Am. J. of Obst. And Gynec. , 71, Jan. 1956, p. 80-96.
4. **SHAPIRO S, JONES E, DENSEN P. (1962)** A life table of pregnancy terminations and correlates of fetal loss. Milbank M.F.Q., Jan. 1962, vol.XL, No. 1.
5. **LERIDON, H. (1977)** Aspectos biométricos de la fecundidad humana. Serie D. No. 1031. Celade, San José. Costa Rica, 1977. p. 1-213.
6. **HERRERA, L. (1996)** Estudio de la mortalidad intrauterina en una cohorte de embarazos. Trabajo realizado para optar por el título de Master en Estadística. Facultad de Economía, Universidad de La Habana, 1996. 54 p.
7. **RUBIO, D. (1999)** Caracterización de la vida intrauterina en una cohorte de embarazos. Cuba, 1997-1998. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Bioestadística. Facultad de Salud Pública, La Habana, 1999. 55 p.
8. **BARRET J D, MARSHALL J. (1969)** The risk of conception on different days of the menstrual cycle. Pop. Studies XXIII, No. 3, Nov. 1969. pp.460-461.
9. **WILCOX, A; CLARICE, W; ET ALL. (1988)** Incidence of early loss of pregnancy. The New England Journal of Medicine, vol. 319, number 4, July 28, 1988. p. 194.

- 10. LERIDON, H. (1977)** Aspectos biométricos de la fecundidad humana. Serie D. No. 1031. Celade, San José. Costa Rica, 1977. p 55.
- 11. COURGEAU, D., LÉLIEVRE, E. (2001)** Análisis Demográfico de las Biografías. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México, 2001. pp 25-27.
- 12. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (1999)** La Salud Pública en Cuba: hechos y cifras. Dirección Nacional de Estadística, 1999. pp. 30.
- 13. HERRERA, L. (2002)** Breve exploración de los registros vitales en Cuba: el caso de los nacidos vivos y las defunciones fetales. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana, 2002. 34 p.
- 14. IDEM 29. p 32.**
- 15. LERIDON, H. (1977)** Aspectos biométricos de la fecundidad humana. Serie D. No. 1031. Celade, San José. Costa Rica, 1977. p 55.
- 16. CHIANG, C L. (1980)** An Introduction to Stochastic Processes and their Applications. Robert E. Krieger Publishing Company. Huntington, New York, 1980. pp 213-223.
- 17. KALBFLEISCH J. D; PRENTICE R. L. (1980)** The Statistical Analysis of Failure Time Data. John Wiley and Sons, 1980. pp 163-178.
- 18. ORTEGA, A. (1987)** Tablas de Mortalidad. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Serie E, No. 1004. San José, Costa Rica, 1987. pp. 149-151.
- 19. IDEM -32. pp 213-223.**
- 20. CHIANG, C L. (1980)** An Introduction to Stochastic Processes and their Applications. Robert E. Krieger Publishing Company. Huntington, New York, 1980. pp 213-223.

- 21. JENICEK, M; CLÉROUX, R. (1988)** Epidemiología: principios, técnicas, aplicaciones. ISBN 84-345-2398-1. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1988. pp
- 22. YUDKIN PL, WOOD L, REDMAN CW. (1987)** Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. Lancet. 1987 May 23; 1 (8543): 1192-4. pp. 1192.
- 23. WILCOX AJ, SKJAERVEN R. (1992)** Birth weight and perinatal mortality: the effect of gestational age. American Journal of Public Health. 1992 Mar; 82(3):378-82. p 81.
- 24. COURGEAU, D., LÉLIEVRE, E. (2001)** Análisis Demográfico de las Biografías. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México, 2001. pp 150-152.
- 25. DÍAZ, E. (1999)** Embarazos registrados que terminan en aborto: Caracterización socio-demográfica y factores de riesgo. Tesis (Master en Estudios de Población). Universidad de La Habana, Centro de Estudios Demográficos, 1999. p 26.