



## ARTÍCULO ORIGINAL

### El color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte en el oriente de Cuba

#### *The color of the skin making a difference in Cuba's eastern region death risk*

Fabián Cabrera Marrero

Centro de Estudios Demográficos (CEDEM),  
Universidad de La Habana, Cuba.  
[fabian@cedem.uh.cu](mailto:fabian@cedem.uh.cu)

#### RESUMEN

El presente artículo intenta comprender las particularidades del diferencial de esperanza de vida por color de la piel al interior de la región oriental de Cuba. Para ello se parte de una reclasificación de la población y las defunciones, a partir del intento por incorporar una visión espacial. Para los análisis correspondientes se emplean tablas de mortalidad y el método de contribución de las edades a las diferencias de esperanza de vida. El ejercicio contribuye a un mayor conocimiento del fenómeno de la mortalidad en el país y de las heterogeneidades distinguibles, que están conectadas con la reproducción de patrones de desventaja para las poblaciones no blancas. En este sentido, las estimaciones presentadas dan cuenta de que el diferencial de mortalidad, analizado por color de la piel, se acentúa en las cabeceras provinciales –diferenciadas del resto de los municipios por el nivel de inversiones e infraestructuras previamente creadas–, al tiempo que disminuye en las no cabeceras.

**PALABRAS CLAVE:** color de la piel, esperanza de vida, mortalidad.

#### ABSTRACT

*The present article aims at understanding the distinctive peculiarities of life expectancy by virtue of the color of the skin in Cuba's eastern region. To do so, a population and diseases re-classification has been performed in order to incorporate a view in terms of space. To carry out the proper analysis, a mortality rate index was used, as well a method related to age contribution to life expectancy differences. The exercise makes possible a better knowledge of the country's mortality phenomenon and of the distinctive heterogeneities linked to reproduction of disadvantage patterns in nonwhite populations. In this sense, the estimate presented evidences that mortality distinctive peculiarities by virtue of the color of the skin increase in provinces main towns –different from the rest of the municipalities because of the investment and infrastructures rate previously composed–, as they decrease in the others.*

**KEYWORDS:** color of the skin, life expectancy, mortality.

**RECIBIDO:** 19/2/2013  
**ACEPTADO:** 6/3/2013

## Introducción

Dentro de los componentes del cambio poblacional, la mortalidad ha desempeñado históricamente un importante papel en el crecimiento poblacional; ha sido uno de los elementos fundamentales y determinantes del tamaño y composición, por sexo y edad, de la población. Los avances en el campo del conocimiento acerca de esta variable responden, en primer lugar, a la existencia de un criterio consensuado a nivel científico, político y ético, de posponer sus efectos el mayor tiempo posible. Junto a estas consideraciones humanitarias, gravitan aquellas sobre el positivo impacto que las medidas encaminadas a lograr un mayor control de las enfermedades y la reducción de la mortalidad puedan tener en el desarrollo económico, a través del incremento de la productividad del trabajo.

No obstante lo complejo que resulta aislar el efecto de determinados factores en los patrones y niveles de mortalidad, se ha avanzado en la investigación y existen actualmente estudios que exploran la influencia de la ocupación, el nivel educacional, los estándares nutricionales, las condiciones sanitarias y del hogar. Estos estudios confrontan la dificultad de las relaciones interdependientes que se establecen entre los factores aludidos, así, por ejemplo, el nivel de vida puede influir en la salud de un individuo, pero este nivel está, en parte, determinado por la educación y el estado de la economía general.

El análisis de determinantes está también afectado por los datos y la forma en que se registran en los certificados de defunción. La calidad de los registros vitales es imprescindible para la conducción de estudios cada vez más completos.

En nuestro país se han realizado importantes trabajos acerca de la evolución de la mortalidad y su proceso de transición, y existen algunas investigaciones acerca de los diferenciales socioeconómicos que influyen en el comportamiento de esta variable. Sin embargo, estos últimos dan cuenta de las dificultades metodológicas que implica su realización.

La inclusión en los certificados de defunción del dato del color de la piel, en el año 2003, permitió el análisis de las diferencias que podían observarse para toda la población, si se tomaba esta característica como punto de comparación, con lo cual

quedó demostrado que, efectivamente, el color de la piel era un marcador diferencial en la manera de morir de los cubanos. A partir de estos antecedentes, el presente trabajo intenta retomar el tema, al abordar ahora las diferencias desde el análisis de la variable espacial.

La mortalidad como variable demográfica ha sido abordada desde múltiples enfoques, sin embargo, ha predominado el análisis de su impacto sobre toda la población o sobre grupos específicos, apegado a las características de edad y sexo. En este sentido, el estudio de otros atributos diferenciales de la mortalidad se impone como reto para el trazado de políticas y planes de salud, focalizados en grupos específicos.

Durante la década del noventa del pasado siglo se produjo un proceso de concentración de inversiones en sectores y zonas de prioridad nacional –condicionadas por su rápida recuperación y efecto multiplicador para la economía–, que repercutió en la ampliación de las desigualdades entre espacios y territorios del país, preexistentes por la combinación de la diferenciación de recursos naturales, una historia pre-revolucionaria marcada por el desarrollo no equitativo y una intensa estratificación espacial y territorial. Este proceso, en la búsqueda de la corrección de los problemas existentes, condujo a nuevas diferenciaciones, al concentrar las vías de desarrollo en puntos seleccionados de nuestra geografía. A partir de lo anterior, y de las evidencias en relación con el color de la piel como diferencial de la mortalidad en la población cubana, este artículo se propone responder a la siguiente pregunta: ¿qué particularidades distinguen al color de la piel como variable diferenciadora en la mortalidad a nivel subnacional, desde el análisis de las brechas socioeconómicas que separan a los territorios al interior del oriente de Cuba, una vez incorporada una visión espacial en su reclasificación?

Una vez conocido que el color de la piel no blanco en Cuba actúa como un marcador de riesgo ante la muerte, se intenta responder esta interrogante no ya desde el agrupamiento de las defunciones en tres grandes regiones y la capital, sino desde las desigualdades espaciales que se han ido configurando en el país a lo largo de su historia más reciente, utilizando como marco para el estudio la región oriental de Cuba. Esto contribuye a una

representación más exacta de un fenómeno que se expresa como resultado de cálculos promedio para toda la población cubana (o grandes grupos de esta), pero que puede tener manifestaciones específicas, tanto hacia el aumento como hacia la disminución del diferencial, al concentrar el punto de mira en áreas inferiores de la geografía nacional. Para ello, se pretende trabajar desde una noción de «espacio» que contempla las dinámicas socioeconómicas no como añadido, sino como esencia que permita explicar los fenómenos.

Para dar respuesta a la interrogante en cuestión, se han planteado los siguientes objetivos:

- Objetivo general: determinar las expresiones particulares del diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel, al interior de la región oriental de Cuba, una vez que se desciende a nivel subregional y se incorpora una visión espacial en la reclasificación de los territorios.
- Objetivos específicos:
  - › Ofrecer estimaciones refinadas de la mortalidad, así como de las diferencias observadas, a partir del color de la piel de la población residente en las cabeceras provinciales y municipios no cabeceras de la región oriental del país.
  - › Caracterizar los patrones de contribución de las edades al diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel, para cada sexo y espacio considerados.

Inicialmente, se deben considerar las exigencias que imponen las estimaciones de indicadores refinados de mortalidad –en este caso, la esperanza de vida– y que, en esencia, son un volumen de defunciones observadas y de población base que permite la realización de los cálculos, y evita las variaciones relativamente grandes a las que están sometidas las pequeñas poblaciones. De ahí que se optara por agregados municipales, y se diferenciaran las cabeceras provinciales del resto de los municipios. Si bien la reclasificación utilizada tiene limitaciones, se cree que las cabeceras provinciales son portadoras de una historia de inversiones e infraestructuras y, por tanto, de

dinámicas sociales diferentes, relevantes para el presente estudio.

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se hará un análisis de la mortalidad basado en las siguientes variables:

- Mortalidad por edades
- Mortalidad por sexos
- Mortalidad por color de la piel

Estas variables servirán para estudiar los diferenciales que se pretende abordar. Para operacionalizarlas se construirán los siguientes indicadores:

- Esperanza de vida al nacer
- Esperanza de vida temporaria
- Tasa de mortalidad infantil
- Contribución de las edades y sexos al diferencial de esperanza de vida al nacer

Para la construcción de los indicadores se elaboraron tablas abreviadas de mortalidad para los diferentes sexos, el color de la piel y los lugares de residencia.<sup>1</sup> Para el cálculo de la contribución de las edades a los diferenciales de esperanza de vida al nacer, se utilizó la adaptación del método de E. Arriaga,<sup>2</sup> que introduce J.C. Albizu-Campos en el estudio de diferenciales por color de la piel.<sup>3</sup> En esencia, se parte de la idea de comparar dos tablas de mortalidad –que se diferencian por alguna característica cualitativa– en un mismo periodo de tiempo, y conocer los aportes de las edades a las diferencias.

Las edades fueron agrupadas de modo funcional, con el objetivo de resumir los resultados. Sin embargo, esta agrupación no es estática, sino que se va adaptando de acuerdo al modo más eficaz de presentar las observaciones. Por las características singulares del diferencial de esperanza de vida por color de la piel en Cuba, para las edades avanzadas, el grupo de 60 años y más se abordó considerando todos los grupos quinquenales hasta el grupo abierto final.

<sup>1</sup> Cfr. E. Arriaga: *Tablas de mortalidad*.

<sup>2</sup> Cfr. E. Arriaga: «Measuring and Explaining the Change of Life Expectancies».

<sup>3</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Cuba. La muerte y el color».

El tratamiento dado a la variable color de la piel siguió el curso de investigaciones anteriores que la toman en cuenta.<sup>4</sup> En concreto, la población analizada se clasificó en blanca y no blanca.

Como ya se ha comentado, el universo del estudio se circunscribe a la región oriental de Cuba. Su selección se basó en tres criterios fundamentales:

1. Revisión de trabajos de investigación en los que se muestra la heterogeneidad territorial de Cuba, que destacan a las provincias de esta región como las más desfavorecidas. Entre estas investigaciones se encuentran:
  - Mediciones del índice de desarrollo humano por provincias.<sup>5</sup> El cálculo ubicaba las cinco provincias orientales entre las seis con menores valores del indicador.
  - Confección del índice territorial de desarrollo humano y equidad para las provincias de Cuba. Los resultados ubican a las cinco provincias orientales entre las siete del país con los menores valores del indicador.<sup>6</sup>
  - Cálculo del índice de desarrollo humano territorial (IDTH). Las provincias se agruparon en tres niveles y las orientales fueron ubicadas en el nivel bajo.<sup>7</sup>
2. Revisión de cifras oficiales de indicadores refinados de mortalidad. En las publicaciones oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), los cálculos de la esperanza de vida en las provincias orientales sobrepasan la media nacional, a excepción de la provincia Santiago de Cuba.<sup>8</sup>

3. Hallazgos de Albizu-Campos. El diferencial de esperanza de vida por color de la piel disminuye a medida que se recorre un eje occidente-oriental, en la geografía cubana.<sup>9</sup>

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

En este sentido, resultó decisivo un estudio que compara las migraciones de los bienios 1995-1997 y 1998-2000, en el que se identifican, entre otros municipios receptores, aquellos que albergan las capitales provinciales, donde es posible que se destaque la concentración de inversiones e infraestructura con participación en la reanimación de la industria.<sup>10</sup>

Por otra parte, Luisa Íñiguez Rojas y M. Montes señalan que, para el momento en que se instauró la división político-administrativa en 1976, existían ciudades que podían encabezar nuevos territorios de nivel provincial, pues desde 1960 se había diseñado un plan de acciones inversionistas que priorizaba distintos centros regionales.<sup>11</sup> Con el objetivo de conducir el desarrollo de otros territorios del país más allá de la capital, las denominadas «cabeceras provinciales» fueron, durante varias décadas, receptoras de los mayores volúmenes de inversión, al mismo tiempo, se ubicaron en estos servicios de nivel superior para definir las funciones político-administrativas de las provincias, como salud, educación, deportes y cultura. Se crearon, además, numerosos empleos y un diversificado sistema infraestructural.<sup>12</sup>

<sup>4</sup> Cfr. ídem; J.C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color»; y A.C. Alfonso: «La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias (2001), parte urbana».

<sup>5</sup> Cfr. O. Martínez et al.: *Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba*, 1996, pp. 87-89.

<sup>6</sup> Cfr. O. Martínez et al.: *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba*, 1999, pp. 166-167.

<sup>7</sup> Cfr. E. Méndez y M.C. Lloret: «Índice de desarrollo humano a nivel territorial en Cuba. Periodo 1985-2001».

<sup>8</sup> Cfr. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE): *Cuba: la*

*esperanza o expectativa de vida, 2001-2003. Cálculos y análisis por sexo y edades.*

<sup>9</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano...».

<sup>10</sup> Cfr. M. Montes, citado en Luisa Íñiguez Rojas y O.E. Pérez: «Espacio, territorio, y desigualdades sociales en Cuba. Precedencias y sobreimposiciones», p. 440.

<sup>11</sup> Cfr. Luisa Íñiguez Rojas y M. Montes: «Espacio y poblamiento».

<sup>12</sup> Cfr. íbidem, pp. 375-376.

Aun cuando la crisis económica de la década de 1990 impuso, a partir de las medidas diseñadas para su enfrentamiento, nuevas desigualdades espacio-territoriales en Cuba,<sup>13</sup> las capitales provinciales continúan siendo los municipios mayormente poblados de cada provincia y conservan características diferenciales en el orden material y simbólico.

Para la estimación de los indicadores de mortalidad se utilizaron las bases de datos de certificados de defunción de la dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MIN-SAP), correspondientes a los años 2003, 2004 y 2005, que incluyen la información sobre color de la piel y el municipio de residencia. Su procesamiento proveyó los numeradores de las tasas de mortalidad.

Los denominadores corresponden a la población media del año 2004, calculada a partir de las publicaciones de la ONE sobre estudios y datos de la población cubana, correspondientes al periodo 2002-2005. Para estimar la estructura por color de la piel de la población se partió de la información proveniente del Censo de Población y Viviendas 2002, bajo el supuesto de que, en el periodo de estudio (2003-2005), esta estructura se mantuvo constante.

Se consultaron, además, un grupo de investigaciones en el ámbito nacional, para la búsqueda de un contexto explicativo para los resultados encontrados. Estos trabajos se citan en los apartados correspondientes.

Aunque existen evidencias y trabajos que documentan la calidad de las estadísticas vitales en Cuba,<sup>14</sup> una de las fuentes primordiales para la realización de esta investigación, se consideró

adecuado presentar una sintética valoración al respecto.

Del total de 72 714 defunciones registradas en la región oriental del país, durante los tres años que cubre la investigación, solo una, en 2004, perteneciente a la provincia Santiago de Cuba, aparecía registrada sin municipio de residencia, lo que representaba el 0,0014 % de deficiencia en este sentido. Esta fue reasignada a las defunciones ocurridas en los municipios no cabeceras.

En cuanto al color de la piel, 719 defunciones clasificaban como desconocidas, de acuerdo con la variable, lo que representa solamente el 1 %. Con el objetivo de no perder información, estas se distribuyeron siguiendo la estructura por color de la piel observada en el resto de las defunciones de la muestra.

### **Una propuesta teórica para el estudio de la mortalidad**

Existe un consenso actual acerca de la mortalidad y la salud de las poblaciones, que entiende ambos fenómenos como resultado de complejas interacciones ambientales, económicas, sociales e individuales. En este sentido, las aproximaciones teóricas han transitado desde elaboraciones mágico-religiosas, sustentadas en el uso de elementos sobrenaturales como explicación de la incidencia de las enfermedades y la muerte, hasta concepciones interdisciplinarias que reconocen el efecto de determinantes de la salud y la enfermedad en múltiples niveles de análisis. Estos acercamientos guardan una estrecha relación con el contexto histórico-social donde surgen y se afianzan como explicaciones plausibles, amparados, a la vez, por el desarrollo de la ciencia y la tecnología correspondientes.<sup>15</sup>

Así, en nuestros días, se puede reconocer un amplio desarrollo en técnicas y métodos estadísticos para analizar grandes cantidades de datos sobre salud y mortalidad de las poblaciones, que no está acompañado, con la misma intensidad, por la construcción de modelos teóricos que integren los hallazgos producidos a la luz de los procesamientos antes enunciados. En opinión de J. Rodríguez, este rezago, si se compara con otras

<sup>13</sup> Cfr. Luisa Íñiguez Rojas y O.E. Pérez: Ob. cit.; Luisa Íñiguez Rojas: «Heterogeneidad territorial de Cuba. Entre herencias y renovaciones»; y Luisa Íñiguez Rojas y M. Montes: Ob. cit.

<sup>14</sup> Cfr. R.R. Puffeer: «Informe acerca de la calidad de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e infantil en Cuba»; F. Rojas y N. Ríos: «Los sistemas de información estadística para obstetricia y ginecología en Cuba»; ONE y CEPDE: *Las estadísticas demográficas en el sistema de información estadístico nacional. Antecedentes, metodología, organización y difusión*; United Nations: *Demographic Yearbook, 1992*; y *Demographic Yearbook, 1996*.

<sup>15</sup> Cfr. A. Arredondo: «Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad», pp. 258-261.

variables demográficas, guarda relación con el fuerte componente de determinación biológica que exhibe la mortalidad.<sup>16</sup> No obstante, el propio autor ofrece un resumen de algunas de estas aproximaciones a nivel internacional y en el marco de América Latina, incluido el tema específico de la mortalidad infantil.

En Cuba, como parte de su tesis de doctorado, Albizu-Campos elaboró un marco analítico para sustentar la comprensión de los retrocesos experimentados por la población cubana en materia de mortalidad, durante la década de 1990.<sup>17</sup> Este modelo es revisitado en posteriores trabajos del mismo autor<sup>18</sup> y constituye un referente obligado para esta investigación.

Una de las características que hacen a este modelo susceptible de ser utilizado en el marco de esta indagación es su carácter hipotético y generalizador.<sup>19</sup> Precisamente, lo que pretende es aproximarse a la complejidad del proceso salud-enfermedad-muerte, a través de la integración de aquellos factores que, siempre interactivos y combinados, van conduciendo el proceso aludido.

El autor construye esta herramienta teórica basado en la lógica del proceso, lo cual constituye otra de sus fortalezas. Esto quiere decir que los factores y variables que son examinados tratan de reproducir el modo en que se pasa de un estado de salud a uno de enfermedad y, alternativamente, a la muerte, lo que no ocurre de manera lineal y consecutiva, sino que supone avances y retrocesos hacia uno de los polos del continuo.

En síntesis, el marco conceptual que propone Albizu-Campos retoma la idea de que existe un conjunto de variables o determinantes próximos, esta vez aplicados a la mortalidad, que median la acción de factores de mayor alcance, descritos como variables independientes.<sup>20</sup>

En este nivel se analizan los factores con una incidencia indirecta sobre el nivel de mortalidad, clasificados en tres categorías fundamentales: las condiciones económicas y ambientales, las políticas y culturales, y las sociales e individuales. Su influencia se canaliza a través de las variables intermedias.

Las condiciones económicas y ambientales comprenden los elementos relacionados con el desarrollo diferenciado de la actividad económica en países o regiones, así como con las posibilidades que la naturaleza ofrece para la existencia y el alcance de este desarrollo.

Los avances en materia económica se pueden traducir en la mejora de todo un conjunto de infraestructuras para incrementar el bienestar de la población, y en la generación de nuevos empleos y, por tanto, nuevas oportunidades de acceso a bienes y servicios.

El medio ambiente, como contexto de la actividad económica, proporciona materia y energía para prolongar la vida, al tiempo que provee de sustancias extrañas o nocivas que atacan el organismo, las cuales pueden ser de origen natural (agentes causantes de enfermedades) o incluso creadas por el propio hombre (residuos contaminantes).

Bajo la clasificación de «condiciones políticas y culturales» se hace referencia a aquel grupo de factores que, desde lo macrosocial, van configurando los modos generales de actuar de la población. El contexto político se considera como definitorio y capaz de impulsar cambios en este sentido. Es a partir de este que se pueden propiciar mayores niveles de instrucción, acceso a la salud –mediante atención universal y gratuita o a través de programas específicos, subvenciones y creación de sistemas de seguridad social– y formación de recursos humanos especializados que permitan la presencia de servicio médico en la localidad. Estas medidas tienen un mayor efecto en las condiciones de salud de la población a partir de cómo se integran a sus características culturales.

Las condiciones sociales e individuales se refieren, en primer lugar, a las formas en las que se agrupa la población a través de distintas organizaciones y cómo estas pueden desempeñar un papel decisivo en el éxito o fracaso de las me-

<sup>16</sup> Cfr. J. Rodríguez: «Demografía III. Población, sociedad y desarrollo», p. 10.

<sup>17</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90».

<sup>18</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Un marco para el estudio de la mortalidad en Cuba»; «Cuba...» y Contrapunteo cubano...».

<sup>19</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia...», p. 23; y «Un marco para el estudio...», p. 35.

<sup>20</sup> Cfr. *idem*.

didadas para la protección de la salud, a partir de su respuesta ante estas. Desde lo individual, se consideran la edad, el sexo y el color de la piel como características biológicas que pueden producir diferencias en la manera de enfermar y morir.

En el caso particular del color de la piel, aun cuando por sí mismo no impone diferencias en la forma de morir de las poblaciones, en interacción con otros grupos de variables se erige como un marcador de riesgo. De este modo, ser portador de determinado color de la piel puede representar una carga negativa o no, de acuerdo con la sociedad en que se nace y los patrones de segregación y asignación de funciones que primen en esta, si tales patrones suponen prácticas discriminatorias que derivan en peores condiciones socioeconómicas y de acceso a la salud.

Se incluyen, además, desde lo individual, las características de orden subjetivo, a partir de cuya configuración se pueden establecer cursos y desenlaces diferentes de una misma enfermedad.

Debe incluirse también, como parte del modelo teórico descrito, el «espacio» como categoría que puede aportar elementos esenciales en el análisis. Proveniente de la geografía, la noción que se utiliza en el presente trabajo considera el «espacio» como un conjunto de relaciones y de formas que se presentan como testimonio de una historia escrita por los procesos del pasado y del presente.<sup>21</sup> Es la naturaleza modificada por la acción humana y, por tanto, una construcción social. El «espacio geográfico» se define como conjunto indisociable de sistemas de objetos (fijos) y sistemas de acciones (flujos), en permanente interacción.<sup>22</sup>

De cara al modelo, esta categoría viene a condensar los tres grupos de variables independientes, en tanto reconoce, obviamente, el territorio y, junto a este, el medio natural y sus condiciones ambientales como soporte de los grupos poblacionales que se desplazan y se organizan, a partir de determinados patrones de interacción social (flujos) y que, en su proceso de reproducción, modifican el ambiente natural, creando infraestructuras constructivas (fijos) que permiten el desarrollo de

la vida. En ese proceso de reproducción material, traducido en condiciones económicas, se concretan prácticas culturales que expresan relaciones de poder, las cuales influyen nuevamente en los modos de organización.

El espacio recoge en sí mismo la expresión de las complejas interacciones que se dan entre condiciones económicas y ambientales, políticas y culturales, y sociales e individuales, en un nivel concreto, específico de la realidad, que se manifiestan luego en un conjunto de factores de selección y determinado estado de salud con el que la persona se expone a los determinantes próximos del proceso que conduce de la salud a la muerte. Estos determinantes no son más que la expresión del resultado de las propias configuraciones espaciales, como sistemas de interacciones y dinámicas entre lo natural-territorial, la infraestructura creada y las formas que asumen las agrupaciones humanas.

El grupo de variables independientes descritas hasta aquí, en su interrelación, conducen a una disposición selectiva frente al proceso salud-enfermedad-muerte, pero la exposición a este es canalizada a partir de un grupo de variables intermedias o determinantes próximos.

Dentro del primer grupo de estos determinantes se encuentran los factores que median la exposición al agente patógeno. Se reúnen aquí aquellos asociados al primer paso hacia la enfermedad y que tratan de describir la mayor cantidad de situaciones que conducen a esta, incluida la presencia de todos los agentes de carácter natural, artificial o social, con potencial daño para la salud.

En otra categoría se agrupan aquellos factores que determinan la capacidad de reacción de los individuos, luego de producido el contacto o agresión, los denominados «factores de evitabilidad de las enfermedades y del grado de inmunidad». Estos incluyen todos los elementos del consumo y su impacto en la nutrición, las características inmunológicas, así como lo relacionado con el grupo familiar y las características de sus miembros que impactan la manera de afrontar los procesos mórbidos.

El último grupo de factores contempla los relacionados con el acceso a la prevención y la terapia. En este conjunto se describen aquellos que hacen más eficaz la lucha contra las enfermedades y que no necesariamente se aplican una vez cons-

<sup>21</sup> Cfr. M. Santos, citado por Luisa Íñiguez Rojas: «Geografía y salud: temas y perspectiva en América Latina», p. 705.

<sup>22</sup> Cfr. M. Santos, citado por Luisa Íñiguez Rojas y O.E. Pérez: Ob. cit., p. 241.

tatada la existencia del estado mórbido, sino que pueden incluso prevenirlo. Tanto a nivel individual y colectivo, como social, pueden identificarse prácticas de salud que modulan la prevención de las enfermedades y cómo estas son enfrentadas. La detección temprana de síntomas a partir del monitoreo sistemático del propio cuerpo, el control y mejoramiento del hábitat familiar y la aplicación de programas de divulgación de mensajes para la salud pueden verse como ejemplos de acciones preventivas. Mientras que los procesos de adherencia terapéutica y los programas de atención a enfermedades específicas pueden verse como ejemplos de un efectivo acceso y uso de la terapia.

### El color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte Las cabeceras provinciales de la región oriental de Cuba

Una vez comentadas las principales pautas teórico-metodológicas que sustentan este estudio, corresponde ahora la presentación de los hallazgos fundamentales. Para comenzar, se abordará el comportamiento del diferencial ante la muerte según color de la piel, de los habitantes que residen en las cabeceras provinciales de la región oriental del país.

La tabla 1 resume las cifras fundamentales en este sentido, extraídas de las tablas de mortalidad y calculadas para las subpoblaciones de diferente color de la piel.

Las estimaciones anteriores muestran la clara desventaja de los clasificados como no blancos, en relación con la población blanca. En términos de esperanza de vida al nacer, resultan pertinentes varias observaciones. En primer lugar, tanto hombres como mujeres, sin importar el color de la piel, presentan valores que sobrepasan los 73 años de edad, que no son otra cosa que el reflejo del positivo impacto de las transformaciones sociales del país, en general, y de las del sector de la salud, en particular, que han sido muy bien documentadas en trabajos precedentes.

Sin embargo, no deja de llamar la atención las distancias observadas entre los valores de las subpoblaciones en estudio, en relación con los promedios nacionales oficialmente publicados

para el trienio 2001-2003,<sup>23</sup> aun cuando estas comparaciones deban ser tomadas con precaución, atendiendo al momento y la manera en que se llegó a las estimaciones.

**Tabla 1. Población residente en cabeceras provinciales: diferenciales de mortalidad por sexo y color de la piel, región oriental (2003-2005).**

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)			
	HOMBRES	MUJERES	DIFERENCIAL POR SEXO
Blancos	77,07	80,93	3,86
No blancos	73,92	76,78	2,86
Diferencial por color	-3,15*	-4,15	
MORTALIDAD INFANTIL (‰)**			
Blancos	3,18	3,71	-0,53
No blancos	8,95	5,84	3,11
Diferencial por color	-5,77	-2,13	

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

\*\* Los valores de mortalidad infantil corresponden a lo esperado, para 1 000 menores de un año, de la probabilidad de muerte a la edad exacta de 0 años (cfr. E. Arriaga: Ob. cit.).

**Fuente:** F. Cabrera: «Una aproximación espacial al color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte en el Oriente de Cuba», anexos estadísticos, tablas 3, 4, 5 y 6.

La esperanza de vida al nacer de los hombres de Cuba, en el trienio 2001-2003, alcanzó los 75,13 años de edad. Nótese como el valor estimado para los blancos es superior a la media nacional, mientras que el de los no blancos es inferior. De manera similar ocurre en el caso del sexo femenino, para el que la estimación oficial asciende hasta los 78,97 años de edad.<sup>24</sup>

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

<sup>23</sup> Cfr. ONE y CEPDE: *Cuba: la esperanza o expectativa de vida...*

<sup>24</sup> Cfr. ídem.

jeros no blancas (76,78 años) no logra sobrepasar al correspondiente a los hombres blancos (77,07 años). Estos hallazgos son coherentes con lo que en otras investigaciones se ha definido como una característica particular del diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba<sup>25</sup> y con lo descrito en el ensayo de Albizu-Campos, del que esta investigación es heredera.<sup>26</sup>

En el caso de la mortalidad infantil, la tendencia observada es diferente, en tanto son los hombres no blancos quienes evidencian mayores desventajas, al sobrepasar en casi seis defunciones por cada 1 000 nacidos vivos a sus pares blancos; en cambio, las mujeres no blancas, aunque también en desventaja, sobrepasan a sus equivalentes blancas en poco más de dos defunciones como promedio. Lo más llamativo, quizás, sea que, al evaluar el diferencial por sexos, las mujeres blancas son aquellas que portan una mayor desventaja, hecho este que no encuentra paralelo en los trabajos citados anteriormente, en los que sí se había acotado una desventaja para las mujeres no blancas en las zonas rurales, que mostraban un exceso de cuatro defunciones por cada 10 000 menores de un año.<sup>27</sup> En este sentido, una hipótesis explicativa pudiera ser la existencia de factores coyunturales en el momento de las estimaciones, que provocaron un mayor número de defunciones femeninas de color de piel blanca.

Correspondería ahora comentar cómo las edades contribuyen a la desventaja observada en la población no blanca, para cada sexo. Es este un ejercicio que permite comprender la participación de las edades en determinado patrón de mortalidad y en cuáles tramos de la vida se localizan las diferencias más marcadas; lo que puede derivar, luego, en el diseño de acciones y estrategias para combatir dichas desventajas. La tabla 2 muestra que las desventajas de la población no blanca abarcan todos los grupos

de edad considerados, al analizar ambos sexos y cada uno por separado.

**Tabla 2. Población residente en cabeceras provinciales: contribuciones de las edades al diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel, región oriental (2003-2005).**

EDADES (AÑOS)	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
0	-0,42934	-0,16414	-0,29821
1-4	-0,06983	-0,04420	-0,05611
5-14	-0,16193	-0,02698	-0,09916
15-39	-0,49279	-0,28186	-0,41072
40-59	-0,65946	-0,82996	-0,77019
60-74	-0,89530	-1,49506	-1,21705
75 y más	-0,44118	-1,31021	-0,87153
<b>Total</b>	<b>-3,15</b>	<b>-4,15</b>	<b>-3,72</b>

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tabla 15.

Nótese, en el caso de los hombres, cómo la mortalidad infantil contribuye negativamente al diferencial en un número de años similar a como lo hace el grupo de edades de 75 años y más, cercano también a la contribución de casi 0,5 años del segmento de 15-39 años. En cambio, esta contribución negativa es mayor que la del grupo de edades desde 1 hasta 14 años. En términos relativos, el aporte de los menores de 1 año representa cerca del 14 %, las edades entre 1 y 14 años aportan poco más de un 7 %, mientras que las contribuciones de los grupos entre 15 y 59 años y de los mayores de 60 años representan el 36,6 % y 42,4 % respectivamente. Estas cifras nos advierten que, para el sexo masculino, la sobremortalidad no blanca es más evidente en los menores de 1 año, a lo largo de la vida activa y, con mucha fuerza, sobrepasado el umbral de los 60 años.

En el caso del sexo femenino, la desventaja en las menores de 1 año representa solo cerca de un 4 %, con respecto al total del diferencial, mientras que en el grupo de 1 a 14 años las contribuciones no alcanzan el 2 %; al mismo tiempo, resulta notable que en este grupo de edades la fracción de años que se aporta al diferencial es mucho menor que en el caso de los hombres, lo que sugiere, incluso, cierta paridad entre las subpoblaciones femeninas. En las edades activas esta contribución se eleva a un 26,8 % y, para las edades más

<sup>25</sup> Cfr. R. García: *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*; L.M. López: «El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba»; L.M. López, J.C. Albizu-Campos y M.A. Gran: «Evolución del diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer. Cuba, siglo xx»; y J.C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano...».

<sup>26</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano...».

<sup>27</sup> Cfr. ídem.

avanzadas, a un valor relativo cercano al 67,6 %. Se deriva de estas observaciones y de los datos de la tabla 2 que, si bien las mujeres no blancas tienen cierta ventaja sobre sus iguales masculinos hasta los 39 años, esta situación se invierte después de los 40 años, y es a partir de este grupo que se manifiesta con más fuerza el deterioro de las féminas no blancas, hasta alcanzar un diferencial que, como ya se había comentado, excede en 1 año al de los hombres no blancos, en comparación con los blancos.

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

**Tabla 3. Población residente en cabeceras provinciales: contribuciones de las edades avanzadas al diferencial de esperanza de vida por color de la piel, región oriental (2003-2005).**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
60-64	-0,28097	-0,42463	-0,35990
65-69	-0,32709	-0,50720	-0,42562
70-74	-0,28724	-0,56323	-0,43153
<b>Subtotal</b>	<b>-0,89530</b>	<b>-1,49506</b>	<b>-1,21705</b>
75-79	-0,24884	-0,50756	-0,38235
80-84	-0,14730	-0,41682	-0,28180
85-89	-0,06109	-0,26520	-0,16199
<b>Subtotal</b>	<b>-0,45723</b>	<b>-1,18958</b>	<b>-0,82614</b>
90-94	-0,01592	-0,15219	-0,08286
95-99	0,01199	-0,00584	0,00540
100 y más	0,01998	0,03740	0,03207
<b>Subtotal</b>	<b>0,01605</b>	<b>-0,12063</b>	<b>-0,04539</b>
<b>Total</b>	<b>-1,33648</b>	<b>-2,80527</b>	<b>-2,08858</b>

Fuente: ídem.

El sexo femenino, tal como se ha comentado, muestra una situación más comprometida en términos de desventaja de supervivencia para

las no blancas, las cuales, a partir de los 60 años, evidencian mayores riesgos de mortalidad que los hombres, y solamente en el grupo abierto final ostentan una mayor sobrevivencia que las blancas. En cada grupo de edades los aportes negativos en años siempre sobrepasan las cifras observadas para el sexo masculino.

Si se consideran ambos sexos, se observa una desventaja de la población no blanca que abarca todos los tramos de edad hasta los 94 años, donde se destacan con fuerza las disparidades en términos de mortalidad infantil en el grupo de 15-39 años y en las edades de retiro activo de la población.

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

Al interior de las cabeceras provinciales de la región oriental del país se verifican los hallazgos de Albizu-Campos para toda la población de Cuba.<sup>28</sup> En este sentido, la población no blanca estudiada está sometida, a lo largo de la mayor parte de la vida, a un patrón de sobremortalidad al que sobreviven algunos individuos como resultado de cierta selectividad, que les permite, sobrepasado el límite de los 94 años, alcanzar un estatus de sobrevivencia más avanzado que los individuos de la población blanca.

Aun cuando estos resultados develan, en términos generales, el mismo patrón descrito por Albizu-Campos en sus trabajos, no debe dejar de señalarse que, en las estimaciones realizadas por este autor para la región oriental, la relativa ventaja de la población no blanca se comenzaba a constatar a partir de los 90 años, en el caso de los hombres, y para el grupo abierto final en las mujeres. Las estimaciones que aquí se presentan arrojan resultados ligeramente diferentes.

<sup>28</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Cuba...» y «Contrapunteo cubano...».

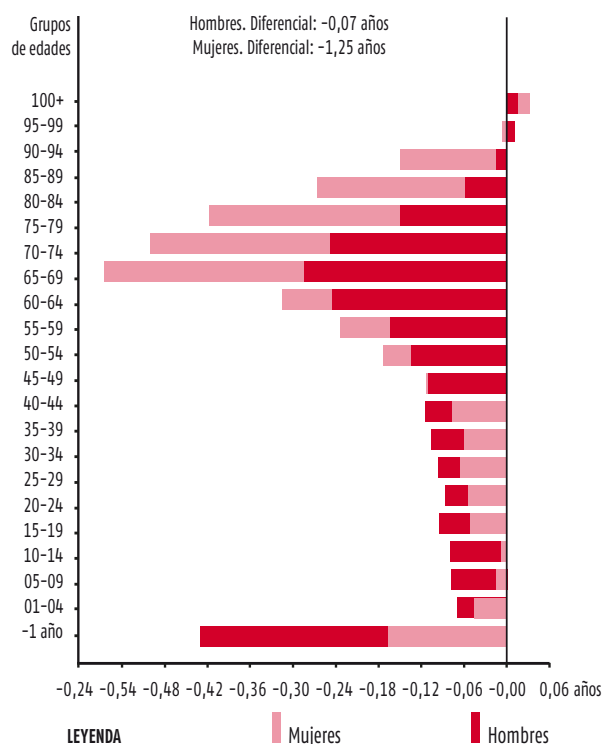
**Tabla 4. Población residente en cabeceras. medidas de posición de la probabilidad de muerte acumulada desde el nacimiento, región oriental (2003-2005).**

MEDIDA (% DE LA POBLACIÓN)	HOMBRES			MUJERES		
	BLANCOS	NO BLANCOS	DIFERENCIA	BLANCAS	NO BLANCAS	DIFERENCIA
P25	66,88	63,47	-3,41	71,87	67,09	-4,78
P50	77,18	74,41	-2,77	81,14	76,95	-4,19
P75	85,43	83,26	-2,17	88,41	84,90	-3,51
P95	95,41	93,95	-1,46	96,78	94,08	-2,70

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tablas 3 y 5.

Este es un tema sobre el que se volverá más adelante.

La figura 1 resume, de manera visual, los comentarios realizados hasta el momento. En esta se puede apreciar el patrón diferencial de la desventaja de sobrevivencia para los no blancos, de acuerdo a cómo contribuyen las edades al diferencial de esperanza de vida y, a la vez, se puede observar cómo este patrón es diferencial para cada uno de los sexos.



**Figura 1.** Población residente en cabeceras provinciales: contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel, región oriental (2003-2005).

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tabla 15.

### El resto de los municipios de la región oriental de Cuba

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

La información de la tabla 5 confirma lo ya comentado acerca de los elevados valores que alcanza la esperanza de vida, independientemente de la subpoblación para la que se calcule. Esta ofrece, además, una primera panorámica de cómo se comporta el diferencial que se ha estado analizando y que, claramente, denota una vez más las desventajas de la población no blanca frente al riesgo de morir, si se le compara con la blanca. No obstante, resulta llamativo que, en términos de esperanza de vida, se constata que la ventaja de los hombres blancos es mínima, de apenas seis centésimas de año, y tanto blancos como no blancos presentan valores del indicador por encima de la media nacional, según la ONE.<sup>29</sup>

En el caso de las mujeres, la diferencia asciende hasta 1,25 años en favor de las blancas. Se confirma, nuevamente, el sexo femenino como el más afectado con relación al diferencial estudiado, aunque se observa que la esperanza de vida femenina, no blanca, logra sobrepasar no solo a sus iguales masculinos, sino también a los hombres blancos, y ambas subpoblaciones femeninas (blanca y no blanca) alcanzan valores del indicador por encima de las estimaciones oficiales que se han manejado. Al girar el punto de análisis hacia

<sup>29</sup> Cfr. ONE y CEPDE: *Cuba: la esperanza o expectativa de vida...*

el diferencial por sexos de la esperanza de vida, se aprecia que este es más marcado en la población blanca y supera en más de un año la cifra registrada para la no blanca.

**Tabla 5. Población residente en no cabeceras: diferenciales de mortalidad por sexo y color de la piel, región oriental (2003-2005).**

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)			
	HOMBRES	MUJERES	DIFERENCIAL POR SEXO
Blancos	76,75	81,13	4,38
No blancos	76,69	79,88	3,19
Diferencial por color	-0,06	-1,25	-
MORTALIDAD INFANTIL (‰)			
Blancos	4,24	3,74	0,50
No blancos	7,00	5,05	1,95
Diferencial por color	-2,76	-1,31	-

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

\*\* Los valores de mortalidad infantil corresponden a lo esperado para 1 000 menores de un año de la probabilidad de muerte a la edad exacta de 0 años (cfr. E. Arriaga: Ob. cit.).

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tablas 9, 10, 11 y 12.

En cuanto a la mortalidad infantil, vuelve a ser el sexo masculino el que lleva el peso de la desventaja, en términos de color de la piel. El indicador revela que en la población no blanca ocurrieron, como promedio, 2,76 defunciones más por cada 1 000 nacimientos que en la blanca. No obstante, el sexo femenino aporta 1,31 defunciones más en las no blancas que en las blancas.

En este sentido, el diferencial por sexo, aunque se comporta según lo teóricamente esperado, y apunta hacia una ventaja femenina, en el caso de la población blanca esta se ubica en una cota bastante baja, en tanto que para la población no blanca, en promedio, se observaron casi dos defunciones menos de mujeres que de hombres. Camino hacia una mayor comprensión de cómo las edades contribuyen al diferencial constatado, se ofrece la información de la tabla 6 que resume, tal como se había hecho para las cabeceras provinciales, los grupos de edades que conducen las diferencias en cuanto a esperanza de vida, verificadas para la población residente en no cabeceras.

**Tabla 6. Población residente en no cabeceras: contribución de las edades al diferencial de esperanza de vida al nacer por color de la piel, región oriental (2003-2005).**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
0	-0,21268	-0,10494	-0,16161
1-4	-0,09293	-0,06922	-0,08309
5-14	-0,11157	-0,04702	-0,08642
15-39	-0,20953	-0,18042	-0,20381
40-59	0,02952	-0,50295	-0,23845
60-74	0,15605	-0,36015	-0,10437
75 y más	0,37550	0,01667	0,20463
<b>Total</b>	<b>-0,07</b>	<b>-1,25</b>	<b>-0,67</b>

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tabla 16.

En el caso de los hombres, son los menores de un año y el grupo de 15-39 años los que conducen al valor negativo del diferencial y entre los dos aportan más de 0,40 años, que corresponde aproximadamente a dos tercios de las contribuciones negativas, las cuales se verifican también en el grupo de 1-14 años. Aun cuando estos aportes tienen un peso relativo muy importante, logran ser minimizados por la mayor sobrevivencia de los no blancos a partir de los 40 años, donde particularmente el grupo de 75 años y más años tiene una función instrumental en el hecho de que el comportamiento del diferencial total sea tan discreto. Para el sexo femenino se observan de nuevo mayores riesgos de mortalidad, al analizarla por el color de la piel. No es hasta el grupo de 75 años y más que las mujeres no blancas muestran más sobrevivencia, lo que no logra contrarrestar los aportes negativos fundamentales de las edades productivas entre 15 y 59 años, que contribuyeron más del 54 % de este diferencial, a las que se suman las edades infantiles y juveniles, que representan cerca del 18 % de las diferencias a favor de la desventaja.

Tal como se procedió en el caso de las cabeceras, se analiza la contribución de las edades avanzadas con mayor detalle, al ser este un grupo etario donde se aprecian diferencias entre uno y otro sexo. La tabla 7 da cuenta de este comportamiento.

Se puede apreciar, sin dificultades, lo que ya se había anotado para las cabeceras, aunque en el caso de los hombres no blancos, como se comentaba, ya desde los 40 años comenzaban a mostrar

un patrón de mayor sobrevivencia. Sin embargo, en las mujeres no blancas esta inversión en la contribución de las edades no ocurre sino hasta los 85 años y, no obstante, el aporte del grupo de edades avanzadas, consideradas en su totalidad, tiene un valor negativo del orden de los 0,34 años, mientras que, en los hombres, se observa un comportamiento de signo contrario, que supera medio año de contribución de estas edades. Apréciase que, en total, las contribuciones que indican la mayor sobrevivencia de las mujeres no blancas solo representan una fracción de 0,17 años.

**Tabla 7. Población residente en no cabeceras: contribuciones de las edades avanzadas al diferencial de esperanza de vida por color de la piel, región oriental (2003-2005).**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
60-64	0,03659	-0,12443	-0,04338
65-69	0,05354	-0,10796	-0,02912
70-74	0,06592	-0,12776	-0,03187
<b>Subtotal</b>	<b>0,15605</b>	<b>-0,36015</b>	<b>-0,10437</b>
75-79	0,09411	-0,11545	-0,00934
80-84	0,09686	-0,04230	0,02795
85-89	0,06407	0,07464	0,06533
<b>Subtotal</b>	<b>0,25504</b>	<b>-0,08311</b>	<b>0,08394</b>
90-94	0,05144	0,06029	0,05536
95-99	0,04175	0,03063	0,03964
100 y más	0,02727	0,00886	0,02569
<b>Subtotal</b>	<b>0,12046</b>	<b>0,09978</b>	<b>0,12069</b>
<b>Total</b>	<b>0,53155</b>	<b>-0,34348</b>	<b>0,10026</b>

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tabla 16.

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

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

**Tabla 8. Población residente en no cabeceras: medidas de posición de la probabilidad de muerte acumulada desde el nacimiento, región oriental (2003-2005).**

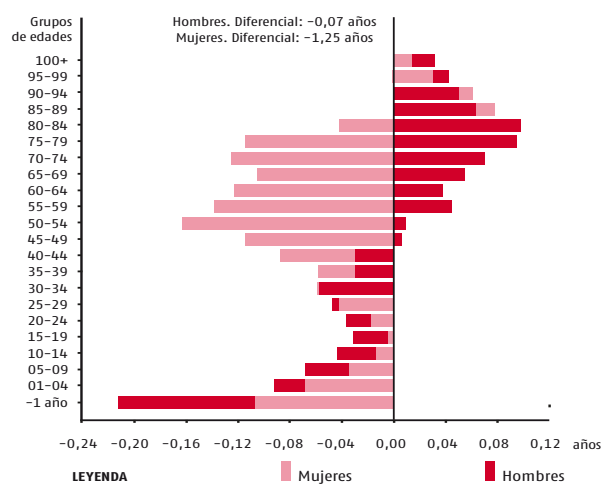
MEDIDA	HOMBRES			MUJERES		
	BLANCOS	NO BLANCOS	DIFE-RENCIA	BLANCAS	NO BLANCAS	DIFE-RENCIA
P25	67,23	67,11	-0,12	71,96	70,02	-1,94
P50	77,26	77,62	0,36	81,49	80,37	-1,12
P75	85,17	85,76	0,59	88,93	88,64	-0,29
P95	94,44	95,62	1,18	97,30	97,68	0,38

Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tablas 9 y 11.

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

para estas últimas es casi dieciocho veces mayor que el observado entre los hombres.

La figura 2 resume, de manera visual, las cuestiones que se han comentado. Muestra la clara diferenciación entre las contribuciones de ambos sexos a cada uno de los diferenciales correspondientes, y destaca la desventaja relativa de la mujer no blanca a partir de los 30 y hasta los 84 años. En el caso de los hombres, pueden constatar las contribuciones positivas de las edades a partir de los 40 años.



**Figura 2.** Población residente en no cabeceras: contribución de las edades al diferencial de la esperanza de vida al nacer según color de la piel, región oriental (2003-2005).  
Fuente: F. Cabrera: Ob. cit., anexos estadísticos, tabla 16.

### Espacio, color, mortalidad: hacia una integración explicativa

Se comentaba en secciones anteriores que, independientemente de la subpoblación para la que se estima la esperanza de vida al nacer, esta sobrepasa siempre el límite de los 70 años de edad, de acuerdo con el indicador que sitúa al país en la completitud de su transición demográfica, según autores cubanos,<sup>30</sup> y en una situación de transición muy avanzada, de acuerdo con algunos organismos internacionales del área de América Latina y el Caribe.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Cfr. R. García: Ob. cit. y J.C. Albizu-Campos: «Mortalidad y supervivencia...».

<sup>31</sup> Cfr. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE): *Transformaciones demográficas y*

Es interesante apuntar que, de acuerdo a las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), los valores que se han estimado para la esperanza de vida de hombres y mujeres blancos y no blancos, incluso aquellos que denotan la presencia de mayores desventajas en el contexto cubano, son siempre superiores a la media de la región de las Américas, incluso hasta el quinquenio 2015-2020, para el que los valores proyectados por CELADE son de 73 y 78,3 años para hombres y mujeres, respectivamente.<sup>32</sup>

Resulta destacable además que, aunque este estudio dé cuenta de la persistencia de ciertos diferenciales ante la muerte, la transición de la mortalidad cubana ha estado caracterizada, en los últimos 50 años, por la eliminación de lo que se ha dado en llamar la «polarización epidemiológica»,<sup>33</sup> que existía en Cuba hacia fines de la década de los cincuenta del pasado siglo y que consistía en enormes disparidades ante la muerte, por regiones y estratos de población, condicionadas por las profundas diferencias socioeconómicas existentes. Baste citar los resultados de una encuesta por muestreo aplicada a trabajadores agrícolas en 1957, que arrojaba las dramáticas cifras de 91 % de desnutrición, 46 % de iletrados, 39 % de parasitados y solamente un 12 % con capacidad de asistencia médica;<sup>34</sup> o la referencia a un estudio que planteaba que el 75 % de los tuberculosos de La Habana, en 1944, provenían de los 30 000 pobladores que residían en solares en condiciones higiénico sanitarias deplorables.<sup>35</sup>

No obstante estas observaciones, los indicadores estimados responden a una realidad objetiva que debe ser explicada y comprendida, con el anhelo de que pueda ser transformada a partir de su más profundo conocimiento. El estudio ha permitido comprobar, una vez más, que cambiar la escala en los análisis es útil, en tanto acerca los problemas a los contextos en que estos se

su influencia en el desarrollo de América Latina y el Caribe, pp. 5-6.

<sup>32</sup> Cfr. CEPAL y CELADE: *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico n.º 9. Mortalidad*.

<sup>33</sup> Cfr. R. García: Ob. cit., p. 25.

<sup>34</sup> Cfr. J.R. Ruiz: *Cuba, revolución social y salud pública (1959-1984)*, p. 9.

<sup>35</sup> Cfr. J.M. Chailloux Cardona, citado por J.R. Ruiz: Ob. cit., p. 9.

desarrollan, y se develan relaciones y tendencias que quedan ocultas en los promedios nacionales.

En este sentido, las desarticulaciones señaladas por Albizu-Campos<sup>36</sup> en términos de menor sobrevivencia de la población no blanca son confirmadas; esta vez, desde una perspectiva que intenta incorporar la categoría de «espacio». Así, mientras que este autor señala un diferencial por color de la piel de esperanza de vida en la región oriental del país de -1,22 años para los hombres y -2,48 años para las mujeres, las presentes estimaciones muestran que, en el caso de la población de las cabeceras provinciales de la misma región, los valores aumentan hasta -3,15 años para los hombres y -4,15 años para las mujeres, mientras que, en el caso de la población residente en las no cabeceras, los valores disminuyen a -0,07 años en los hombres y -1,25 años en las mujeres. Estas cifras evidencian que, efectivamente, existe una variabilidad entre los indicadores calculados, una vez que se desciende hacia niveles subnacionales, lo que da cuenta de una heterogeneidad que escapa a las observaciones promedio. Llama la atención que estos diferenciales alcancen los valores antes citados al interior de la región oriental de Cuba, donde las estructuras por color de la piel muestran una mayor presencia de población no blanca pero, como se verá más adelante, este es un elemento que ayuda a comprender la particular atención que demandan los presentes hallazgos.

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

En este sentido, convendría hacer referencia a trabajos de investigadores del Instituto Cubano de Antropología, que pueden demostrar las desigual-

dades comentadas. Aun cuando estos estudios resulten de corte cualitativo, no dejan de tener valor para el propósito de este estudio. P. Rodríguez, L.Y. Carranza y A.J. García aportan indicios de un predominio de población negra y mestiza en las áreas urbanas más deprimidas,<sup>37</sup> datos que son corroborados más exhaustivamente por N. Núñez, O. Buscarón y H. Tirado.<sup>38</sup> La recepción de remesas desde el exterior es diferenciada a favor de la población blanca y esto no es el reflejo de una estructura racial de las migraciones internacionales, donde los no blancos son la minoría. En este sentido, E. Morales acota que el 83,5 % de los emigrantes cubanos son blancos, y añade que, al menos hacia los Estados Unidos, la población negra y mestiza comenzó a emigrar más tarde y, por lo tanto, no se encontró con los mejores empleos ni salarios.<sup>39</sup>

Por otra parte, Rodríguez, Carranza y García señalan, además, que los negros y mestizos tienen una menor presencia relativa en el sector emergente de la economía y aquellos que trabajan en este sector lo hacen en plazas no vinculadas directamente al turista. Sugieren asimismo estos autores que las desproporciones observadas no se deben a una menor calificación de la población no blanca, sino a la existencia de obstáculos en el proceso de movilidad hacia los sectores más prósperos.<sup>40</sup> En las investigaciones efectuadas en Santiago de Cuba, estas desproporciones son un elemento claramente percibido por la población residente,<sup>41</sup> aun cuando en esta provincia la población blanca se estimaba, en 2002, en un 28,7 %.<sup>42</sup>

La población no blanca es también depositaria de las mayores vulnerabilidades en términos de

<sup>37</sup> En 2011 se publican los resultados de un grupo de estudios que se iniciaron en 1993 y se condujeron a lo largo de diez años por parte de investigadores del Instituto Cubano de Antropología (cfr. P. Rodríguez, L.Y. Carranza y A.J. García: «Relaciones raciales en la esfera laboral»).

<sup>38</sup> Cfr. N. Núñez, O. Buscarón y H. Tirado: «La caracterización etnocultural de los grupos raciales: El complejo habitacional, la religión y las relaciones interraciales».

<sup>39</sup> Cfr. E. Morales: «Para comprender la problemática racial cubana».

<sup>40</sup> Cfr. P. Rodríguez, L.Y. Carranza y A.J. García: Ob. cit.

<sup>41</sup> Cfr. N. Núñez, O. Buscarón y H. Tirado: Ob. cit., p. 161.

<sup>42</sup> Cfr. S.I. Catasús y Eduardo San Marful Orbis: «La población por color de la piel», p. 240.

<sup>36</sup> Cfr. J.C. Albizu-Campos: «Contrapunteo cubano...».

pobreza. De ello dan cuenta varias investigaciones conducidas en el país en la década de los noventa. Así, Zabala comenta un grupo importante de estos trabajos y vincula, a la condición de pobreza, un conjunto de características sociodemográficas de la familia en este ámbito, como son: predominio de la jefatura femenina del hogar y sobrerrepresentación de negros y mestizos, que se asocian a otras problemáticas de carácter social como el fracaso escolar y las conductas marginales.<sup>43</sup>

Por su parte, Espina, sobre la base de investigaciones precedentes de corte cualitativo y cuantitativo, y con la inclusión de un grupo de entrevistas realizadas en el estudio que se toma como referencia, aporta un patrón de la población afectada por tendencias de exclusión, no sin antes advertir que este no debe asumirse como una concepción uniforme de la pobreza.<sup>44</sup> Entre las características que señala la autora, se destacan a continuación las más relevantes de acuerdo a los intereses de este trabajo:

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

no permite traspasar el nivel de la supervivencia.

- Importante peso de migrantes desde territorios de menor desarrollo socioeconómico comparativo, que se asientan en barrios improvisados, sin la infraestructura y la cobertura de servicios públicos necesarios.
- Menor uso comparativo de las redes de servicios públicos y de las oportunidades ofrecidas por los espacios de igualdad.
- Mayor frecuencia de abandono o interrupción de estudios.
- Ubicación espacial preponderante en barrios marginales o en situaciones precarias del entorno.
- Reproducción histórico-familiar de las desventajas.
- Mayor concentración en las provincias de la zona oriental del país.

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

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

Algunos de los elementos antes expuestos contribuyen también a explicar, en alguna medida, los mayores riesgos de mortalidad observados en la población femenina, que serían resultado de una desarticulación de género, lo cual, al agregársele el color de la piel, tiene efectos aún más negativos. Así, por ejemplo, Zabala, en su estudio sobre pobreza y familia, señala la importante participación de la mujer en el entorno familiar, cuyo papel es calificado como preponderante, fundamentalmente

<sup>43</sup> Cfr. M.C. Zabala: *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos.*

<sup>44</sup> Cfr. M.P. Espina: *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana.*

en el ámbito económico, al tiempo que lleva el peso del trabajo doméstico e intenta generar nuevas estrategias de ingresos económicos que compiten con el desarrollo de sus capacidades y su bienestar.<sup>45</sup>

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

Sin embargo, las desventajas descritas hasta aquí pueden atenuarse o reforzarse a través del comportamiento social e individual. En este sentido, resultan llamativos algunos de los resultados de Alina Alfonso en su tesis doctoral.<sup>46</sup> La autora, a partir de una encuesta de representatividad nacional sobre factores de riesgo, estudia el comportamiento diferencial de las poblaciones blanca y no blanca, añadiendo a su análisis el nivel provincial. Sus resultados demuestran que, en términos generales, los comportamientos de riesgo para la salud tienen mayor incidencia en la población no blanca, y entre estos se destaca el consumo de tabaco y alcohol, en este último caso, con una sobrerrepresentación de los no blancos como consumidores, a pesar de valorar su situación económica como desfavorable. Igualmente, este grupo poblacional tuvo una mayor participación en hechos violentos.

Valdría la pena comentar aquí los esfuerzos desplegados por el Sistema Nacional de Salud en términos de educación y promoción en materia de salud, acciones fundamentadas en el elevado nivel de instrucción alcanzado por la población cubana. Sin embargo, considero, a partir de algunas experiencias durante mi formación de pregrado en el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, que, muchas veces, estos programas vienen acompañados de una verticalidad que, en no pocas ocasiones, impide desplegar todo su potencial.

Se suma a estas consideraciones el hecho de que la temática de la promoción y educación en

salud es harto compleja, que necesita evolucionar al tiempo que lo hace el resto de la sociedad y que no es efectiva con el solo difundir la información de cuáles son las prácticas saludables. A modo de ejemplo, se invita al lector a reflexionar acerca de la contemporánea reemergencia de focos de dengue, en buena medida precedida por la reaparición de focos del agente transmisor, a contrapelo de las amplias campañas educativas en este sentido.

Sirva también como ejemplo de lo que se ha comentado un estudio conducido por investigadores del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, con pacientes hipertensos de un policlínico en La Habana, en el que se corrobora que el 97 % de los participantes recibía educación individual sobre su enfermedad, mientras que el restante 3 % lo hacía de forma colectiva. No obstante, solamente el 51 % de la muestra cumplía siempre con el tratamiento y poco más del 50 % asistía siempre a las consultas programadas de seguimiento. Además, el 48,4 % desconocía que el consumo de grasas saturadas es un comportamiento asociado a la hipertensión, así como el 66 % ignoraba que lo era la obesidad y el 88 %, el sedentarismo.<sup>47</sup>

Aun desde su corte descriptivo del fenómeno y a pesar de ser un estudio pequeño, este trabajo da cuenta, además, de las complejidades de un proceso que la psicología de la salud se ha dedicado a estudiar con fuerza en los últimos años, y que se ha dado en llamar de «adherencia terapéutica».<sup>48</sup> Esta se define como el grado en que una persona es capaz de seguir las indicaciones de un tratamiento médico, y en la literatura se plantea que está influida por diferentes factores, entre ellos, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y las condiciones psicosociales del paciente.<sup>49</sup>

Como hipótesis, volvería a ser, en este sentido, la población no blanca la más vulnerable a un fenómeno de este tipo, si se considera que, a

<sup>45</sup> Cfr. M.C. Zabala: Ob. cit.

<sup>46</sup> Cfr. Alina C. Alfonso: «La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias (2001), parte urbana».

<sup>47</sup> Cfr. M. Acosta, G. Debs, R. Noval y A. Dueñas: «Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica»

<sup>48</sup> Cfr. L. Martín: «Acerca del concepto de adherencia terapéutica».

<sup>49</sup> Cfr. M. Crespo, citado en Y. Ginarte: «La adherencia terapéutica», p. 503.

pesar de las subvenciones de los medicamentos en el país, son estas personas las que están sobrerrepresentadas en las más difíciles condiciones socioeconómicas. Añádase, además, que el solo hecho de que un tratamiento se prolongue en el tiempo es un factor más que se suma a su posible incumplimiento,<sup>50</sup> tal sería el caso de aquellas patologías cuya cronicidad implican una medicación dilatada e incluso modificaciones en los estilos de vida. Retome el lector, entonces, las ideas de Espina sobre el carácter presentista de las estrategias de vida de las poblaciones en riesgo de pobreza<sup>51</sup> y se añaden mayores posibilidades de discontinuidad de las prescripciones médicas en la subpoblación no blanca, mucho más vulnerable, lo que acarrea nuevos riesgos que reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS), como recaídas más intensas de la enfermedad, riesgos adversos de la suspensión de algunos medicamentos y la ocurrencia de accidentes;<sup>52</sup> elementos que, en definitiva, contribuyen a elevar las probabilidades de muerte.

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

Remítase el lector para ilustrar estas reflexiones a las investigaciones de Rodríguez, Carranza y García quienes, para evaluar los prejuicios y estereotipos raciales presentes en la población, acudieron a una estrategia de análisis del discurso sobre las representaciones del otro

y del sí mismo, racialmente definidos.<sup>53</sup> Entre las conclusiones más relevantes a las que arriban los autores está la persistencia de la mayor cantidad de juicios negativos que se encuentran al evaluar a negros y mestizos, pero más interesante aún es el predominio de las evaluaciones negativas como autorrepresentación de los negros que, tal y como aprecian los autores, afectan la autoestima.

Por otra parte, Espina define, entre los rasgos de un perfil subjetivo de los pobres en Cuba, una autopercepción como grupo de desventaja, con pocas capacidades autónomas para mejorar.<sup>54</sup> Zabala perfila a las familias estudiadas por ella en la percepción de ser inferiores, con aspectos disfuncionales de su funcionamiento, un estilo adaptativo o pasivo para enfrentar la precariedad económica y un relativamente bajo nivel de autoestima.<sup>55</sup>

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

Habría que hacer un aparte para el caso de la mortalidad infantil, por ser este un indicador muy sensible y que a nivel internacional se maneja como reflejo de las condiciones de vida de una comunidad, nación o pueblo, al tiempo que su reducción es una prioridad de salud en todo el mundo.<sup>56</sup> En el presente estudio, las cifras obtenidas son nuevamente aleccionadoras en cuanto a los avances logrados en el país, si se comparan con las de países del área.

Obsérvese en la tabla 9 las elevadas cifras de mortalidad infantil de los países seleccionados, con la sola excepción del caso cubano, sin embargo, no deja de llamar la atención que, desde el punto de

<sup>50</sup> Cfr. Y. Ginarte: Ob. cit, p. 503.

<sup>51</sup> Cfr. M.P. Espina: Ob. cit.

<sup>52</sup> Cfr. Organización Mundial de Salud (OMS): *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*.

<sup>53</sup> Cfr. P. Rodríguez, L.Y. Carranza y A.J. García: Ob. cit.

<sup>54</sup> Cfr. M.P. Espina: Ob. cit.

<sup>55</sup> Cfr. M.C. Zabala: Ob. cit.

<sup>56</sup> CEPAL y CELADE: *Población y salud en América Latina y el Caribe: restos pendientes y nuevos desafíos*.

vista relativo, las cifras de mortalidad infantil seleccionadas para Cuba son las que dan muestra de una mayor disparidad. Este elemento no hace otra cosa que advertir, nuevamente, sobre una desigualdad que desborda el marco del sistema de salud como explicación exclusiva, si se piensa en la fortaleza y perfeccionamiento al que se somete el programa de atención materno-infantil.

**Tabla 9. Tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 nacidos vivos), Cuba y países seleccionados.**

PAÍS	POBLACIÓN EN DESVENTAJA	RESTO	BRECHA RELATIVA
Brasil	40,20	26,70	1,50
Colombia	31,70	23,90	1,33
Ecuador	37,20	29,30	1,27
Nicaragua	38,00	26,40	1,44
Cuba*	8,95	3,18	2,81

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

**Fuente:** A.M. Oyarce, B. Ribota y M. Pedrero: «Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos», p. 14.

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

### Consideraciones finales

Luego de haber expuesto en detalles los hallazgos fundamentales de este estudio, vale la pena esbozar algunos elementos conclusivos y presentar algunas reflexiones a partir de estos resultados.

El color de la piel se ratifica como una variable de diferenciación ante la muerte, una vez que se avanza hacia niveles subnacionales en el estudio. En la región oriental de Cuba, las agrupaciones de municipios utilizadas como espacios diferenciados han sido de utilidad para demostrar este punto.

En este sentido, el valor del diferencial aumenta considerablemente en la agrupación de los municipios cabeceras provinciales y disminuye en el resto de los municipios de la región, con relación a las estimaciones calculadas para el país y la zona oriental en su conjunto.

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

Estos elementos evidencian los complejos procesos que tienen lugar en la sociedad cubana cuando se analiza el color de la piel. Aun cuando los resultados obtenidos para este estudio no son de ninguna forma atribuibles, en sí mismos, al diseño deficitario de políticas y programas de salud, estos llaman la atención sobre un grupo de dinámicas sociales, donde la población no blanca queda rezagada, y que tienen un claro impacto en torno a cuándo se producen las defunciones en cada subgrupo poblacional. Visto en este sentido, se hace necesario comenzar a buscar vías de corrección de tales desventajas. Si bien las estrategias deben involucrar a toda la sociedad, es fundamental un pensamiento en términos de política de salud, que trascienda la universalidad de la atención médica y emprenda acciones particulares para las distintas subpoblaciones, y a la vez se ajustan a las características diversas de los espacios donde las personas experimentan la cotidianidad.

Desde la óptica académica quedan aún zonas de indagación sobre el tema. Cabe mencionar que resulta necesario profundizar en el estudio de las causas de muerte que pueden estar conduciendo las diferencias encontradas, no vistas como determinantes en sí mismas de las diferencias en la manera de morir, sino como el evento observable

final, luego de la acción combinada de diversos factores ambientales, políticos, culturales, sociales e individuales. Al mismo tiempo, se impone el perfeccionamiento de los criterios para una mejor aproximación al tema del espacio, quizás desde la construcción de agregados municipales, a partir de la combinación de diversos criterios de desarrollo socioeconómico, como indicadores sintéticos.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA, M.; G. DEBS, R. NOVAL y A. DUEÑAS: «Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica», *Revista Cubana Enfermer*, vol. 21, n.º 3, La Habana, 2005, <[http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21\\_3\\_05/enf08305.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf)> [13/1/2012].
- ALBIZU-CAMPOS, J.C.: «Contrapunteo cubano de la muerte y el color», *Novedades en Población*, vol. 4, n.º 7, La Habana, 2008, <<http://www.cedem.uh.cu/Revista/portada.html>> [5/3/2010].
- ALBIZU-CAMPOS, J.C.: «Cuba. La muerte y el color», *Revista Electrónica Zacatecana de Población y Sociedad*, vol. 6, n.º 26, Zacatecas, septiembre-octubre, 2005, <[http://sociales.reduaz.mx/no\\_26.htm](http://sociales.reduaz.mx/no_26.htm)> [5/3/2010].
- ALBIZU-CAMPOS, J.C.: «Mortalidad y supervivencia en Cuba en los 90», tesis de doctorado, Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, 2002.
- ALBIZU-CAMPOS, J.C.: «Un marco para el estudio de la mortalidad en Cuba», *Novedades en Población*, vol. II, CD-ROM, CEDEM, Universidad de La Habana, 2003.
- ALFONSO, A.C.: «La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias (2001) parte urbana», tesis de doctorado, CEDEM, Universidad de La Habana, 2009.
- ARREDONDO, A.: «Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad», *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, n.º 3, Río de Janeiro, 1992, pp. 254-261.
- ARRIAGA, E.: «Measuring and Explaining the Change of Life Expectancies», *Demography*, vol. 21, n.º 1, New York, 1989, pp. 83-96.
- ARRIAGA, E.: *Tablas de mortalidad*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), San José, 1987.
- CATASÚS, S.I. y EDUARDO SAN MARFUL ORBIS: «La población por color de la piel», en VV. AA., *Cuba. Población y desarrollo*, CEDEM, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), La Habana, 2009, pp. 234-241.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) y CELADE: *América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico, n.º 9, Mortalidad*, Santiago de Chile, 2010.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) y CELADE: *Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*, Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile, 2010.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) y CELADE: *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*, trigésimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, 2008.
- ESPINA, M.P.: *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), Buenos Aires, 2008.
- GARCÍA, R.: *La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio sociodemográfico*, CEDEM, Universidad de La Habana, 1996.
- GINARTE, Y.: «La adherencia terapéutica», *Revista Cubana Medicina General Integral*, vol. 17, n.º 5, La Habana, 2001, pp. 502-505.
- ÍÑIGUEZ ROJAS, LUISA: «Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina», *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, n.º 4, Río de Janeiro, 1998, pp. 701-711.
- ÍÑIGUEZ ROJAS, LUISA: «Heterogeneidad territorial de Cuba. Entre herencias y renovaciones», en O.E. Pérez et al., *Miradas a la economía cubana*, Editorial Caminos, La Habana, 2009, pp. 99-120.
- ÍÑIGUEZ ROJAS, LUISA y M. MONTES: «Espacio y poblamiento», en O.E. Pérez (comp.), *Cincuenta años de la economía cubana*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 2010, pp. 363-405.
- ÍÑIGUEZ ROJAS, LUISA y O.E. PÉREZ: «Espacio, territorio, y desigualdades sociales en Cuba. Precedencias y sobreimposiciones», en O.E. Pérez (comp.), *Reflexiones sobre economía cubana*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 2004, pp. 420-470.
- LÓPEZ, L.M.: «El diferencial por sexos de la esperanza de vida al nacer en Cuba», tesis de maestría, CEDEM, Universidad de La Habana, 2003.
- LÓPEZ, L.M.; J.C. ALBIZU-CAMPOS y M.A. GRAN: «Evolución del diferencial por sexo de la esperanza de

- vida al nacer. Cuba, siglo xx», *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 31, n.º 3, La Habana, 2005, <[http://scielo.ph?script=sci\\_arttext&pid=S086434662005000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.ph?script=sci_arttext&pid=S086434662005000300003&lng=es&nrm=iso)> [8/3/2010].
- MARTÍN, L.: «Acerca del concepto de adherencia terapéutica», *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 30, n.º 4, La Habana, 2004, <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086466200400040000&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086466200400040000&script=sci_arttext&tlng=pt)> [17/9/2011].
- MARTÍNEZ, O. et al.: *Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996*, Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM)/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Caguayo S.A., La Habana, 1997.
- MARTÍNEZ, O. et al.: *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999*, CIEM/PNUD/Caguayo S. A., La Habana, 2000.
- MÉNDEZ, E. y M.C. LLORET: «Índice de Desarrollo Humano a nivel territorial en Cuba. Periodo 1985-2001», *Revista Cubana Salud Pública*, vol. 31, n.º 2, La Habana, 2005, <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08644662005000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662005000200003&lng=es&nrm=iso)> [12/2011].
- MORALES, E.: «Para comprender la problemática racial cubana», *La problemática racial en Cuba. Algunos de sus desafíos*, Editorial José Martí, La Habana, 2010, pp. 164-181.
- NÚÑEZ, N.; O. BUSCARÓN y H. TIRADO: «La caracterización etnocultural de los grupos raciales: el complejo habitacional, la religión y las relaciones interraciales», en VV. AA., *Las relaciones raciales en Cuba. Estudios contemporáneos*, Fundación Fernando Ortiz, La Habana, 2011, pp. 125-172.
- OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (ONE) y CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CEPDE): *Cuba: la esperanza o expectativa de vida, 2001-2003. Cálculos y análisis por sexo y edades*, La Habana, 2005.
- OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (ONE) y CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CEPDE): *Las estadísticas demográficas en el sistema información estadístico nacional. Antecedentes, metodología, organización y difusión*, La Habana, 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*, Washington, D.C., 2004.
- OYARCE, A.M.; B. RIBOTTA y M. PEDRERO: *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*, ONU, Santiago de Chile, 2010.
- PUFFEER, R.R.: «Informe acerca de la calidad de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e infantil en Cuba», Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C., 1974.
- RODRÍGUEZ, J.: «Demografía III. Población, sociedad y desarrollo», inédito, 1998.
- RODRÍGUEZ, P.; L.Y. CARRAZANA y A.J. GARCÍA: «Relaciones raciales en la esfera laboral», en VV. AA., *Las relaciones raciales en Cuba. Estudios contemporáneos*, Fundación Fernando Ortiz, La Habana, 2011, pp. 45-84.
- ROJAS, F. y N. RÍOS: «Los sistemas de información estadística para obstetricia y ginecología en Cuba», *Revista Cubana de Administración de Salud*, vol. 2, n.º 2, La Habana, 1976, pp. 181-192.
- RUIZ, J.R.: *Cuba, revolución social y salud pública (1959-1984)*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2008.
- UNITED NATIONS: *Demographic Yearbook, 1992*, New York, 1994.
- UNITED NATIONS: *Demographic Yearbook, 1996*, New York, 1998.
- ZABALA, M.C.: *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos*, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, La Habana, 2010.

