CUBA (1898-1958). EL TRIUNFO SOBRE LA MORTALIDAD ELEVADA[1]

Abel F. LOSADA ÁLVAREZ

Resumen

En este trabajo se trata de revisar y corregir los datos del movimiento natural de población de Cuba de cara a reconstruir la trayectoria seguida por la mortalidad entre la independencia y la revolución. Analizando tres aspectos, la mortalidad general, la mortalidad infantil y las causas de muerte. Los datos obtenidos permiten, sin lugar a dudas, constatar la tendencia descendente de la mortalidad en la isla, la esperanza de vida al nacimiento sufrió un incremento constante desde la independencia. Si bien es cierto que a pesar de los aumentos globales de la esperanza de vida se mantuvieron las grandes diferencias entre el mundo urbano, sobre todo La Habana, y el mundo rural. Aún así, las mejoras sanitarias y alimenticias fueron llegando progresivamente a todo el país, ya que la mejoría de la situación económica trajo consigo nuevas tendencias en la modernización social y cultural y una progresiva participación de la mujer en la vida económica y social del país, relacionado con los avances en la educación.

Palabras clave: Cuba, mortalidad, historia económica y social.

1 Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación financiado por la DGICYT (PS95-0857)

Abstract

In this work, one aims to revise and correct the data on the natural movement of the population in Cuba between its independence and the revolution. Three aspects are analized: the general rate of mortality, infant mortality and the causes of death. Without doubt, the data obtained allow us to verify a decline in the mortality rate on the island, life expectancy at birth has experienced a constant increase since independence. Despite the global increase in life expectancy, the great differences between urban life (especially in Havana) and rural life were maintained. Improvements in sanitation and foodstuffs arrived progressively on the island, nevertheless, as the improvement in the economic situation brought with it new tendencies in social and cultural modernization and the progressive participation of women in the country's economic and social activities, related to advances in education.

Palabras clave: Cuba, mortality, economic and social history.

Résumé

Ce travail va être consacré à la révision et à la correction des données concernant le mouvement naturel de population de Cuba dans le but de reconstruire la trajectoire qu'a suivi la mortalité, entre la période de l'Indépendance et celle de la Révolution. Cela, en analysant trois aspects, la mortalité generale, la mortalité infantile et les causes qui provoquent la mort. Les données obtenues permettent, sans aucun doute, de constater la tendance à la diminution de la mortalité sur l'ile, l'espérance de vie à la naissance a subi une augmentation constante depuis l'Indépendence. Bien qu'il soit vrai que, malgré les augmentations globales de l'espérance de vie, les grandes différences entre le monde urbain, surtout La Havane, et le monde rural se sont maintenues. Quoiqu'il en soit, les progrès sanitaires et alimentaires sont progressivement arrivés à tout le pays; étant donné que l'amélioration de la situation économique a entraîné de nouvelles tendances en ce qui concerne la modernisation sociale et culturelle ainsi qu'une progressive participation de la femme a la vie économique et sociale du pays, le tout grâce aux développements portants sur l'enseignement.

Mots clés: Cuba, mortalité, histoire economique et sociale.

La consideración de la mortalidad como un elemento determinante en el inicio del proceso de transición demográfica,[2] aconseja analizarla con detalle en el intento de explicación de la transición demográfica en cualquier espacio geográfico. Ciertamente en el caso de Cuba y debido sobre todo a los logros conseguidos por la revolución socialista en el ámbito de la mortalidad y la lucha contra la enfermedad, ésta necesita estudios con mayor profundidad, tanto durante el período revolucionario como en el anterior.[3] Sobre todo en el interior de la isla, los estudios han sido muy diversos, desde trabajos de tipo técnico, como los desarrollados por el Centro de Estudios Demográficos, hasta visiones más amplias, como las de C. López Fernández (1972) y R. Hernández Castellón (1981), todos ellos, sin embargo, minimizando los logros obtenidos antes de la revolución en la lucha contra la enfermedad y la muerte. Se trata por lo tanto en primer lugar de realizar una revisión de los datos manejados por estos autores y de la interpretación de los mismos, aspectos que ya hemos iniciado en trabajos anteriores.[4]

Cuba llega a la independencia de España en 1898, después de una guerra especialmente cruenta y en una situación económica y demográfica caótica.[5] Con los datos disponibles resulta muy difícil estudiar en detalle la mortalidad en el período colonial. S. Díaz-Briquets,[6] hace un estudio para la ciudad de La Habana, basado en los registros de fallecimientos y las causas de muerte, concluyendo que la población habanera del siglo XIX, estaba sometida a una típica mortalidad de antiguo régimen, con niveles generales tradicionalmente altos y graves crisis de mortalidad.[7] Un trabajo posterior de F. González Quiñones,[8] utilizando fuentes censales y a través del método de proyección inversa, calcula la esperanza de

---

2 J.C.Chesnais (1986:47).

3 Fuera de la isla, CELADE ha realizado también estimaciones sobre la mortalidad en varios trabajos y el libro de S. Díaz-Briquets (1983) ofrece algunos de los factores que a juicio del autor han influido en la trayectoria de la mortalidad cubana.

4 A. Losada (1993).

5 *Censo de Población de 1899*, pp.41-ss.

6 S. Díaz-Briquets (1983:.25-28).

7 S. Díaz-Briquets (1983): p.12, presenta una serie con las mayores epidemias que afectaron a La Habana en el siglo XIX y la tasa bruta de mortalidad.

8 F. González Quiñones (1992).

vida media pare ambos sexos a lo largo del siglo XIX. Los resultados obtenidos pueden conducir a un cierto escepticismo, así la e(0) en 1839, cuando el 45% de la población de Cuba era esclava, era de 36,6 años y en 1889, dicha esperanza de vida era de 43,7 años,[9] muy elevada en el contexto latinoamericano e incluso mayor que en gran parte de los países de la Europa del Sur, y desde luego, apreciablemente mayor que en la metrópoli en ese momento.[10]

1. Evaluación de los datos disponibles para estudiar la mortalidad

Los datos disponibles para el estudio de la mortalidad en Cuba en los sesenta primeros años del siglo son relativamente escasos y de una calidad discutible. Las muertes se registraron siempre después del entierro, aunque la muerte debería de ser informada inmediatamente. Según la ley, el entierro tenía que ser llevado a cabo oficialmente en un cementerio público, después de la presentación de la licencia emitida por el servicio del registro civil. Este prerequisito para el uso del cementerio exigía, según la ley, la presentación de un certificado médico atestiguando que la muerte había ocurrido y describiendo la naturaleza y la causa de ésta.[11] Las muertes fetales y las ocurridas durante las primeras 24 horas después del nacimiento, eran considerados nacidos muertos. Bajo este sistema el nacido vivo era definido como el superviviente de un feto con figura humana que ha vivido 24 horas separado del seno materno.[12]

El registro de los hechos vitales en Cuba era notablemente deficiente y desgraciadamente los requerimientos regales que afectaban al registro de la mortalidad fueron incumplidos constantemente. Los registros de muertes están incompletos, sobre todo a causa

---

9 Al estar realizados los cálculos con el método «Inverse Projection», es muy probable que el subregistro censal afecte a estas estimaciones.

10 F. Dopico (1993), calcula la esperanza de vida al nacer para el conjunto de la España peninsular en 1878-87 en 29,5 y en 1888-1900 en 32,1 años.

11 Estas condiciones de enterramiento no variaron de forma sustancial a lo largo del período, sin embargo es evidente que no siempre se cumplían, sobre todo en el medio rural de población dispersa.

12 Se seguía la legislación española en la materia.

del registro separado de los nacidos muertos, y parcialmente a causa de que el deber legal de obtener un certificado médico de defunción dificultaba este registro, y por lo tanto, sobre todo en el medio rural más aislado, no se registraban las muertes.

Con todo, existen datos registrados de muertes para una buena parte de los años entre 1900 y 1958, tabulados por sexo y edad.[13] La clasificación por edades es prácticamente inutilizable, ya que por una parte no se publicó para todos los años y además los grupos de edad variaron continuamente a lo largo del período. También existen datos publicados sobre la causa de muerte, pero también aquí la publicación fue discontinua y la clasificación cambió. Por lo tanto solo se puede obtener un cierto grado de fiabilidad de los registros de la mortalidad en Cuba por métodos indirectos. No solo no se publicaron estadísticas que detallen las tabulaciones con un examen riguroso, sino que además la poca fiabilidad de los registros de nacimientos complica el problema. No pudiendo aplicar en estas circunstancias las técnicas demográficas más convencionales se hace necesario confiar en algunas suposiciones.[14]

Inicialmente es necesario considerar diferencias importantes en el subregistro de las muertes, según el momento y las distintas zonas geográficas, aunque resulta prácticamente imposible calcular este subregistro. En algunos casos, las diferencias regionales en la extensión de los registros han afectado también a la mortalidad por causa. Por ejemplo, en algunas zonas donde la malaria u otras enfermedades eran endémicas, las estadísticas eran peores que en aquellas donde no existía, así en estas zonas la proporción del registro de los muertos por malaria esta por debajo de la media nacional.[15]

Vamos a analizar entonces los intentos de estimar y completar los registros de muertes. Partimos de dos aportaciones sobre los registros de mortalidad en Cuba, que se han realizado por el método de la ecuación de balances, complementado con estimaciones derivadas de la

---

13 Los datos se publicaban en el *Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia*, con periodicidad irregular, sobre todo a partir de los años treinta, incluso en algunos años no se llegaron a publicar.

14 Sobre todo por que resulta imposible calcular directamente las tablas de mortalidad.

15 S. Diaz-Briquets (1983:135).

información censal disponible.[16] El más ambicioso esfuerzo ha abarcado la primera mitad del siglo XX,[17] el segundo grupo de estudios cubre únicamente desde la década de los veinte hasta la revolución.[18]

A. Collver realiza sus estimaciones en un trabajo derivado de las series históricas de nacimientos de los países de América Latina. El método de Collver consiste esencialmente en contrastar la consistencia de los datos de natalidad y mortalidad, los censos y los datos de migración internacional. Como en teoría los tres grupos de los datos serán exactos, se hallarán las diferencias entre el crecimiento natural y la migración neta para explicar los cambios intercensales en la población explicada. En la práctica la calidad de los datos casi nunca resulta adecuada para producir un balance cerrado. Este método asume que las inconsistencias mayores pueden ser detectadas y corregidas sustituyendo por estimaciones dignas de confianza los datos erróneos. Según Collver la mayor dificultad en la aplicación de esta técnica es compensar los errores existentes en los diferentes grupos de datos.

A pesar de que el trabajo de A.Collver es el único que nos permite medir el subregistro, es necesario señalar un problema en sus cálculos. Estimando la migración neta, usa de forma errónea el número de nacidos en el extranjero en sus estimaciones, ya que confunde la categoría de los nacidos en el extranjero con la de ciudadanos extranjeros,[19] si bien las diferencias no son muy apreciables, excepto en el censo de 1931, donde alcanzan proporciones considerables que pueden alterar significativamente los cálculos.

Vamos por lo tanto a sistematizar los indicadores demográficos concernientes a la mortalidad, que consideramos representativos, al menos de las tendencias generales seguidas por ésta. En cuanto al Registro Civil, hasta 1899, únicamente existía para la ciudad de La Habana y además su calidad era discutible.[20] En el *Censo de*

---

16 A. Collver (1965) y una serie de trabajos realizados a finales de la década de los sesenta en CELADE (Santiago de Chile).

17 A. Collver (1965).

18 G. Maccio (1968), R. Mezquita (1970) y F. González y J. Debasa (1970), en distintos trabajos publicados por CELADE realizan estimaciones de la mortalidad para los períodos intercensales 1919-31, 1931-43 y 1943-53.

19 A. Collver (1965:31-32).

20 Utilizado por S. Diaz-Briquets (1983:27-ss).

Población de 1899,[21] aparecen el número de muertos registrados por provincias. Entre 1890 y 1895, período de paz, las tasas van a oscilar alrededor del 16-17 por mil; a partir de 1895, con la guerra de la independencia, las tasas suben hasta el 73 por mil en 1897.

No vamos a tener en cuenta por lo tanto la evolución de las tasas de mortalidad anteriores a la independencia, sobre todo por que su grado de fiabilidad para el conjunto de la isla es muy escaso, únicamente podrían considerarse para la ciudad de La Habana. Además la propia guerra de la independencia invalida en cierta medida y dentro de una perspectiva a más largo plazo la utilización de estas tasas, ya que las elevó considerablemente, a la vez que supuso el empeoramiento en la calidad, y en algún caso la práctica desaparición, de los registros civiles durante la contienda.[22]

A partir de 1899, disponemos del número total de muertos por provincias para todo el período, pero la calidad de los registros es muy deficiente. Para la mortalidad infantil tenemos registros del conjunto del país, sin embargo no existen datos por provincias para todos los años. Hemos calculado con estos las tasas brutas de mortalidad para los años censales, datos que aparecen en el cuadro 1 y que hay que tomar con ciertas reservas debido al subregistro de la mortalidad.

CUADRO 1

Tasa bruta de mortalidad. Información oficial

TBM	*1899*	*1907*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
Pinar	24,3	13,4	12,4	10,0	9,4	5,7
Habana	19,1	20,5	18,6	13,7	12,9	8,4
Matanzas	31,6	21,5	17,2	11,4	11,1	7,4
Sta.Clara	40,5	17,3	13,9	10,4	11,1	6,2
Camag,ey	21,6	12,2	11,4	8,0	8,9	6,0
Oriente	11,0	10,1	10,8	7,4	9,1	5,2
Cuba	24,6	16,3	14,3	10,2	10,6	6,5

FUENTE: Elaboración propia, censos correspondientes.

21 *Censo de Población de 1899*, p.718.

22 Así en los datos basados en los Registro Civiles que se publicaron en el *Censo de Población de 1899*, p. 738, no aparecieron los datos de las provincias de Matanzas y Santa Clara.

CUADRO 2
Tasa de mortalidad infantil. Información oficial

TMI	*1899*	*1907*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
Pinar	340,1	173,1	111,7	56,9	77,7	35,4
Habana	361,7	178,8	128,9	77,3	56,6	35,3
Matanzas	266,8	195,5	147,9	73,3	73,0	28,8
Sta.Clara	244,3	163,5	138,5	85,9	89,8	39,9
Camag,ey	133,0	115,0	124,8	65,9	79,1	52,0
Oriente	167,9	95,2	117,5	57,5	58,1	41,0
Cuba	264,8	153,8	129,7	69,6	67,4	37,6

FUENTE: *Boletín de la Secretaria de Sanidad y Beneficencia*, (varios años), publicaciones basadas en el Registro Civil.

Las tasas brutas de mortalidad, estimadas por diferentes autores,[23] elevan de forma sustancial las obtenidas con los datos oficiales cubanos.[24] Hemos realizado el cálculo sobre los datos oficiales cubanos, considerando la tasa de subregistro que estima A. Collver para los registros cubanos del movimiento natural de población.[25] Este cálculo sólo es posible realizarlo para el total del país, ya que A.Collver no estima el subregistro por provincias.[26] Las tasas brutas de mortalidad obtenidas son las que aparecen en el cuadro 3 con el número (1), a efectos de comparación aparecen con el número (3), las estimadas para La Habana por S.Díaz-Briquets.[27]

Hemos estimado también la tasa bruta de mortalidad aplicando las tasas centrales de mortalidad por grupos de edades de las tablas de vida disponibles para la estructura por edades de la población recogida en los censos.[28] Por lo anterior, las tasas que se presentan

---

23 F. González y J. Debasa (1970)-CELADE, Santiago de Chile y L. Toirac y E. Velázquez (1975)-CEDEM, La Habana.

24 *Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia* (1902-1958), el nombre de esta publicación varió durante el período, al variar el nombre de la propia Secretaría.

25 A. Collver (1965:38-ss).

26 Una carencia importante, ya que parece lógico pensar que las diferencias del subregistro entre las distintas provincias fueran importantes.

27 S. Diaz-Briquets (1983:173).

28 Hemos utilizado los distintos trabajos publicados por CELADE (1968, 1970).

pare los cincuenta años están referidas a las fechas censales. Estas tasas varían sustancialmente de las calculadas a través del subregistro de A.Collver y se presentan también en el cuadro 3, en la columna (2). Aún así, de manera general, se puede apreciar que la tasa bruta de mortalidad experimenta un descenso sostenido ya a partir de 1899.

Sin embargo debido a los cambios que ocurrieron en la estructura por edades de la población de Cuba, las series de tasas brutas de mortalidad no van a reflejar los verdaderos cambios que experimentó el nivel de ésta en el país. Por ejemplo, las tasas brutas de mortalidad de 1899 y 1907 se mantienen a niveles similares, no porque haya aumentado el nivel de mortalidad, sino por que en el intervalo se produjo un considerable aumento de la proporción de los menores de 5 años, a causa del incremento de la fecundidad, —la población entre 0 y 5 años pasó de un 8,3% en 1899 a un 16,8% en 1907, bajando a un 14,2% en 1919—, como sabemos estos grupos de edad presentan un riesgo de muerte muy elevado.

En 1899 los menores de cinco años constituían un porcentaje muy bajo de la población total como consecuencia de la caída de la fecundidad durante los años de la guerra de la independencia (1895-1898). La disminución de la proporción de menores de 5 años que se produce en el intervalo de 1907 a 1919, esta vez por efecto de la inmigración masiva, lleva a obtener para 1919 una tasa bruta de mortalidad bastante menor que en 1907, caída cuya magnitud no guarda relación con la disminución más leve que experimentó el nivel de la mortalidad durante este intervalo.[29] Cuando las tasas brutas se tipifican tomando la estructura de edades de 1907 se puede apreciar que la tasa tipificada de 1899 resulta más alta que la de 1907 y que en los primeros veinte años del siglo, la mortalidad muestra una tendencia sostenida al descenso, aunque éste sea ligero.[30]

---

29 El otro segmento de edad importante en el estudio de la mortalidad, los mayores de 65 años, no sufrió variaciones importantes en los 20 primeros años del siglo. Pasó del 2,4% en 1899 al 2,6% en 1907 y al 2,8% en 1919, en el conjunto del país.

30 Según el CEDEM (1976:.54), las tasas brutas tipificadas serian 31,6 por mil en 1899, 29,7 en 1907 y 27 por mil en 1919.

CUADRO 3
Tasas brutas de mortalidad corregidas

TBM	*CUBA (1)*	*CUBA (2)*	*HABANA (3)*
1899	31,9	26,3	33,7
1907	24,1	29,7	22,2
1919	23,7	24,6	21,0
1931	12,2	21,0	14,7
1943	11,3	15,8	14,3
1953	7,1	10,5	10,7

FUENTES: (1) A.Collver (1965) y Boletín de Sanidad y Beneficencia, elaboración propia. (2) L.Toirac y E.Velázquez (1975). (3) S.Diaz-Briquets (1983).

Observando las tasas brutas de mortalidad, se aprecia un descenso continuo a lo largo del período, si bien con distintas intensidades. Podemos hablar de una bajada fuerte entre 1899 y 1907,[31] entre 1919 y 1931,[32] y entre 1943 y 1953. Sin embargo en los períodos 1907-19 y 1931-43, el descenso en las tasas aunque siguió produciéndose fue menor.[33]

Será necesario por lo tanto estudiar el descenso de la mortalidad en Cuba con índices no afectados por la estructura por edades como la esperanza de vida al nacer. Existen dos series de este indicador, producto a su vez de la elaboración de distintas tablas de mortalidad.[34] En el cuadro 4 presentamos las distintas estimacio-

31 Los niveles de mortalidad de 1899, debido a la proximidad de la guerra y a la política de concentración en las ciudades de la población rural, llevada a cabo por V.Weyler, eran muy elevados sobre todo en las tres provincias occidentales, las más afectadas por la contienda. El *Censo de Población de 1899*, pp.734-740, ofrece datos reveladores de la situación demográfica en la que quedó la isla después de la guerra.

32 Posiblemente la masiva llegada de inmigrantes extranjeros, la mayoría con edades comprendidas entre 14 y 45 años, redujesen el porcentaje de población anciana y por lo tanto la tasa bruta de mortalidad descendiese.

33 Las elevadas tasas de mortalidad infantil, unido a una elevada fecundidad, que no comenzará a reducirse de forma significativa hasta la década de los veinte, suponen un obstáculo importante pare el descenso de la tasa bruta de mortalidad.

34 La primera de las series de tablas de mortalidad para Cuba se ha llevado a cabo en CELADE, para los períodos intercensales de 1919-31, 1931-43 y 1943-53. G.Maccio (1968) y R.Mezquita (1970). También en CELADE se construyó una Tabla

nes de la esperanza de vida al nacimiento para ambos sexos en el conjunto del país. Como en la mayor parte de los estudios sobre otros espacios geográficos, las diferencias entre la esperanza de vida masculina y femenina se van incrementando de forma constante entre 1900 y 1960 y pasan de 4 a 6 años a favor de las mujeres; vamos a considerar para nuestro estudio la esperanza de vida para ambos sexos.

CUADRO 4
Esperanza de vida al nacer. Ambos sexos

1900(1	33,1	1935(1	44,6
1905(1	34,2	1931-43(3	46,4
1905(2	36,4	1940(1	47,5
1910(1	35,2	1945(1	50,9
1915(1	36,3	1943-53(3	57,2
1915(2	37,2	1943-53(4	53,0
1920(1	37,4	1950(1	56,2
1919-31(3	39,1	1952-54(3	58,8
1925(1	38,5	1955(1	60,6
1930(1	41,5	1960(1	64,0

FUENTES: (1) CEDEM: (1975, 1976). (2) S. Diaz-Briquets: (1983). (3) CELADE: (1968, 1970). (4) JUCEPLAN: (1974).

Las diferencias entre unas estimaciones y otras no son muy apreciables, aunque de manera general puede observarse que las esperanzas de vida estimadas por organismos cubanos (CEDEM y JUCEPLAN) son ligeramente inferiores a las de CELADE y las de S. Díaz-Briquets. En el caso de, la estimación de la Junta Central de Planificación para el período intercensal 1943-1953,[35] no se

---

de Mortalidad pare el año 1953, F.González-J.Debasa (1970). Una serie de Tablas de Mortalidad fue la elaborada por el CEDEM (La Habana) pare los años calendario terminados en 0 y 5. E.Velazquez-L.Toirac (1975) y A.Farnos (1976). S.Diaz-Briquets (1983), p.17, corrigió los datos del CEDEM, para 1905 y 1915, también posteriormente publicaciones oficiales cubanas corrigieron los datos de G.Maccio para el período 1943-53.

35 JUCEPLAN (1974).

explican en el trabajo las bases teóricas, y esa reducción de 4 años frente a la estimación de CELADE parece responder más bien a intereses de tipo político. De hecho, S. Díaz-Briquets realiza un análisis crítico de los métodos de elaboración de las tablas de mortalidad para Cuba.[36] Calcularemos entonces, utilizando las esperanzas de vida que consideramos más ajustadas a la realidad, la ganancia en años vividos por año natural, en términos absolutos y porcentuales tal y como aparece en el cuadro 5.

Si relacionamos la lucha contra la muerte en términos de incremento en la esperanza de vida, y el aumento de la riqueza del país a través de las variaciones de la renta per cápita en términos reales, vemos que la evolución entre ambas fue relativamente diferente. Por una parte hubo un incremento sustancial de la renta en el primer cuarto del siglo, al amparo de la gran expansión azucarera, sin embargo la crisis de los treinta afectó muy duramente a la economía cubana y la renta descendió de manera apreciable,[37] produciéndose precisamente en ese momento, entre 1931 y 1943, las mayores ganancias en la esperanza de vida.

CUADRO 5

Ganancias en la esperanza de vida

	[e0/año]	*[e0/año]%*
1899-07	0,45	1,30%
1907-19	0,10	0,20%
1919-31	0,50	1,25%
1931-43	0,75	1,75%
1943-53	0,70	1,35%
1899-53	0,45	1,45%

FUENTE: Elaboración propia y CELADE: (1968,1970).

36 S. Díaz-Briquets (1983:153 y ss).

37 La vulnerabilidad de la economía cubana, muy abierta al exterior, se puso de manifiesto cuando la crisis de los treinta en el mundo occidental redujo drásticamente la demanda de azúcar y arruinó no solo el sector exportador cubano, sino también la propia hacienda pública y el resto de la economía productiva, reduciendo la capacidad importadora del país.

En el estudio de la mortalidad en Cuba, las dificultades se incrementan cuando pretendemos descender a análisis provinciales.[38] Como veíamos en el cuadro 1, la tasa bruta de mortalidad, calculada directamente a través de los datos del movimiento natural de población, nos ofrecía unos índices y unas disparidades que resultan inaceptables. Viendo los datos se detecta claramente un mayor subregistro en algunas provincias,[39] una tasa bruta de mortalidad en 1899 en la provincia de Oriente de 11 por mil y en 1953 de 5,2 por mil, lo único que hace es confirmarnos los elevadísimos niveles de subregistro, que no reflejan en absoluto la realidad de los niveles de mortalidad en el oriente de la isla.

Para algunos años de la primera mitad del siglo se han publicado cifras de las tasas brutas de mortalidad por provincias,[40] sin embargo estas cifras se basan en las defunciones anuales registradas, y la integridad del registro parece haber sido muy diferente según las provincias,[41] por lo que no se prestan para un análisis comparativo del nivel de la mortalidad entre ellas. Por lo tanto la única aproximación posible a las diferencias provinciales, o bien entre el medio rural y el medio urbano, será aprovechar la relativamente buena calidad de los datos de La Habana, a pesar de los problemas de sobreregistro que supone el ser el mayor centro médico del país.[42]

---

38 Aquí la escasez de datos es muy grave, ni siquiera los cuestionables datos del movimiento natural de población, se publicaron por provincias para todo el período, además el cálculo de los niveles de subregistro es imposible con la información censal disponible.

39 Como ya señalamos al principio de este trabajo, serán las provincias en las que predomine la población agraria dispersa (Pinar del Río y Oriente), donde el subregistro de la mortalidad es mayor debido a la dificultad para obtener un certificado médico de defunción, enterrando por lo tanto a muchos de los muertos fuera de los cementerios civiles. Así en 1953, según el registro civil, la TBM más baja de todas las provincias cubanas era la de Pinar del Río y Oriente, con un 5,7 y un 5,2 por mil respectivamente.

40 *Censo de Población* de 1907, pp.151-163 y *Censo de Población* de 1919, pp.252-259.

41 Ver los comentarios a propósito de las tasa brutas de mortalidad por provincias, *Censo de Población de 1907*, pp.151-152.

42 Aunque la ley obligaba a registrar las defunciones según el lugar de residencia, muchas veces se incumplía esta normativa, sobre todo ante el costoso traslado del cadáver desde los centros hospitalarios de la ciudad hasta su lugar de residencia. Mediante arreglos se conseguía enterrar y por lo tanto registrar el cadáver como residente en la ciudad.

CUADRO 6
Esperanza de vida. Cuba y La Habana

e0	*Cuba*	*Habana*	*Cuba=100*
1899	33,0	37,2	112,7
1907	36,4	39,1	107,4
1919	37,2	41,3	111,0
1931	42,8	50,8	118,7
1943	51,8	54,0	104,2
1953	58,8	62,7	106,6

FUENTE: Elaboración propia y S. Díaz-Briquets: (1983:19).

Con los registros de La Habana, y fuentes censales, S. Díaz-Briquets calculó la esperanza de vida para la ciudad en los años censales,[43] en el cuadro 6 comparamos ésta con la media de toda la isla, y vemos que durante todo el período la esperanza de vida al nacer va a ser mayor en La Habana que en el conjunto del país. Ya en 1899, a pesar de lo profundamente afectada que resulto la ciudad por la guerra, la esperanza de vida es mayor que en el resto de Cuba.[44] Si bien la trayectoria que presentan los dos datos no es homogénea, estos presentan una mayor diferencia en 1931 cuando la profunda crisis económica y la fuerte disminución de las exportaciones de azúcar habría afectado antes al medio rural que al urbano. Mientras que las diferencias se aminoran en 1943, una época de auge económico, que pudo mejorar de forma apreciable las condiciones de vida del medio rural, que además partía de niveles más bajos.[45] También es posible que en los dos últimos años censales y coincidiendo con su consolidación como centro de hospitalización a nivel nacional, el número de fallecidos en La Habana se hubiera incrementado.

Para la ciudad de La Habana, tenemos las primeras tablas de mortalidad que se realizaron en Cuba,[46] éstas presentan datos para

43 S. Díaz-Briquets (1983:153).

44 La reconcentración en las ciudades llevada a cabo por V. Weyler incrementó mucho los niveles de mortalidad en las ciudades.

45 No solo por la recuperación de las exportaciones de azúcar, sino también por un proceso creciente de diversificación y exportación en otros productos agrarios.

46 D. Vega Lamar (1919).

varones y hembras blancos y de color alrededor de 1910. Comparando estos resultados, y si ponderamos estos datos por el número de habitantes blancos y de color de la ciudad de La Habana, obtenemos una esperanza de vida para los hombres de 40,6 años y para los mujeres de 43,9. La tabla de mortalidad elaborada por S. Díaz-Briquets, que en el año censal de 1907 establece una e0 al nacimiento masculino de 38 años y femenino de 40,2, aunque esta última ofrece una menor esperanza de vida,[47] los datos son bastante coherentes, lo que nos lleva a poder aceptarlos sin especiales reticencias.

Estas tablas, y el hecho de que fueran publicadas en la revista oficial de la Secretaria de Sanidad y Beneficencia, nos muestran el interés existente por los temas de mortalidad y morbilidad en la vida científica y política de Cuba en las dos primeras décadas del siglo. Desgraciadamente el interés de la clase política por los temas sanitarios y demográficos disminuyó y casi desapareció a partir de la crisis de los años veinte.

2. La mortalidad infantil

El tema de la mortalidad infantil ocupa en este momento un papel relevante en el estudio de la evolución demográfica de los distintos países, ya que aparece como un indicador muy ajustado de la «valorización» de la vida humana, y por lo tanto del interés del conjunto de la sociedad por conservar ésta, tanto desde el punto de vista de los recursos públicos dedicados a ello, como desde dentro de la propia vida familiar. Su importancia viene dada por un doble motivo, no solo por lo que supone su descenso en el aumento de la esperanza de vida, sino también por el cambio que supone en la apreciación del niño como un valor económico, sus posibilidades de alcanzar el sistema productivo, y suponer por lo tanto un ingreso más en la unidad familiar. El valor «afectivo» del niño, que indudablemente influye en el nivel de cuidados que se le proporcionan, resulta mucho mas difícil de definir y considerar.

---

47 S. Díaz-Briquets (1983:175).

El tratamiento recibido por la mortalidad infantil en los trabajos académicos cubanos posteriores a la revolución muestra una utilización política de determinados indicadores demográficos por parte del régimen, sobre todo a partir del período de «rectificación» de 1976. Así en 1972, un trabajo publicado por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba, reconocía los importantes avances ocurridos en la mortalidad infantil a lo largo del siglo XX, incidiendo sobre todo en las mejoras asistenciales.[48] Sin embargo trabajos posteriores, ya en los años ochenta, van a ofrecer unos índices anormalmente elevados de mortalidad infantil, y relativizan los logros sanitarios obtenidos en el periodo prerevolucionario.[49] Se trata por lo tanto de resituar los datos disponibles sobre mortalidad infantil en el contexto general de transformación demográfica y también social y económica que se va a producir en la isla.

El interés que se detecta en Cuba por el problema de la mortalidad infantil es al menos tan antiguo como la propia república, de hecho ya Jorge Le Roy y Cassá publica un trabajo en el que señala la necesidad de combatir la elevada mortalidad infantil del país, sobre todo a través de la educación de las madres.[50] En lo que respecta a la disponibilidad de datos, el interés de las autoridades fue mucho menor; y el subregistro, aparte ya de la alteración producida por los nacidos y muertos en las primeras 24 horas de vida, fue muy elevado. De hecho los datos de los Boletines Oficiales, de los cuales el correspondiente a 1899 aparece en el cuadro 7, están claramente infravalorados.[51] Hemos utilizado para mostrar la tendencia general de la mortalidad infantil en Cuba en el periodo 1899-1953, diversas estimaciones, que en nuestra opinión se ajus-

---

48 C. López (1972:131-133).

49 Los trabajos del CEDEM, que ofrecen indicadores de mortalidad infantil por encima de 70 por mil en vísperas de la revolución, pero que en ningún momento señalan las fuentes de procedencia.

50 J. Le Roy y Cassa (1914).

51 Posiblemente no ocurra así con el dato correspondiente a 1899, que con una tasa de 265 por mil, parece ajustarse a la esperanza de vida correspondiente (33 años). Es probable que las inscripciones del Registro Civil en este momento fuesen incrementadas de cara a conseguir fondos del Gobierno de Intervención norteamericano, para mejoras en obras de saneamiento, curiosamente este aumento intencionado acercó las cifras a la realidad.

taban mejor a la realidad demográfica cubana y que aparecen en el cuadro 7.[52]

CUADRO 7
Tasa de mortalidad infantil

CUBA	*TMI/1000*	*Descenso%*
1899	265(1)	
1907	213(2)	-2,8
1919	197(2)	-0,6
1931	150(2)	-2,3
1943	91(3)	-4,3
1953	53(3)	-5,6

FUENTE: (1): Boletines Oficiales (varios años). (2) CEDEM: (1975,1976). (3) C. López: (1972).

Como se observa en el cuadro, el descenso en la tasa de mortalidad infantil fue continuo a lo largo del período, aunque su intensidad, al igual que en el caso de la mortalidad general, varió de forma apreciable. Entre 1899 y 1907 se va a producir un elevado descenso en esta tasa al amparo de la recuperación post-bélica y de las políticas de saneamiento y salubridad llevadas a cabo especialmente por los norteamericanos.[53] En el segundo período, entre 1907 y 1919, el descenso se ralentiza a pesar de tratarse de una época de gran crecimiento económico, por que las prioridades del estado cubano, se dirigen hacia el fomento de las infraestructuras necesarias para el sector azucarero, que hacia las políticas de carácter social (sanidad y educación).[54] En los tres períodos siguientes, el descenso de la tasa de mortalidad infantil fue progresivo, aparecen aquí razones de distinta índole, sobre todo la mayor alfabetización

52 Se trataría de aquellas estimaciones más alejadas de intereses de carácter político.

53 A. Losada (1996).

54 Se podría hablar de una época de «capitalismo salvaje» y especulación, cuyo máximo exponente será la «danza de los millones» y el crack bancario de 1920, estudiado por O. Pino Santos (1973, 1983) y J. Le Riverend (1973).

de las madres y también la creciente oferta de servicios médicos y sanitarios.[55] También disponemos para los años censales de la tasa de mortalidad infantil para la ciudad de La Habana calculada por S. Díaz-Briquets en base a los censos y a las estadísticas cubanas del movimiento natural de población. Este dato, al igual que en el caso de la esperanza de vida al nacer, nos va a permitir aproximarnos a las diferencias entre el medio urbano y el medio rural.[56]

CUADRO 8
Tasa de mortalidad infantil. La Habana

La Habana	*T.M.I./1000*	*Descenso%*
1899	232	
1907	189	-2,6
1919	120	-3,9
1931	83	-3,1
1943	77	-0,6
1953	50	-4,4

FUENTE: S. Díaz-Briquets (1983), p.54.

Como se aprecia en el cuadro anterior y comparándolo con el conjunto del país, la tasa de mortalidad infantil fue siempre menor en la ciudad de La Habana que en el conjunto de la isla, si bien las diferencias se incrementaron hasta 1931 y tendieron a hacerse menores a partir de ese momento. La extensión progresiva desde la capital del país a las ciudades de provincias, y después al medio rural, de los servicios médicos y el aumento del nivel educativo de las madres pueden explicar en parte esta convergencia.

55 Especialmente después de la revolución de 1933, la creación de un Seguro Obrero Nacional, -que incluía los servicios ginecológicos y la maternidad y que se iría extendiendo posteriormente, hasta cubrir en vísperas de la revolución al mayor porcentaje de población de toda la América Latina (excepto Uruguay) jugó un papel muy importante en el descenso de la mortalidad infantil.

56 Tampoco aquí la calidad de los Boletines Oficiales, cuando existen datos por provincias, permiten establecer comparaciones consistentes entre ellas.

Resulta muy ilustrativa para estudiar el descenso de la mortalidad, analizar la evolución de la misma entre 1 y 4 años, a pesar de que de nuevo aparecen problemas en los datos. Por una parte, en las publicaciones oficiales cubanas de mortalidad por edades no siempre aparece el grupo 1-4, y por otra hay que tener en cuenta la baja calidad de estos registros.[57] Es necesario por lo tanto acudir a las distintas tablas de mortalidad realizadas, que ya hemos visto anteriormente, utilizaremos los cocientes disponibles en las fechas censales (excepto 1899) para Cuba y para la ciudad de La Habana.

CUADRO 9
Mortalidad 1-4/Mortalidad 0-4 Años

	Cuba	*Habana*		
	q0	*4q1*	*q0*	*4q1*
1907	0,2124	0,1258	0,1697	0,0930
1919	0,1920	0,1117	0,1107	0,0763
1931	0,1675	0,0935	0,0782	0,0448
1943	0,1304	0,0661	0,0727	0,0410
1953	0,0788	0,0165	0,0481	0,0142

FUENTE: Cuba: E.Velazquez y L.Toirac (1975). La Habana: S.Díaz-Briquets (1983).

Se observa en el cuadro 9, como la importancia de las muertes entre 1-4 años dentro del conjunto de los muertos menores de cuatro años, es siempre menor en el conjunto del país que en la ciudad de La Habana. Esta diferencia se debe a que las enfermedades infecciosas y parasitarias, que afectan en mayor medida a los más pequeños, tienen una mayor presencia en el medio rural que en el medio urbano. Las apreciables diferencias entre el medio rural y el urbano, plasmadas aquí en las diferencias entre La Habana y el conjunto de Cuba, que aparecían ya en la mortalidad general se mantienen en el caso de la mortalidad infantil.

57 *Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia*, (varios años).

3. La mortalidad por causa

Habitualmente la disminución de la mortalidad ha ido acompañada de cambios en la distribución de las defunciones por causa, en el sentido de pasar de una alta proporción de muertes debida a enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, a la situación inversa en la que adquieren mayor importancia relativa las defunciones ligadas a enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, tumores, mentales, accidentes y violencia) y degenerativas.

Para el caso de Cuba, podemos presentar la estructura de mortalidad por causa, según la disponibilidad de la información, aunque ésta presenta sin embargo algunos problemas, sobre todo de falta de precisión, además no mantuvo la misma calidad a lo largo del período. En los primeros 25 años del siglo, mientras el Dr. Jorge Le Roy y Cassá era el director de Estadística de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, las estadísticas sobre causas de muerte fueron de gran calidad y homologables a las de los países más avanzados del mundo en el momento.[58] Desde principios de siglo, ya durante la intervención norteamericana, se había aplicado en toda la república la clasificación internacional de enfermedades y de causas de muerte, aprobada por el VIII Congreso Internacional de Higiene y Demografía, celebrado en París en 1900. Desde los años veinte y hasta 1948, en que la Oficina Panamericana de la Salud pone en marcha bajo los auspicios de la ONU un sistema unificado de clasificación, la calidad de los datos es más deficiente.

Hasta este momento la mortalidad por causa en Cuba solo ha sido parcialmente estudiada para la ciudad de La Habana por S. Díaz-Briquets.[59] Hemos recogido los datos disponibles pare los años censales y agrupado las causas de muerte en once grupos distintos.[60] También hemos agrupado las muertes por causa de la ciudad

---

58 J. Le Roy y Cassá (1915, 1925). En estos trabajos recoge las directrices y recomendaciones para homologar las estadísticas cubanas sobre causas de muerte sobre todo con las de Estados Unidos.

59 S. Díaz-Briquets (1981, 1983).

60 Excepto para el año 1899, hemos tenido que considerar el año 1902, que es el primero en el que las causas de muerte se encuentran agrupadas según las recomendaciones internacionales.

de La Habana, como única manera de diferenciar, aunque de forma aproximada, entre el medio rural y el urbano.

Los grupos considerados son:[61]

I: Tuberculosis pulmonar. II: Otras infecciones y enfermedades parasitarias. III: Tumores. IV: Enfermedades cardiovasculares. V: Gripe, neumonía y bronquitis. VI: Diarrea, gastritis y enteritis. VII: Enfermedades degenerativas. VIII: Complicaciones del embarazo y el parto. IX: Enfermedades de la infancia. X: Accidentes y violencia. XI: Otras y desconocidas.

Como señala la literatura sobre el tema, cuando la mortalidad desciende, pierden importancia relativa las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, por gastroenteritis y por enfermedades agudas del aparato respiratorio y aumenta en cambio la importancia relativa debida a las muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como las enfermedades degenerativas.[62] Este comportamiento se aprecia claramente en los cuadros 10 y 11, en los que se presentan los datos tanto para el conjunto de Cuba como para la ciudad de La Habana en los años censales, excepto en el caso de 1899, que por la falta de datos hemos tomado los de la fecha más próxima, 1902.

También otras veces se consideran otras dos categorías en la clasificación de enfermedades. Por una parte aquellas como la malaria, la tuberculosis, la rubéola y la varicela en las que una mejora poco costosa del sistema sanitario es suficiente para producir grandes progresos. Y otras, como las diarreas y las enfermedades infecciosas que reclaman transformaciones estructurales más profundas y cuya eliminación no puede llevarse a cabo más que a través de mejoras en la agricultura y en las infraestructuras. Sin embargo, tanto en uno como en otro caso la erradicación depende de los factores habituales, entendiendo por tales no solo las condiciones ambientales de vida, sino también factores nutricionales,[63] suministro de agua potable y alcantarillado, y sobre todo la eleva-

---

61 La clasificación por causas de muerte es muy similar a la recogida por S. Preston et al.(1972:6-7). Si bien unifica en una única cause (X): «Accidentes y violencia», las n.° 10 y 11 de la relación de S. Preston: «Motor vehicle accidents» y «Other accidents and violence», por lo tanto la comparación es fácilmente realizable.

62 S. Preston et al.(1972:30-42).

63 J. Bernabeu (1992): presenta una visión muy interesante sobre la influencia de la nutrición en la resistencia ante las infecciones.

ción del nivel de instrucción (a través de sus efectos sobre el conjunto de comportamientos sociales, especialmente la educación y el cuidado de los niños). En la erradicación del segundo tipo de enfermedades, juega además un papel mucho más relevante la intervención coordinada de los individuos y los poderes públicos.

CUADRO 10
Mortalidad por causa. Cuba

	1902	*1907*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
I	14,1	10,5	8,6	7,0	6,6	3,0
II	22,3	15,0	8,2	5,7	6,4	2,0
III	2,3	2,6	3,6	4,4	6,4	13,5
IV	14,7	15,3	17,9	23,0	23,6	34,8
V	7,4	8,3	12,3	11,5	11,7	6,6
VI	12,7	22,5	22,6	17,0	15,6	7,4
VII	3,7	3,7	5,3	7,2	6,2	6,0
VIII	1,3	1,4	1,5	1,3	0,9	0,7
IX	2,1	4,6	3,7	3,4	3,8	4,4
X	3,8	3,6	4,5	5,8	3,4	5,2
XI	15,7	12,6	11,6	13,5	15,4	16,4
TOTAL	100	100	100	100	100	100

FUENTE: Elaboración propia, censos y estadísticas vitales de Cuba.

CUADRO 11
Mortalidad por causa. La Habana

	1902	*1907*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
I	15,2	15,5	14,9	10,4	12,3	4,0
II	15,7	13,0	6,3	3,9	5,2	1,1
III	3,4	4,3	6,5	7,8	11,9	19,1
IV	21,2	22,7	25,1	27,3	28,3	39,3
V	8,8	8,9	8,1	9,3	7,9	3,6
VI	12,1	11,3	14,7	10,3	5,8	2,2
VII	4,8	3,9	6,4	7,9	7,0	6,9
VIII	1,0	0,8	1,0	0,9	0,5	0,2
IX	3,7	4,1	2,5	1,6	1,5	2,4
X	3,8	3,6	4,6	6,2	4,2	5,6
XI	10,3	11,9	9,9	14,3	15,5	15,8
TOT	100	100	100	100	100	100

FUENTES: Elaboración propia, censos y estadísticas vitales de Cuba.

Entre las características más generales de los cambios en los perfiles de morbi-mortalidad en Cuba entre 1902 y 1953 podemos observar:

1. La coexistencia a niveles semejantes de la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles como cause de muerte, puede explicarse por que el proceso de mejoras higiénico-sanitarias ha beneficiado a ciertos grupos de población, mientras que los que viven en situaciones de mayor pobreza aún mantienen condiciones de vida que favorecen la persistencia de enfermedades infecciosas y parasitarias. Entre 1902 y 1943 algo más del 75% de la disminución de la mortalidad se debió al descenso de las enfermedades transmisibles, en particular a la disminución de la mortalidad por enteritis (50%) y tétanos (95%). Las medidas de saneamiento, inmunización y control del tétanos neonatal influyeron en estos cambios, otras afecciones perinatales y el grupo de las enfermedades no transmisibles contribuyen a este descenso solo con un 11 y un 8% respectivamente.

2. El perfil de morbi-mortalidad no es un proceso lineal, ya que ocasionalmente reaparecen enfermedades que ya se creían superadas o que al menos estaban parcialmente controladas.

3. El aumento del peso porcentual de las causas de muerte desconocidas, muy relacionado con el nivel de acceso de los enfermos a los servicios médicos, y en fases posteriores, de la presencia e importancia de los servicios forenses, se muestra como otro indicador muy ajustado de la calidad de estos servicios, en tanto que esté relacionado con una asignación más ajustada a los otros diez grupos de causas, y puesto que la asistencia médica indudablemente mejoró, en el caso de Cuba, este incremento se va a producir ya desde 1919. Si comparamos el volumen de las muertes por causas desconocidas en Cuba con dos países con niveles similares de acceso a los servicios médicos en la época, España y Portugal, vemos que los porcentajes son muy similares, mientras que en Cuba en 1953 el 15,4% de las muertes se producían por causas desconocidas, en España en 1960 dicho volumen era del 15,5% y en Portugal en 1964 era del 14,5%.[64]

---

64 S.Preston el al. (1972:34).

4. Entre 1902 y 1953, la reducción de la mortalidad está básicamente determinada por el descenso de las tasas de la tuberculosis (mucho más lenta entre 1931 y 1943 que en los años anteriores), que contribuyó en un tercio a la disminución de la mortalidad por todas las causas; además entre 1943 y 1953, la reducción de otras enfermedades respiratorias (como la neumonía y la gripe) sumó un 10% más.

5. El porcentaje de muertes causadas por los grupos III y IV (tumores y enfermedades cardiovasculares) va a aumentar progresivamente. Aunque es mayor en el medio urbano (La Habana) que en el rural, los perfiles son muy similares.[65] Pautas que concuerdan con estudios realizados anteriormente para otros países en desarrollo.[66]

La lucha contra la enfermedad va a tener así sus mayores éxitos frente a aquellas dolencias que afectaban mayoritariamente a la población[67] infantil. En el cuadro 12 se observan los cambios sufridos por la mortalidad para tres grandes grupos de edad en relación con el conjunto de la población. Como se aprecia el segmento 0-14 y 15-59 años pierde peso en el total de la mortalidad, siendo ganado éste por la población mayor de 60 años, lo que pone de relieve la creciente importancia de las enfermedades degenerativas, en relación a su vez con el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida.

El estudio de S. Díaz-Briquets sobre el descenso de la mortalidad en la ciudad de La Habana ofrece datos reveladores sobre la mortalidad por causas y la influencia de las distintas enfermedades en el descenso de la misma.[68] En la población menor de un año, el 40% del descenso de la mortalidad viene explicado por la reducción de las muertes debidas a diarrea, gastritis y enteritis, y otro 40% a las muertes debidas a otras enfermedades de origen infeccioso

---

65 Por falta de datos hemos tenido que considerar a efectos de comparación el conjunto de Cuba y la ciudad de La Habana.

66 S. Preston et al. (1972:39-40), recoge estudios similares pare Ceylan y Corea, en los que se mantienen las pautas anteriores.

67 No hemos considerado el Censo de Población de 1907, ya que los datos de mortalidad de ese año, presentan una división por grupos de edad no comparable.

68 S. Diaz-Briquets (1983:62-ss).

(meningitis, tétanos etc.). Entre 1 y 4 años el 40% de la disminución se debe al descenso de las enfermedades parasitarias e infecciosas, el 25% a la diarrea, gastritis y enteritis y otro 25% a enfermedades del sistema respiratorio (gripe, neumonía y bronquitis). Descensos en el grupo de enfermedades infecciosas que aparecen directamente relacionados con las mejoras en el abastecimiento y tratamiento de las aguas y en el nivel alimenticio.

CUADRO 12
Mortalidad por edades

Población	*1899*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
0-14	36,6	42,2	35,6	36,5	36,3
15-59	58,8	53,0	59,4	57,9	56,8
60 y +	4,6	4,8	5,0	5,6	6,9
Muertes	*1899*	*1919*	*1931*	*1943*	*1953*
0-14	36,7	39,3	31,4	27,1	23,9
15-59	49,1	38,8	39,6	34,3	34,5
60 y +	14,2	21,9	29,0	38,5	41,6

FUENTE: Elaboración propia, censos y estadísticas vitales de Cuba

Como resumen podemos observar como, entre 1902 y 1953, el nivel de la mortalidad disminuyó y el peso principal de los riesgos de muerte pasó desde las primeras a las etapas finales de la vida y, al mismo tiempo, ganaron importancia las enfermedades no transmisibles sobre las transmisibles como causas básicas de muerte. Estos cambios han ocurrido en estrecha y particular asociación con las dinámicas propias y características de diversos factores socioeconómicos. Las evidencias contribuyen a reforzar la estrecha relación que existió entre las condiciones de la economía, el proceso de urbanización y la atención de la salud con los cambios en las pautas de mortalidad.

4. Conclusiones

Los datos obtenidos permiten, sin lugar a dudas, constatar la tendencia descendente de la mortalidad en la isla. La esperanza de vida al nacimiento pasó de 33,2 años en 1899 a 60,1 en 1953, y las estimaciones existentes para 1958, inmediatamente antes de la revolución, sitúan esta esperanza de vida entre los 63 y los 64 años para ambos sexos.[69] Durante las tres primeras décadas del siglo XX, los avances en la mortalidad se han basado fundamentalmente en los progresos en las condiciones socioeconómicas generales,[70] y las mejoras en la nutrición y la provisión de medidas higiénicas y de salud pública.

Este descenso de la mortalidad en los primeros 25 años del siglo, es significativo dentro de América Latina y sobre todo del ámbito de Centroamérica y el Caribe.[71] La aceleración que experimenta la caída de la mortalidad en el segundo cuarto del siglo ya no es tan excepcional en el contexto de la región y finalmente el descenso acelerado en los años de la postguerra, entre 1946 y 1958, es un fenómeno ampliamente constatado en los países de menor desarrollo y estrechamente vinculado con los avances tecnológicos en el campo de la medicina.[72] Si bien es cierto que a pesar de los aumentos globales de la esperanza de vida se mantuvieron las grandes diferencias entre el mundo urbano, sobre todo La Habana, y el mundo rural, especialmente aquellas zonas no azucareras.

A pesar de las diferencias geográficas, las mejoras sanitarias y alimenticias fueron llegando progresivamente a todo el país.[73] Tal como observa S.Preston el progreso médico y sanitario durante el período 1900-1960 ha sido tal que han podido ser observados

---

69 Utilizaremos las estimaciones realizadas por los distintos equipos de CELADE, que consideramos que no se encuentran tan influidas por la nueva situación política que va a vivir la isla.

70 Pensemos que la renta «per capita» en términos reales pasa 175$ en 1903 a 260$ en 1920 según Julián Alienes. Se trataba en este momento de la renta por habitante más elevada de toda América Latina.

71 Excepto Argentina y Uruguay, que se situaban por delante de Cuba en la senda de la modernización demográfica.

72 J. Chackiel y J. Martínez (1993).

73 S. Diaz-Briquets (1983:101-ss.).

aumentos considerables en la duración de la vida aún en ausencia de un fuerte crecimiento económico, aunque siempre produciéndose un cierto grado de modernización.[74] Esta mejor situación económica trajo consigo nuevas tendencias en la modernización social y cultural, la imitación del modo de vida americano por parte, sobre todo, de las clases medias urbanas y una progresiva participación de la mujer en la vida económica y social del país, relacionado con los avances en la educación,[75] cambios todos ellos que inciden directamente en la valoración del bienestar, de la vida humana y lógicamente en el descenso de la mortalidad.

El caso cubano, que en los años cincuenta se sitúa claramente en el segmento de bajas tasas de mortalidad a pesar de una renta no demasiado elevada, demuestra que el descenso de la mortalidad está guiado no solamente por factores específicos (sistema sanitario y de saneamiento, sobre todo a nivel primario) sino también por factores generales (nutrición y educación, sobre todo en el medio rural), y muestra como al igual que los demás componentes de la evolución demográfica, fecundidad y migraciones internacionales, la mortalidad está estrechamente ligada a factores socioeconómicos y culturales.

Fuentes y bibliografía

Fuentes estadísticas y publicaciones oficiales

CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1899 (1900), Washington, War Department, Government Printing Office.

CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1907 (1908), Washington, Oficina del Censo de los Estados Unidos.

CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1919 (1920), La Habana, Dirección General del Censo.

CENSO DE POBLACIÓN. ESTADÍSTICAS INDUSTRIAL Y AGRÍCOLA DE CUBA. 1931 (1938), La Habana, Editorial Luz-Hilo.

---

74 Citado por J.C. Chesnais (1986), p.85.

75 Aunque desde una óptica socio-política, el tema es estudiado en profundidad por Lynn Stoner (1991).

CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1931 (Memorias inéditas) (1978), La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.
CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1943 (1945), La Habana, Dirección General del Censo.
CENSO DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA DE CUBA. 1953 (1955), La Habana, Oficina Nacional del Censo.
JUNTA CENTRAL DE PLANIFICACIÓN (1974), *La esperanza o expectativa de vida*, La Habana.
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, *Estadísticas vitales de la República, (1902-1908)*, La Habana, Departamento Nacional de Sanidad.
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, *Informe anual sanitario y demográfico de la República de Cuba, (1902-1908)*, La Habana, Departamento Nacional de Sanidad.
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN, *Informe anual sanitario y demográfico de la ciudad de La Habana (1902-1906)*, La Habana, Departamento Nacional de Sanidad.
SECRETARÍA DE HACIENDA, *Movimiento natural de la población, (1900-1902)*, La Habana.
SECRETARÍA DE SANIDAD Y BENEFICENCIA, *Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, (1908-1936)*, La Habana.
SECRETARÍA DE SANIDAD Y BENEFICIENCIA (1917), *Estadística sanitaria y demográfica de la República, 1915*, La Habana.
UNITED STATES. DEPARTMENT OF COMMERCE (1945), *Cuba: summary of biostatistics*, Washington, Inter American Affairs.

Bibliografía

ALIENES UROSA, Julián (1950), *Características fundamentales de la economía cubana*, La Habana, Banco Nacional de Cuba.
BERNABEU MESTRE, Josep (1992), «Nutrición y salud de la población. Una aproximación desde la historia social de la medicina», *U.I.M.P. Curso Economía y Población*, La Coruña.
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS (1976), *La población en Cuba*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.
CHAKIEL, Juan y MARTINEZ, Jorge (1993), «Transición demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950», *IV Conferencia Latinoamericana de Población*, México.
CHESNAIS, Jean-Claude (1986), *La transition demographique. Etapes, formes, implications economiques*, París, Presses Universitaires de France.
COLLVER, Andrew (1965), *Birth Rates in Latin America: New Estimates of Historical Trends and Fluctuations*, Institute of International Studies, University of California.

DÍAZ-BRIQUETS, Sergio (1981), «Determinants of Mortality Transition. Some Evidences for Cuba», *Population Studies*, vol. 35, n.° 3, pp. 399-411.

DÍAZ-BRIQUETS, Sergio (1983), *The Health Revolution in Cuba*, Austin, University of Texas.

DOPICO, Fausto (1993), «Ganando espacios de libertad. La mujer en los comienzos de la transición demográfica en España» en FRAISSE, G. y PERROT, M. (eds.), *Historia de las mujeres. El siglo XIX*, Madrid, Taurus, pp. 571-583.

FARNOS MOREJON, Alfonso (1976), *Cuba: tablas de mortalidad estimadas por sexo*. 1955-1970. Estudios Demográficos, n.° 8, Centro de Estudios Demográficos, La Habana.

GONZÁLEZ, Fernando y DEBASA, Jorge (1970), *Cuba: estimación y ajuste del Censo de 1953 y las estadísticas de nacimientos y defunciones entre 1943 y 1958. Tabla de mortalidad por sexos 1952-1954*, Santiago de Chile, CELADE.

GONZÁLEZ QUINONES, Fernando (1992), «Las tendencias y características de la población de Cuba en el siglo XIX» en *La demografía cubana ante el V Centenario*, La Habana, CEDEM, pp l-13.

HERNÁNDEZ CASTELLÓN, Raúl (1981), «El comienzo de la revolución demográfica en Cuba», *Revista Cubana de Administración de la Salud*, n.° 7, pp. 1-23.

LE RIVEREND, Julio (1973), La República. *Dependencia y revolución, La Habana*, Editorial de Ciencias Sociales.

LE ROY Y CASSA, Jorge (1914), «La mortalidad infantil en Cuba. 1904-1913», La Habana.

LE ROY Y CASSA, Jorge (1915), «Estadística sanitaria de Cuba», *Cuba contemporánea*, vol. II, pp. 354-382 .

LE ROY Y CASSA, Jorge (1925), «Estadística demográfica de Cuba», La Habana.

LÓPEZ FERNÁNDEZ, Carmen (1972), «Tendencia en Cuba de la mortalidad de menores de 1 año entre 1910 y 1970», *Revista Cubana de Pediatría*, n.° 2, pp. 129-136.

LOSADA ÁLVAREZ, Abel (1993), «Cuba (1899-1958): del antiguo régimen demográfico a la consolidación de la modernización», *IV Conferencia Latinoamericana de Población*, México.

LOSADA ÁLVAREZ, Abel (1996), «Nuevos agentes en el crecimiento económico cubano, 1898-1958», *Cambio institucional e historia económica*, Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 211-233.

MACCIO, Guillermo (1968), *La mortalidad en la República de Cuba, 1943-53 y 1961-63*, Santiago de Chile, CELADE.

MEZQUITA, Rodolfo (1970), *Estimación de la mortalidad por sexo. Tablas de vida para los períodos 1919-1931 y 1931-1943*, Santiago de Chile, CELADE.

PINO SANTOS, Óscar (1973), *El imperialismo norteamericano en la economía de Cuba*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.

PINO SANTOS, Óscar (1983), *Cuba. Historia y economía*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.

PRESTON, S.; KEYFITZ, N. y SCHOEN, R. (1972), *Causes of Death. Life Tables for National Populations*, Nueva York, Seminar Press.

SCHOFIELD, Roger; REHER, David y BIDEAU, Alain (eds.) (1991): *The Decline of Mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press.

STONER, Lynn (1991), *From the House to the Streets: The Cuban Woman's Movement for Legal Reform, 1898-1940*, Durham, Duke Universiy Press.

TOIRAC, Lazaro y VELÁZQUEZ, Elio (1975), *Cuba: tablas de mortalidad estimadas por sexo, para los años calendario terminados en 0 y 5 durante el período de 1900 a 1950*, La Habana, Centro de Estudios Demográficos.

VEGA LAMAR, D. (1919), «Tablas de vida de la ciudad de La Habana», *Sanidad y Beneficiencia*, tomo XXII, pp. 51-74.