

Coyuntura económica, procesos demográficos y salud. La experiencia cubana¹

Rolando García²

Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira³

Marisol Alfonso de Armas⁴

Resumen

A partir de la relación entre la población y el desarrollo, el presente trabajo tiene el propósito de examinar el impacto de la coyuntura económica sobre los procesos demográficos y la salud, a la luz de la experiencia cubana. Igualmente, señala la significación de las políticas públicas, de protección social y las potencialidades de la respuesta social organizada en economías emergentes, como es el caso de Cuba. Se retoma el impacto socio demográfico de la crisis de los años noventa del siglo XX. Para ello se hace hincapié en el análisis de algunos grupos como las mujeres y las familias, portadores de rasgos que los pueden hacer vulnerables en determinados contextos. Se señala la respuesta social que se evidenció ante tales consecuencias. También se hace un discernimiento entre manifestaciones socio demográficas que pueden ser el resultado de una transición demográfica muy avanzada o del impacto de coyunturas económicas adversas. Entre ellas se destacan la reducción de los niveles de fecundidad, la incidencia del aborto y patrones de uniones maritales. Finalmente, se reflejan algunos fragmentos de relatos pertenecientes a un estudio de caso realizado en Ciudad de La Habana durante los años 2006 y 2007. Con ello se intenta mostrar rasgos presentes en las decisiones individuales de cuidados de salud.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² UNFPA, Cuba.

³ Profesor e investigador del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

⁴ Oficial Nacional de Programa- UNFPA-Cuba.

Coyuntura económica, procesos demográficos y salud. La experiencia cubana

Rolando García⁵

Juan Carlos Albizu-Campos Espiñeira⁶

Marisol Alfonso de Armas⁷

• Introducción

La actual crisis financiera - económica, la mayor desde la “Gran Depresión” de los años 30, ha afectado a todo el mundo. La recesión comenzó en el cuarto trimestre de 2008 y empeoró durante el primer semestre de 2009. Inició como una crisis crediticia e hipotecaria en Estados Unidos provocando efectos paralelos: Por un lado, la quiebra de otros bancos que habían invertido una parte de su capital en los productos financieros que los primeros habían puesto en circulación y que dejaban de tener valor. Por otro lado, una desconfianza generalizada entre las entidades bancarias. Y finalmente el bloqueo total de la financiación interbancaria lo que, a su vez, trajo consigo la paralización y caída de la actividad económica por falta de recursos crediticios. (Gálvez et al, 2009)

La crisis ha afectado a América Latina y el Caribe, aunque estos impactos, hasta ahora, no han sido tan fuertes como los provocados por la crisis de los años 80 - la “década perdida”- (CEPAL; Mesa-Lago, 2009). Las políticas para enfrentarla han sido principalmente macroeconómicas, y algunas sociales; medidas monetarias y fiscales anticíclicas, como recorte de impuestos, facilitación del crédito, ayuda del pago de hipotecas, préstamos a grandes a empresas en quiebra, planes de empleo de emergencia, subsidios a empresas que retengan a sus empleados, entre otras, (CEPAL, 2009a, 2009b).

La mayoría de los países de la región han puesto en marcha programas sociales emergentes (por ejemplo, 88 millones de latinoamericanos reciben apoyos bajo esquemas de transferencias condicionadas en efectivo). En Brasil son 44 millones de individuos los beneficiarios; seguido por México con 25 millones (5.1 millones de hogares). Sin embargo, prevalecen debilidades importantes. La desigualdad y la pobreza siguen siendo altas y las políticas sociales no han transitado de una lógica de programas asistenciales a una visión integrada de protección social. La calidad de los servicios que recibe la población más pobre y los grupos más vulnerables sigue siendo altamente deficiente (Ibídem).

Estudios recientes de la CEPAL presentan a Cuba, Uruguay, Chile, Costa Rica, Brasil, Argentina y Panamá como los países más avanzados en materia de protección de salud y

⁵ UNFPA, Cuba.

⁶ Profesor e investigador del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

⁷ Oficial Nacional de Programa- UNFPA-Cuba.

organización de la seguridad social. Estos países muestran la cobertura más alta en salud, pensiones y protección a los ancianos; con sistemas de seguro social o públicos, la mayoría otorgando atención gratuita; todos ofrecen un paquete básico de prestaciones, pensiones sin discriminación por género y amparo a las mujeres trabajadoras, cubren riesgos catastróficos (en diverso grado). Si bien estos países, muestran en promedio mayores gastos de salud per cápita, deben encarar desafíos en términos de sustentabilidad financiera, particularmente los que tienen los programas más antiguos y las poblaciones más envejecidas.

A partir de la relación entre la población y el desarrollo, el presente trabajo tiene el propósito de examinar el impacto de la coyuntura económica sobre los procesos demográficos y la salud, a la luz de la experiencia cubana. Igualmente denotar la significación de las políticas públicas, de protección social y las potencialidades de la respuesta social organizada en economías emergentes, como es el caso de Cuba.

- **La inversión social y el sector salud**

Las políticas de los decenios precedentes a la crisis actual promovieron un corte drástico del papel estatal y de la regulación, a la par de un aumento del mercado y del sector privado, descuidando las políticas de protección social. Ya casi nadie tiene dudas de que al Estado le corresponde un papel social crucial en la presente encrucijada y en el futuro de América Latina y el Caribe.

Cuba continúa siendo un país económicamente subdesarrollado, sin grandes recursos energéticos y naturales, sometido por más de medio siglo a un intenso e injusto embargo económico y comercial por parte de los Estados Unidos que, entre otras afectaciones, impone fuertes restricciones financieras y disímiles obstáculos para acceder a créditos de organismos financieros internacionales.

Las coyunturas económicas, las contingencias materiales adversas, y las situaciones de emergencia, han sido recurrentes y han formado parte de los retos permanentes del proceso revolucionario. Sobre este contexto particular ha intentado abrirse paso un proyecto de equidad y justicia social, basado en principios de igualdad, en donde el Estado se asume como responsable y garante. Las acciones combinadas de las políticas socioeconómicas han estado destinadas al bienestar social, la equidad en la distribución del ingreso y la satisfacción de las necesidades básicas a través de servicios sociales esenciales (salud, educación, cultura, seguridad social, etc.); proporcionados gratuitamente.

La voluntad política a favor de brindar amparo y protección a cada ciudadano, las políticas públicas y la destinación permanente de importantes recursos financieros a diversos programas sociales, han permitido mitigar muchos impactos de las crisis, instrumentar mecanismos de respuesta, desarrollar capacidades y sostener los indicadores sociales alcanzados. A su vez, las bases institucionales creadas, propiciaron la conformación de valores culturales y éticos, sentimientos humanistas e interacciones sociales solidarias; que cualifican el tipo de redes sociales de apoyo, las estrategias de vida de las familias cubanas y el despliegue de un capital social, estoico y tenaz, lo cual ha permitido movilizar reservas y potencialidades sin precedentes en un paradigma singular.

Estas circunstancias conducen a pensar que las limitaciones de las economías incipientes no necesariamente constituyen un obstáculo insalvable para el progreso del estado de salud, el cambio demográfico y el bienestar. Una política pública coherente con prioridad hacia el contorno de la salud junto a otros resortes sociales, puede, sin una economía robusta, impulsar ese progreso.

La Revolución Cubana implementó desde sus inicios acciones encaminadas a erradicar las desigualdades y la pobreza extrema; fijó de inmediato leyes de profundo contenido social, como la reducción del precio de las medicinas y los alquileres, las reformas agrarias y urbanas, la construcción de hospitales, entre otras; lo que propició una importante redistribución del ingreso de la población, mejorando la situación de las capas marginadas y, en particular, la situación de la población rural.

Entre 1960 y 1975, se inició un proceso de reorganización del sistema de salud, apoyado en tres principios básicos: su carácter público, la gratuidad de los servicios y el acceso in situ, mediante la desconcentración de los recursos y los servicios hacia el resto de los territorios del interior del país. En 1960 se creó el Ministerio de Salud Pública, reemplazando al antiguo Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. Se crearon hospitales, policlínicos y puestos médicos rurales. La asistencia médica comunitaria y la orientación profiláctica alcanzó un nivel cualitativo superior con la creación de un nuevo modelo de atención primaria en los inicios de los años ochenta: “El Médico de Familia”⁸. Este servicio garantiza, entre otros, el seguimiento sistemático de los enfermos crónicos y un cuidado cercano de la embarazada, de la madre, del anciano y del niño. En 1958 existían 9.2 médicos por 10 000 habitantes; en el año 2009 Cuba alcanzó la cifra de 1 médico por cada 150 personas.

La intención expresa de eliminar las desigualdades sociales y la polarización epidemiológica, se manifiesta en evidencias y resultados tangibles. El patrón de mortalidad en Cuba ha experimentado una gran homogeneización territorial, cerrándose la brecha entre grupos sociales. Las políticas públicas, y particular la reconfiguración de la salud pública, las campañas de vacunación, la diversificación y modernización de los servicios, combinándose con los avances en el campo de la educación y la eliminación del analfabetismo, han permitido mejorar la salud de toda la población y, en especial, de los grupos sociales históricamente desprotegidos.

El sistema cubano ha puesto énfasis marcado en la promoción de salud, sin dejar de priorizar el nivel y la calidad de los servicios. El Estado ha destinado igualmente recursos importantes al fortalecimiento de capacidades comunitarias, para descentralizar y descongestionar los servicios de tercer nivel.

Visto en el tiempo, la sustentabilidad de los índices de salud alcanzados, la evolución de la morbi - mortalidad y los avances futuros del estado de salud de la población cubana, ya no dependerían solo de la intervención médico - sanitaria. Los factores de riesgo, diversos y

⁸ Un médico por cada 120 - 160 familias (unas 600 ó 700 personas); quien reside y tiene su consultorio en la propia vecindad; junto a él trabaja una enfermera. Parte de su tiempo, el médico, lo dedica a la visita de las familias, lo cual facilita la permanencia de los enfermos en sus hogares en un ámbito de cuidado familiar.

multi-causales, continuarán demandando también las acciones a nivel económico, material, ambiental, social y cultural; lo que refuerza su abordaje integral.

Arribado a cierto “umbral”, resulta importante generar evaluaciones sobre el balance de los recursos destinados a la intervención directa de los servicios médicos, la atención terapéutica, la promoción de salud y la identificación cabal de todos los factores de riesgo. La sustentabilidad económica y financiera de un cuadro epidemiológico cada vez más complejo y costoso, demandante de alta tecnología médica, innovación y conocimiento científico, así como el monitoreo, la racionalidad en el uso de los recursos y el ahorro en el sector salud, se han erigido como eslabones esenciales para una política de salud más eficiente. La eficacia de la intervención médica se eleva más cuando genera sinergia positiva con otras fuentes generadoras de bienestar, como educación, vivienda, ingresos familiares, transporte, alimentación, oferta de bienes y servicios, recreación, cultura, entre otros.

Se trata igualmente de mitigar los efectos recientes de los desastres naturales y de la crisis actual. En nuestros días se analiza la racionalidad de la ubicación de tales servicios y su necesaria articulación con las particularidades y condiciones concretas de los territorios, sus contextos y perfiles de salud. En un escenario de reforzamiento de la institucionalidad, de ajuste y perfeccionamiento estructural y de prioridad hacia la economía, estos constituyen desafíos frente a la crisis global de hoy.

- **La coyuntura de los 90. Impactos epidemiológicos y la respuesta social organizada.**

A inicios de los años 90 se produce el súbito derrumbe del socialismo en Europa del Este y la desaparición de la Unión Soviética. El colapso del socialismo europeo provocó un impacto significativo sobre la economía cubana, estructuralmente integrada a la de aquellos países. El comercio exterior se redujo, abruptamente, a la cuarta parte del nivel de 1989; el Producto Interno Bruto (PIB) descendió en casi un 35 %, entre 1989 y 1993, y el déficit fiscal llegó a ser el 37 % de éste. Cuba perdió aproximadamente el 50 % de su capacidad de compra y quedó aislada de las fuentes de créditos internacionales. (Casanova, et al, 2002)

La escasez de divisas fue el principal punto de estrangulamiento de la economía cubana para acceder a mercados internacionales de capital y se manifestó en importantes limitaciones para la compra de alimentos, medicamentos, petróleo, materias primas e insumos para la actividad productiva. El poder adquisitivo de la moneda nacional se deterioró.

El programa cubano de ajuste económico y de respuesta a la crisis consistió en la formulación de una reforma con características propias. Sus objetivos fundamentales fueron: resistir y superar los efectos de la crisis con un relativamente elevado consenso popular y al menor costo social posible; crear condiciones para la recuperación y la reinserción de la isla en la economía mundial.

Cuba no siguió ninguno de los modelos vigentes; no instauró un proceso de privatización de la propiedad estatal; prefirió otorgar un nivel de apertura al mercado y la inversión

foránea con control y estricta regulación. Durante la década de los 90 se asumieron diversas formas de propiedad, de producción cooperativa y se propició la extensión del trabajo por cuenta propia. La apertura al capital extranjero, tecnología y mercado se acompañó de la descentralización del comercio exterior.

Aún en 1993, el año más severo de la crisis, se mantuvieron los principales servicios sociales a la población. Muchos esfuerzos se concentraron en sostener a toda costa los sistemas de educación y de salud, resentidos de manera significativa por la coyuntura. El objetivo central de no retroceder y sostener los logros alcanzados en los sectores de educación y salud, condujo a que fuese necesario abandonar temporalmente los proyectos de nuevos desarrollos. Las inversiones en la educación y la salud pública se redujeron al mínimo necesario para la preservación de las instalaciones y la culminación de algunas obras que estaban en proceso (Figueras et al; 1998).

En el sector salud las importaciones se redujeron a un tercio de los niveles anteriores a la crisis. La incorporación de camas hospitalarias y de asistencia social se redujo del promedio de 2 800 a unas 500 camas por año durante la primera mitad de los noventa. La matrícula de nuevos ingresos en las facultades de medicina igualmente disminuyó.

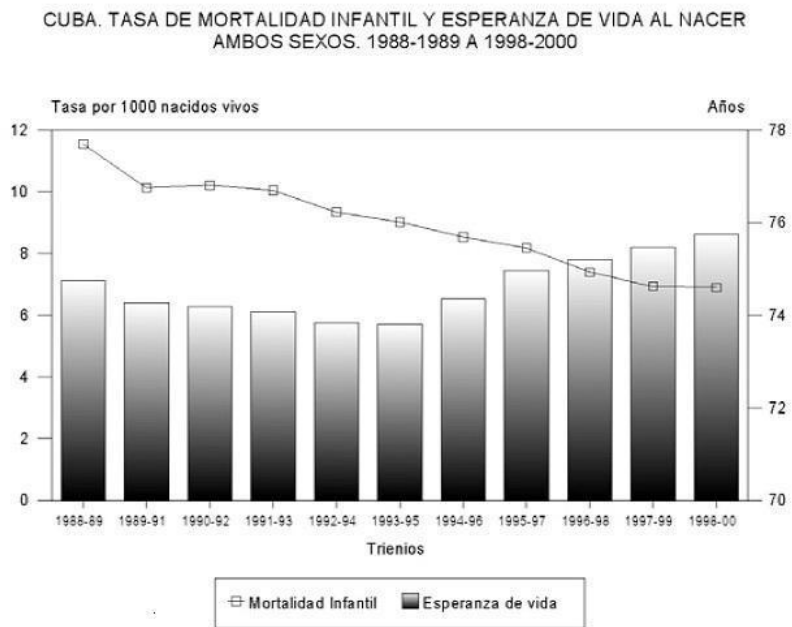
A causas de la carencia de divisas, disminuyó la disponibilidad de los medicamentos importados, mientras que las menores compras de materias primas para la producción local provocó una fuerte baja en la producción nacional los primeros años de la década, dejando insatisfecha una parte de su demanda (Figueras et al 1998).

A fines de 1992 el Gobierno de Estados Unidos, aprobó la Enmienda Torricelli que significó un recrudecimiento del embargo, obstaculizando de nueva cuenta las posibilidades de importar equipos y ciertos medicamentos fabricados por empresas de otros países, con licencias de corporaciones estadounidenses o algunos que eran vendidos a Cuba por filiales de corporaciones de ese país, radicadas en otras naciones.

En el orden subjetivo, la desmotivación, la deserción laboral como resultado de la devaluación del peso cubano, el bajo incentivo del salario, las dificultades del transporte público y el deterioro de condiciones de las instalaciones, comenzaron a deteriorar la calidad de los servicios de salud (Figueras, et al 1998).

En un estudio socio - demográfico sobre la mortalidad de la población cubana en los 90 Albizu-Campos (2003), indicó que, si bien la tasa de mortalidad infantil se redujo de 11,54 por mil a 9,01 por mil, se produjo un incremento en otras edades, provocando un detenimiento o muy probablemente una disminución de la esperanza de vida al nacer de 74,75 a 73,81 años entre los períodos 1988-1989 y 1993-1995, tanto en hombres como en mujeres, tal como se observa en la FIGURA 1.

FIGURA 1



Fuente: ONE, Anuario Demográfico de Cuba 2008.

De forma general, el incremento del nivel medio de la mortalidad en esta etapa fue claramente conducido por los incrementos de enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias; del grupo residual de causas de muerte; de los tumores (excepto pulmón) y de las enfermedades cerebro-vasculares; en los que el nivel de sus tasas fueron más elevadas en un 37.1, 24.8, 8.8 y 7.4%, respectivamente, con relación al nivel registrado en la mortalidad de estos mismos grupos de causas de muerte hacia el final del decenio de 1980. Mientras, en el incremento de la mortalidad después de 1 año fue probablemente determinante el deterioro de la capacidad de supervivencia de la población de la tercera edad, seguida de la mortalidad en las edades de 35 a 59 años.

Hacia el período 1994-1996, la esperanza de vida al nacer de ambos sexos se incrementó en más de medio año y volvió a situarse por encima de la cota de los 74 años —74.35 años— en lo que fue el comienzo de un proceso de recuperación sostenida, hasta la actualidad.

Los rasgos fundamentales de la mortalidad durante la primera mitad de la década de 1990 fueron: 1) el incremento de la mortalidad del resto de las edades no pudo seguir siendo compensada por la disminución de la mortalidad infantil en el período, como había ocurrido durante el decenio anterior; 2) el peso fundamental del descenso de la capacidad de supervivencia de la población cubana fue cargado por el sexo femenino, que tuvo que soportar la mayor reducción de su expectativa de vida; 3) a pesar de que, en la estructura de las enfermedades y las causas de muerte, aquellas de tipo endógeno y crónico-degenerativas, así como las violentas, siguieron ocupando los primeros lugares, se pudo constatar un notable incremento de la incidencia de las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias, así como aquellas asociadas a carencias primarias, en clara correlación con el deterioro general de las condiciones de vida e higiénico-sanitarias en el

país, y 4) el retroceso de la esperanza de vida al nacer de la década de 1990 se venía gestando durante el decenio de 1980, cuando la reducción de la capacidad de supervivencia en otras edades se cubrió con la elevada contribución que produjeron los menores de un año debido al importante descenso de su mortalidad.

Durante la crisis de los 90, el impacto de la pérdida de los principales mercados se reflejó significativamente en la seguridad alimentaria y la calidad de la dieta nutricional de la población. Ello provocó el brote de neuropatía y un ligero incremento en tuberculosis y las enfermedades diarreicas, sobre todo en las personas de la tercera edad. En 1993 fue necesario aprobar un presupuesto extraordinario en divisas superior a los 100 millones de dólares para hacerle frente a la neuropatía.

Durante 1992, 1993 y 1994 se observó un cierto incremento del índice de bajo peso al nacer, como se refleja en la FIGURA 2.

FIGURA 2



Para contrarrestar la alimentación desbalanceada y pobre en proteínas, minerales y vitaminas, se impulsó la producción de tabletas de Neovitamin II, un complejo integrado por las vitaminas A, B1, B6, B12, niacinamida y ácido fólico. Durante más de un año esas tabletas se distribuyeron gratuitamente a la población, comenzando a venderse en las farmacias a partir de 1995. (Albizu, 2003)

La insuficiente disponibilidad de materiales y productos de limpieza e higiene, las limitaciones en los servicios comunales, en la recogida de desechos urbanos, los déficit en el abasto y el deterioro de la calidad del agua, la proliferación de la crianza de animales

(cerdos y aves) en áreas residenciales afectó el cuadro epidemiológico en el país, con la multiplicación de vectores y el resurgimiento de focos de mosquitos *Aedes Aegypti*. Esto trajo como consecuencia la proliferación de enfermedades digestivas, la leptopirosis, las infecciones de transmisión sexual, la escabiosis y la pediculosis. Los efectos nocivos de la crisis en el cuadro epidemiológico fueron importantes; pero la respuesta del Estado y de la sociedad cubana fue inmensa. Para la segunda mitad de los 90 ya la salud recuperaba sus niveles. La experiencia cubana en la protección de la vida humana en circunstancias contingentes de esa magnitud, realmente casi no tiene referente.

La rápida reacción del sector de la salud y la voluntad política explícita de enfrentar la crisis sin comprometer las ventajas sociales ganadas se puso en evidencia, por un lado, en que se garantizó el incremento sostenido de los gastos de salud por habitantes y, por otro, en la puesta en marcha de un programa de medidas de contención y reestructuración económica, redundando en que hacia finales de la primera mitad de la década de 1990 se había registrado ya una clara reducción de la mortalidad en el país. La capacidad del sistema de salud pública quedó probada en el enfrentamiento satisfactorio a las epidemias del dengue, la conjuntivitis hemorrágica y la neuropatía. Ello fue un elemento distintivo del caso cubano que lo desmarcó completamente de lo que seguía ocurriendo en los países ex socialistas de Europa del Este.

Como resultado de la política de ajuste, durante los años 1995 – 1999, justo en los años que sucedieron a la Conferencia Internacional de Población de El Cairo (1994), la economía cubana inició su recuperación. El PIB dejó de descender a partir de 1994. En 1995, 1996 y 1997, la economía creció en 2,5, 7,8 y 2,5 %, en ese orden.

En el sector de la salud pública se trazaron nuevas estrategias; entre las prioritarias se inscriben: continuar mejorando la atención primaria, fortaleciendo la de urgencia; revitalizar la red hospitalaria, con el rescate de la disciplina institucional y de sus principales actividades asistenciales, docentes e investigativas, perfeccionar los servicios de atención hospitalarias y recuperación de los volúmenes de actividad quirúrgica; fortalecer el Programa Nacional de Medicamentos y Medicina Tradicional. A partir de 1994 comenzó gradualmente el restablecimiento de los aseguramientos en las farmacias, basado en la producción nacional. Recuperación gradual del programa de formación de personal médico y estomatológico.

El hecho de que se produjera una crisis tan aguda durante los años noventa del siglo XX y cuya recuperación aún no se había producido de forma completa a mediados de la primera década del siglo XXI, puede estar provocando que no se distinga la presencia de una nueva crisis de carácter global. Las reacciones a la anterior todavía pueden estar produciéndose y los efectos de la crisis reciente en las tendencias demográficas años aún no son tan claros.

- **Salud de la mujer y entorno familiar.**

Independientemente de la escala de la crisis actual, existen grupos que sufren y sufrirán un mayor impacto; estos son los llamados grupos vulnerables. Según Espina (2010), es posible llegar a una caracterización de rasgos personales y familiares asociados a la pobreza y a las

desventajas sociales en general, que proveen un patrón de preferencia para los mecanismos de exclusión. En términos de familias, se pueden mencionar, por ejemplo, aquellas que tienen un tamaño superior a la media nacional, núcleos familiares con ancianos y niños, familias monoparentales con mujeres jefas de hogar que no trabajan, ancianos viviendo solos, entre otros. En lo relativo a grupos o individuos, se suele identificar a las mujeres, ancianos y niños, sobre todo en contextos de países en desarrollo.

Particularmente, las mujeres sufren desproporcionadamente durante tiempos de crisis. “La crisis deteriora el acceso efectivo a la atención de salud y la calidad de sus prestaciones, así como la solidaridad social y la equidad de género. Los paquetes anticíclicos en varios países en la región; no dan suficiente importancia a la protección social. También puede deteriorarse la solidaridad social y la equidad de género, y retroceder los avances logrados en las Metas del Milenio” (Sojo, 2009).

Los efectos negativos de la crisis podrían, incluso, revertir los logros alcanzados en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), principalmente los referidos a reducción de la pobreza extrema, la desnutrición y la mortalidad infantil y materna. Puede estarse produciendo un retroceso en el empoderamiento de las mujeres y en el logro del ODM5 (salud materna) y la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes al arribar al 2015, así como el acceso universal a la salud reproductiva.

Las muertes y las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto pueden aumentar si se asignan menos recursos a los servicios de salud, especialmente en lugares donde ya son altas las tasas de mortalidad derivada de la maternidad. Cada año, 536.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y más de diez millones de mujeres padecen enfermedades graves o de larga duración o discapacidades causadas por complicaciones del embarazo o del parto. Las respuestas en materia de políticas basadas en los papeles de las mujeres como agentes económicos pueden lograr mucho para mitigar los efectos de la crisis sobre el desarrollo, especialmente porque son las mujeres, más que los hombres, quienes invierten sus ingresos y ponen todo su empeño mayormente en la salud y la educación de sus hijos; y con elevada frecuencia en la protección de todos los miembros del hogar.

La coyuntura económica, política y social impacta a las familias y en particular a la mujer que necesita duplicar esfuerzos para aportar a la economía de la familia con su trabajo fuera del hogar y compensar la disminución del empleo y del salario real de los hombres. Las mujeres continúan siendo las máximas responsables de las tareas domésticas y de la actividad de cuidado adjudicadas a ellas por la cultura patriarcal, y que dejan de hacer instituciones sostenidas por la seguridad social, ahora reducida. Todo esto se expresa en una mayor intensidad de trabajo a cuenta de su descanso, su recreación y finalmente de su salud. Vasallo, N., 2010).

Desde 1968 Cuba estableció un programa nacional de atención a la mujer que incluyó la dispensarización de las embarazadas, la promoción del parto institucional y la creación de hogares maternos en zonas rurales y de difícil acceso, unido a una mejor y mayor preparación del personal de salud, así como a una amplia cobertura de asistencia médica. En el marco de los programas planificación familiar, se incorporan otras instituciones

cubanas que además de propiciar la cobertura, el conocimiento y el uso de la anticoncepción en el país, contribuyen a la salud reproductiva y a la educación sexual de la población.

El mejoramiento de la salud de la población ha sido complementado con la asistencia de otras instituciones y organizaciones sociales. Las actividades de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), a través de las brigadas sanitarias creadas al efecto, han sido extraordinariamente importantes.

Los programas incluyen la eliminación de todas las formas de discriminación, siendo una de ellas la violencia contra la mujer, tema que es considerado como un problema de salud pública, de ahí la creación en 1997 del Grupo Nacional para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar, particularmente perpetrada contra la mujer.

Las ideas anteriores conforman el escenario que antecede la entrada de Cuba en la crisis de los años noventa del pasado siglo. Un estudio reciente muestra que en la actualidad las cubanas se representan la crisis como una situación caracterizada por la falta de dinero y con ello incapacidad para adquirir productos, en primer lugar alimentos; pero señalan también afectaciones al transporte, la salud y la educación. Este mismo pone de manifiesto que no hay claridad en la percepción de la influencia de la crisis actual a diferencia de la vivida en los años 90, percibiéndose como una sola crisis (Vasallo, 2010).

El impacto de la crisis sobre las mujeres es reconocido a nivel gubernamental. Raul Castro en un discurso pronunciado en la clausura del IV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular, el 20 de diciembre de 2009 afirmó: “El descenso del precio de productos de exportación como el níquel, el tabaco, el ron, la disminución del turismo, son efectos de la crisis global que afectan la economía cubana con sus correspondientes consecuencias para la población y en particular las mujeres, a pesar del sistema de seguridad y asistencia social con cuenta el país que trata de proteger a los más vulnerables”.⁹

La década de los noventa del siglo XX también trajo un conjunto de dificultades para la familia cubana. Se acentuaron los problemas de convivencia familiar debido a la existencia de varias generaciones en una misma vivienda como consecuencia de la poca disponibilidad de inmuebles, de la carencia y falta de los principales productos básicos y las separaciones debido a la migración internacional.

En términos de estructura de hogares también ocurrieron transformaciones. Según el Censo de Población y Viviendas del 2002, en cada hogar vivían como promedio, 3,2 personas de los cuales 1,35 tenían 60 años y más. La familia cubana ha pasado a ser menos numerosa como resultado, principalmente, del descenso de la fecundidad. Cuba reporta una proporción de hogares no nucleares (extendidos y compuestos) igual a 32%, que resulta comparativamente alta en el contexto de América Latina. En el 70% de los hogares extensos están presentes los hijos del jefe, lo que quiere decir que los “parientes” no llegan

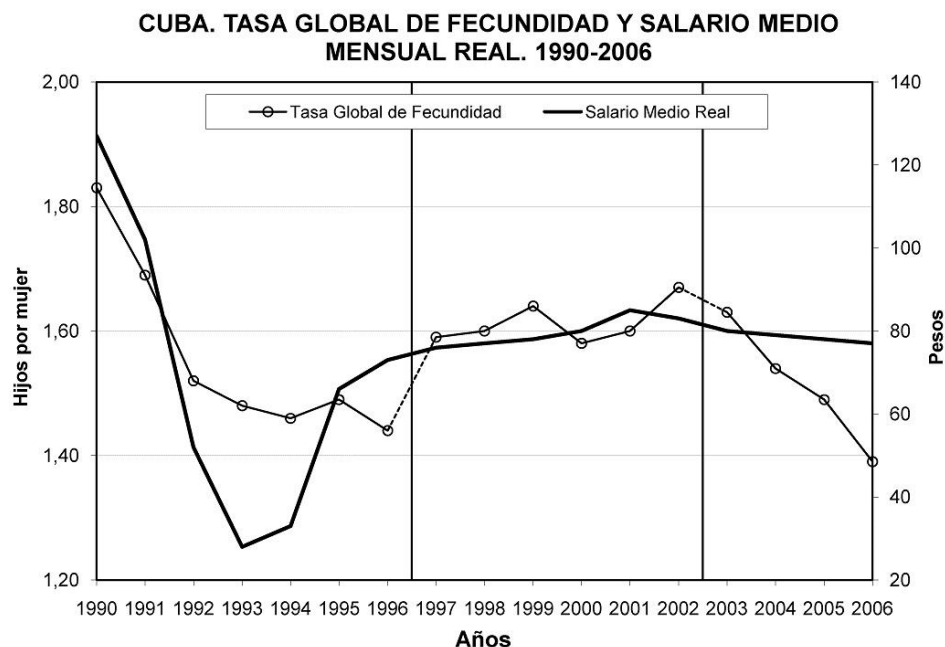
⁹ Castro, R. discurso pronunciado en la clausura del IV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea Nacional del Poder Popular, el 20 de diciembre de 2009.

al hogar cuando se van los hijos, que es una de las teorías que explica este patrón en Latinoamérica, sino que conviven con estos. En el caso de Cuba, al decir de Benítez (2003), los cambios en la estructura de los hogares están afectados por el propio ciclo familiar, así como por el comportamiento de la esperanza de vida, de la migración y la poca disponibilidad de viviendas. Los hogares extensos son consecuencia de la adición de la pareja de los hijos (Benítez, 2003, p. 146), aunque también se argumente la presencia de la baja mortalidad que provoca la co-residencia con uno o ambos padres ancianos.

Las familias cubanas parecen haber adoptado medidas restrictivas para solventar la crisis, cuya expresión puede ser ilustrada en la relación “invertida” entre la tasa global de fecundidad y el salario medio mensual real.

Dos rasgos caracterizan hoy la conducta reproductiva de las mujeres cubanas: la aparición de un patrón de posposición de la maternidad y el incremento del aporte de la fecundidad de las mujeres de 30 a 44 años. Este proceso de posposición afecta a todas las mujeres independientemente de su status socio-económico, siendo más acentuado entre las mujeres rurales, unidas consensualmente y de 0 a 6 grados de escolaridad, en condiciones mayor fragilidad frente a la crisis. Este será un factor importante a considerar en futuras investigaciones y a tener en cuenta en políticas que se adopten para estimular la fecundidad y contemplen la intervención con servicios de salud (atención a riesgos preconceptionales), consejería y planificación familiar de mayor nivel de especialización y cuidado.

FIGURA 3



FUENTE: Albizu-Campos E., J.C., 2006, Estimaciones a partir de CEPDE-ONE, Anuario Demográfico de Cuba, años respectivos.

- **Crisis, segunda transición demográfica y salud.**

Las manifestaciones sociodemográficas que Cuba viene experimentando hace aproximadamente dos décadas, parecen colocarla en una etapa post transicional. De cualquier manera, no es objetivo clasificar esas manifestaciones en términos de las etapas de la transición demográfica. Retomar una discusión tan asidua en el escenario cubano, conduce, en primera instancia, a discernir entre aquéllos eventos que pudieran ilustrar por semejanza lo que se conoce como la segunda transición demográfica, que caracteriza países avanzados; y la impronta de comportamientos y eventos socio demográficos responsivos a (resultantes de) condiciones económicas adversas. Incluso se pudiera pensar que sería muy probable la presencia de los dos fenómenos de forma concomitante. ¿Por qué es importante realizar este tipo de distinción? Obviamente, en términos de políticas públicas y de salud, resulta útil identificar las causas que subyacen en la actual apariencia demográfica del país.

En el caso de Cuba, ciertos indicadores se tornan relevantes, después de una mirada a sus comportamientos sostenidos en el tiempo. Se trata de la incidencia del aborto; los niveles de fecundidad por debajo del reemplazo generacional y el uso de la anticoncepción, por solo citar algunos, que indudablemente influyen sobre la salud sexual y reproductiva.

- **Aborto, fecundidad por debajo del reemplazo y anticoncepción.**

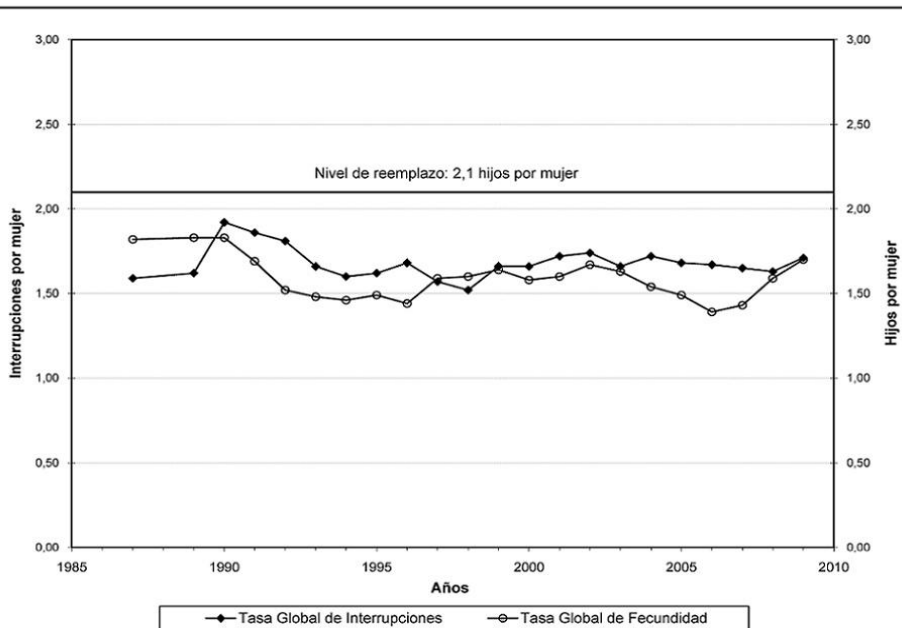
La elevada incidencia del aborto, aunque con oscilaciones en el tiempo, ha sido un rasgo presente durante las últimas décadas. Algunas de las múltiples de explicaciones se pudieran agrupar en dos categorías, una correspondiente a las circunstancias en que ocurre el aborto y la otra concerniente a su empleo como decisión pertinente a las estrategias de vida.

Al hacer referencia al primero, probablemente se esté pensando en la garantía y seguridad de la atención médica especializada, en una institución oficial de salud, con personal calificado; la gratuidad del servicio y las facilidades para acceder a él y a su “no descalificación social”. El otro grupo de argumentos pudiera incluir elementos de naturaleza socioeconómica que colocan la recurrencia al aborto como parte de las estrategias de vida asociadas a un interés de posponer la maternidad y la tenencia de hijos debido a necesidades materiales, de ingresos, vivienda u otros proyectos como el completamiento de los ciclos educativos o alcanzar un buen empleo. Así, las contingencias económicas, pueden tener un impacto en las decisiones reproductivas, que conlleven a interpretaciones, en alguna medida, distorsionadas sobre el panorama demográfico del país.

La tasa aborto disminuyó en las últimas dos décadas; pasó de 45.6 en el año 1990 a 26.3 por cada mil mujeres de 12 a 49 años en el año 2009. Sin embargo, esta disminución pudiera estar asociada a dos causantes que probablemente no reflejen con precisión la verdadera manifestación del fenómeno. Por un lado, un efecto de estructura etaria, condicionado por el envejecimiento de las mujeres en edad reproductiva. Por el otro, una probable subestimación de su magnitud, detrás de las regulaciones menstruales, que aun cuando no constituyen un método de naturaleza abortiva, encubre, con gran frecuencia, este tipo de intención.

FIGURA 4

CUBA. TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y DE INTERRUPCIONES, 1987-2009



FUENTE: Gran Álvarez, M. A., 2005, "Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad en Cuba, 1995-2000. Tesis doctoral. Temas de Estadísticas de Salud. ISSN 1727-7884. Ministerio de Salud Pública. La Habana, 122p., p.22.

Combinando las tasas de aborto con aproximadamente el 70 % de las regulaciones menstruales se obtuvieron las tasas de interrupciones que se observan en el GRÁFICO 4. A partir de 1990 la tasa de interrupciones sobrepasa la tasa global de fecundidad. Aunque no se dispone de información precisa sobre la prevalencia de anticonceptivos durante los años de la crisis de los 90, se presume que la tendencia de las interrupciones guarde relación con el descenso de su cobertura.

Si los patrones de comportamiento reproductivos tienen arraigos culturales seculares, las personas, no aisladas de su cotidianidad, resolvieron el problema de los embarazos no deseados haciendo un mayor recurso a la interrupción, ya fuera por aborto o por regulación menstrual. Tener o no un hijo constituye una decisión fundamentalmente anclada, en primer lugar, por motivaciones de carácter económico, así como de condicionamiento social y de superación personal, atravesada por un proceso de transmisión intergeneracional mediante el cual se conforma no sólo el ideal de hijos, sino esa "cultura" del aborto que acompaña la escasa preparación para la relación de pareja y la constitución de una familia.

Los niveles de fecundidad de Cuba no garantizan el reemplazo de las generaciones desde finales de los años setenta. A partir de este momento y hasta la actualidad se ha mantenido la tendencia de disminución, con algunas oscilaciones, que han revelado agudizaciones en la disminución en algunos momentos de los años noventa y en ciertos años de la primera década del siglo XXI. Muchos son los fenómenos que están asociados a este comportamiento. Indudablemente existe un impacto favorable de los programas sociales que colocaron a la mujer como protagonista esencial del cambio que se produjo en el país desde los años sesenta. Otros factores influyentes son de índole demográfica asociados al

tamaño de las cohortes que entran y salen del período reproductivo; y por último, el efecto de las condiciones económicas adversas particularmente después de los años noventa del pasado siglo. Según Alfonso (2008), hay una postergación de los hijos como consecuencia de condicionamientos y problemas socioeconómicos, como son por ejemplo, la escasez de vivienda, los proyectos de vida que comprenden la intención de emigrar, la idea de completar ciclos educacionales y lograr empleos que permitan mejorar ingresos y condiciones económicas deseadas.

Otras manifestaciones, parecen estar indicando la presencia de condicionamientos de diferente índole. Por ejemplo, la nupcialidad cubana se ha caracterizado por la cohabitación (como sustituta del matrimonio) desde siglos anteriores. En las últimas décadas se observa un aumento de este tipo de unión, y una mayor diversidad en la forma de manifestarse. Son más frecuentes las uniones entre jóvenes y la modalidad de *living apart together*. Incluso, existen algunas evidencias de convivencias como períodos de prueba. Algunas de estos comportamientos parecen indicar un modelo de nupcialidad semejante al de los países europeos que se han enmarcado dentro del perfil de la segunda transición demográfica.

Pero se requiere ser cautelosos, pues los mecanismos y factores intervinientes pudieran ser distintos. Las determinaciones socio culturales y de la llamada posmodernidad europea pueden estar conllevando al debilitamiento del matrimonio como institución; mientras que en el caso cubano, las diversas formas de convivencias, pueden estar condicionadas, en alguna medida, por condiciones económicas y sociales restrictivas, vinculadas a las necesidades materiales.

En Cuba, la anticoncepción (con una cobertura del 77.8%), tiene dos rasgos fundamentales: su elevada cobertura y el uso masivo de métodos anticonceptivos modernos: (dispositivos intrauterinos, esterilización femenina y píldora); este comportamiento es similar al de países como España, clasificado entre los de más alta cobertura en mundo. Sin embargo, investigaciones cualitativas recientes han dado cuenta de que la utilización de métodos anticonceptivos, en muchos casos, es discontinua y de intermitente interrupción, resultando en embarazos no deseados que con frecuencia son atribuidos a fallas del método y no a una mala práctica contraceptiva (Rodríguez, 2007). En términos de la estructura, se observa en el CUADRO 1 que el uso de preservativo aún representan un relativamente bajo porcentaje del total (11,2 %). En cambio, otros métodos como el DIU (51%) y la esterilización femenina (19.6%) tienen gran impacto entre las mujeres con una vida sexual activa.

Cuadro 1. Cuba. Porcentaje de mujeres de 15-49 años usuarias de métodos anticonceptivos. 1993-2009.

Años	Porcentaje total de cobertura	Porcentaje de cobertura según método						
		DIU	Esterilización femenina	Píldora	Inyección	Condón	Otros	Total
2005	77,1	60,2	19,8	7,2	1,8	9,6	1,4	100,0
2006	77,0	58,5	19,9	7,9	1,9	10,2	1,6	100,0
2007	77,1	56,0	19,6	9,0	2,6	11,4	1,4	100,0
2008	77,6	52,0	19,6	10,4	3,6	12,6	1,6	100,0
2009	77,8	51,0	19,6	10,2	5,3	12,3	1,6	100,0
Promedio	77,3	55,5	19,7	8,9	3,0	11,2	1,5	100,0

FUENTE: Dirección Nacional de registros médicos y estadísticas de salud, 2010, “Anuario Estadístico de Salud, 2009”, ISSN 1561-4425. Ministerio de Salud Pública. La Habana, abril, cuadro 175, p. 212.

Los datos de los anuarios estadísticos de salud indican una relativamente elevada prevalencia de la esterilización en el país, notablemente alta durante la primera mitad de la década de los 90, llegando a superar el 20% de todas las usuarias de anticonceptivos entre 12 y 49 años de edad. Los años en que esa proporción fue mayor, coincidió con aquellos en que el nivel de las interrupciones fue el más bajo. Casi se ha mantenido inalterable, siendo en 2009 de 19,7 %.

Según Alfonso (2008), el escenario cubano permite ver condiciones demográficas típicas de contextos en los cuales existe una reorientación de valores para necesidades postmaterialistas (fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, mortalidad infantil baja, elevada sobrevivencia) frente a un contexto económico resultante de la crisis que provoca la carencia de productos básicos.

- **La reacción a la crisis y la auto percepción de salud.**

Una segunda transición demográfica solo sería posible en condiciones en que la transición demográfica estuviese finalizada o en etapa muy avanzada. Los cambios en el patrón epidemiológico, que ya se evidenciaron en la transición demográfica clásica, tales como la disminución de las enfermedades infecto – contagiosas y el aumento de las degenerativas, se acentúan en esta segunda etapa, como resultado del envejecimiento de la estructura por edades. Adicionalmente, aparece la preocupación por enfermedades como la depresión, el síndrome del pánico, propias de los estilos de vida modernos que acompañan este proceso. Condiciones demográficas post transicionales presuponen el acceso y la calidad en los

servicios de salud garantizados, paralelamente a una importancia mayor a la elección individual en términos de cuidados de salud. La idea del énfasis individual para prevenir una muerte prematura es más popular. De esta forma, cada persona se siente responsable por la calidad de su vida. Lo que en mediano plazo debería provocar que aumente aún más la expectativa de vida. Además, debido a la elevada escolaridad y una mayor autopercepción de los riesgos para la salud, se produce una evidente preocupación por mantener mejores hábitos de vida, estilos más saludables, como la práctica de ejercicios físicos y reducción del consumo de drogas.

Se pudiera afirmar que existe un cambio dado por el surgimiento de una nueva concepción del momento de “ser viejo” dentro del ciclo de vida individual. Esta noción, aunque tiene un fuerte componente subjetivo, comienza a ganar importancia, provocando cambios en las etapas juvenil y adulta también. Como consecuencia, gana importancia la calidad de la sobrevivencia por encima de 60 años, sobre todo reflejado en estilos de vida y un envejecimiento saludables. Sería interesante profundizar en la gama de relaciones que se pueden establecer entre estos atributos típicos de escenarios post transicionales y el impacto en las tendencias demográficas de los períodos de crisis, sobre todo para países en desarrollo.

A los fines de complementar las ideas presentadas anteriormente, se presentan a continuación fragmentos seleccionados de un estudio de casos realizado durante los años 2006 y 2007 en Ciudad de La Habana y que tenía como objetivo evaluar la presencia de manifestaciones de segunda transición demográfica en Cuba. Se tenía como hipótesis que la crisis económica de los años noventa pudo haber acelerado algunas tendencias demográficas y cambiado otras. De esta manera se esperaba que concurrieran condiciones demográficas post transicionales con efectos de las condiciones económicas que resultaron de la crisis de los noventa.

Como parte de la guía de entrevista utilizada, se investigó sobre los temores que sentían las personas. Se conoció que uno de los tipos de miedo más sentido por los entrevistados era a la soledad. Aun cuando se habla de indicadores macro muy similares al de países seleccionados, las palabras de la entrevistada evidencian que esta mujer no quiere vivir sola. *Tengo miedo a quedarme sola...Por las necesidades de una persona que necesita siempre tener con quien hablar, compartir estar acompañado, y no me gusta estar sola, me gusta compartir todo eso, mis avances, mis dudas. Necesito tener eso a mi lado y me da miedo un día no tenerlo, de cierto modo eso influye en que ahora me cueste trabajo romper la relación que tengo (mujer, 35 años, universitaria).* Estas palabras pueden sugerir que en el proceso de posposición de la fecundidad, incluso de los matrimonios, en el caso de Cuba, pudieran estar presentes factores económicos que actúan como inhibidores y no estar asociada a los mismos factores que están operando en otros contextos sociales, económicos y culturales que suelen vincular estas decisiones a necesidades de autonomía y realización individual. *A la soledad, al dolor físico...a la soledad porque no me gusta estar sola, porque me deprime, me aburre, tengo que andar por ahí sin hacer nada, no tengo relaciones sexuales y si lo hago a lo mejor no con él que quiero, aparte de que no me gusta estar sola. Al dolor físico y también al dolor en general, porque soy cobarde, ante cosas que a veces uno puede enfrentar (mujer, 24 años, nivel preuniversitario)*

Las entrevistas revelaron una contradicción que se expresó en que la mayoría de los relatos reflejan conocimientos sobre hábitos, costumbres, prácticas saludables y que conduzcan a una buena salud, sin embargo muy pocos afirmaron que realizaban algunas de estas prácticas o mantenían estos hábitos. *Para tener una buena salud es bueno hacer ejercicios físicos, tener una dieta adecuada, ahora no lo hago, lo hacía hasta que empecé con esta relación, después que venía del trabajo corría pistas, hacia abdominales, porque tengo un centro deportivo cerca, lo hacía hace cinco años, tener una dieta adecuada que lo hago más o menos pero sé que es muy importante... Bueno, yo soy médico y la verdad es que yo nada más me he atendido los problemas de irregularidades menstruales y ya. No me hago chequeos sistemáticos de salud ni nada de eso (mujer, 35 años, nivel universitario).*

Otro rasgo peculiar del contexto cubano tiene que ver con los motivos que provocan las visitas al médico. El sistema de salud tiene un protagonismo esencial en la relación de las personas con el sistema. De esta manera, existen estrategias establecidas en el país que provocan que las personas se vean obligadas a visitar el médico. Uno de estos casos son los chequeos pre-empleos y otro son los llamados que se hacen a través de la atención primaria de salud para la vacunación y pruebas citológicas. *Al dentista y para pedir chequeos pre-empleos. No, hasta ahora no he tenido problemas así como para ir al médico, la última vez me citaron para una vacuna que me tocaba reactivar. En algún momento si he ido, pero hace como 4 años, no recuerdo si fue por una laringitis o una herida infestada que tuve, pero fue porque ya estaba fea la cosa. He tenido otros problemas, pero catarros y eso y no suelo ir al médico por eso. La última vez que me hice un chequeo médico completo fue a lo 18 años y parcial hace mucho tiempo. Yo prefiero no ir al médico porque si voy siempre sale algo, por eso tampoco me gustan esos chequeos médicos si me siento bien (Hombre, 35 años, nivel universitario).* Este tipo de argumento también se reveló en algunas mujeres que relataron que sus últimos chequeos médicos fueron en el momento en que estuvieron embarazadas. *Me hice chequeo cuando estaba embarazada. Generalmente no podía seguir los tratamientos porque cuando iba al médico, el médico que me mandaba los análisis no era el mismo que cuando yo llevaba los resultados y entonces como no era el mismo no le dan seguimiento a tu tratamiento (Mujer, 24 años, nivel preuniversitario)*

La vida cotidiana de los cubanos revela que no existe la práctica de estilos de vida saludables en la población. El conocimiento resultante de la escolaridad elevada no parece ser suficiente y no se revierte en la práctica. Las personas acuden a aquellas consultas propias del sistema de salud cubano que tienen objetivos preventivos a través de los programas que intentan mantener los cuidados primarios de salud o algunos de los controles como chequeos pre-empleos que son obligatorios. De esta forma, las mujeres se realizan con frecuencia los exámenes preventivos ginecológicos y aquellos con alguna dolencia crónica son seguidos por el sistema de salud. Sin embargo, si las personas consideran que tienen buena salud, no acostumbran acudir al médico para hacerse tests de rutinas periódicos. Estos serían algunos de los elementos que precisan ser profundizados en investigaciones futuras que se focalicen en la etapa actual de la transición de la mortalidad y epidemiológica cubana.

El hecho de que los hábitos asociados a cuidados de la salud, para el cubano, dependan del sistema de salud y no de decisiones individuales pudiera provocar consecuencias graves en momentos de crisis económicas que pongan en juego algunos de los servicios que

habitualmente están garantizados por el sistema de salud y sobre todo, en lo que se refiere a la atención primaria.

Consideraciones finales

La realización de balances sobre los recursos destinados a la intervención directa de los servicios médicos, la atención terapéutica, la promoción de salud y la identificación cabal de todos los factores de riesgo resulta muy complicada, en escenarios en que los indicadores han llegado a ciertos umbrales. En este sentido, se revela la necesidad de garantizar la eficacia de la intervención médica inclusiva de sinergia positiva con otras fuentes generadoras de bienestar, como educación, vivienda, ingresos familiares, transporte, alimentación, oferta de bienes y servicios, recreación, cultura, entre otros.

Las coyunturas económicas tienen repercusiones en las tendencias demográficas. Sin embargo, estas últimas también tienen sus inercias que muchas veces se mantienen, incluso, frente a cambios contextuales agudos. Se ha mostrado que en el caso de Cuba, aun con una respuesta social y gubernamental que permitió disminuir los efectos de la crisis de los noventa, ha sido posible identificar algunos impactos en la salud y en los fenómenos demográficos en general. Asimismo se ha denotado que algunos grupos, como las mujeres con ciertas características, suelen ser más vulnerables en tales situaciones.

El problema de la salud cubano no se limita, solamente, a evitar las muertes prematuras y aumentar la sobrevivencia, incorporando los adelantos de la ciencia y tecnología médicas y aumentando la cantidad y la calidad de la atención. Se trata, además de esto, de conservar la salud y las capacidades físicas y mentales, la autonomía, y el equilibrio emocional y sicosocial de las personas, con mayor calidad durante un ciclo vital cada vez más largo.

Bibliografía:

Albizu-Campos E., J. C., 1991. Determinantes de la fecundidad en Cuba y sus regiones. CEDEM-Universidad de La Habana. La Habana, 1991.

Albizu-Campos, J.C. La esperanza de vida en Cuba en los 90. Centro de Estudios Demográficos – Universidad de La Habana. La Habana, ISBN: 959-7005-18-2, en Novedades en Población II, Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. ISBN: (959-7005-17-4). La Habana, 2003.

Albizu-Campos, J.C. Mortalidad y supervivencia en Cuba en los Noventa. Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. La Habana, ISBN: 959-7005-34-4, en Novedades en Población, Centro de Estudios Demográficos - Universidad de La Habana. ISBN: (959-7005-31-X). La Habana, 2004.

Albizu-Campos, J.C. Análisis de Población. UNFPA 2010. Capítulo 4. Población y Desarrollo”; en preparación (inédito).

Alfonso, M. No es lo mismo pero es igual. A singularidade da segunda transicao demográfica em Cuba. CEDEPLAR-UFMG, Brasil. En <http://www.cedeplar.ufmg.br/pos-em-demografia/teses/teses-aprovadas-2008.php>Tesis doctoral.

BENÍTEZ, M E. La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 2003.

Casanova, A. y otros autores “La estructura económica de Cuba”. Editorial Felix Varela; 2002

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). “Crisis y mercado laboral”, Boletín CEPAL/OIT Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe, No. 1, 2009a.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Estudio económico de América Latina y el Caribe 2008-2009, Santiago, julio, 2009b.

CEPDE-ONE, 2009, Anuario Demográfico, 2008.

CEPDE-ONE, 2010, Anuario Demográfico, 2009.

Espina, M. Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamiento desde una perspectiva compleja. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, La Habana, 2010.

Figueras M A Pérez, O E. La realidad de lo imposible. La salud pública en Cuba. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1998.

Gálvez, L. y J. Torres La crisis económica y sus alternativas: una perspectiva de género. Capítulo del libro XIX Taller de Política Feminista. "Feminismo ante la crisis". Edita Fórum de Políticas Feministas. Madrid 2009

García Quiñones, R. La transición de la mortalidad en Cuba. Un estudio socio-demográfico. Centro de Estudios Demográficos-Universidad de La Habana. La Habana, 178p, 1996.

García Quiñones, R. y Alfonso de Armas, M “Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba”. Ponencia presentada en Seminario Internacional sobre Políticas gerontológicas, Buenos Aires, Argentina; julio 2010.

Mesa-Lago; Carmelo, “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. División de Desarrollo Social; Santiago de Chile, octubre de 2009. Serie 150 políticas sociales. UN-CEPAL, División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, octubre de 2009.

ONE “Panorama económico y Social. Cuba 2009”

Rodríguez, G. La fecundidad cubana a partir de 1990. Perspectivas sociales e individuales. En Novedades de Población. Año 3 Número 5, 2007 <http://www.cedem.uh.cu/biblioteca/revista.htm>

Sojo, Ana. “Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe”, exposición en Seminario CEPAL e ICEFI “Repensar lo social en tiempos de crisis”, La Antigua, Guatemala, 28 de mayo de 2009

Vasallo Barrueta; Norma, Cátedra de la Mujer, Universidad de La Habana; e mail: nvasallo@psico.uh.cu. “Las mujeres y la crisis económica”. Ponencia en preparación Congreso LASA 2010