

Abel F. Losada Álvarez

Doctor en ciencias económicas por la Universidad de Santiago de Compostela (España). Profesor titular de historia e instituciones económicas en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Vigo (España). Especialista en historia empresarial, demografía y economía de la población. Sus trabajos han sido publicados en revistas nacionales e internacionales. Entre sus libros destacan las monografías *As relaciones económicas entre Galicia e os países de destino da emigración* (1995) y *Cuba. Población y economía entre la independencia y la revolución* (1999) y ha sido coeditor de *Galicia-América. Una contribución bibliográfica* (1992), y *Base bibliográfica da emigración galega* (1997). En el ámbito de la historia empresarial ha colaborado en los trabajos colectivos: *Los 100 empresarios españoles del siglo XX* (2000) y *Grandes empresas. Grandes historias de Galicia* (2000). Es miembro del Consejo de Dirección de la Asociación de Demografía Histórica, editor de *Migratio. Revista de Población y Migraciones*, miembro del Consejo Científico de *Estudios Migratorios* y del Consejo Asesor del *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. Subdirector del Centro de Estudios de Población y Análisis de las Migraciones (CEPAM). Ha formado parte de la dirección del Arquivo da Emigración Galega, del Consello da Cultura Galega, y ha sido editor de la revista *Estudios Migratorios* (1995-1999). Coordinador docente del máster en *Población y Migraciones*, y coordinador de la lista de discusión en la Red Académica IRIS del CSC, AHM (Análisis e Historia de las Migraciones).

Resumen

En este trabajo se trata de analizar los datos cubanos sobre mortalidad, que permiten constatar la tendencia descendente de la misma. Tendremos en cuenta una serie de variables relacionadas con el suministro y la calidad del agua, las mejoras sanitarias y alimenticias, así como la extensión del sistema educativo, sobre todo la alfabetización femenina. Mejoras que, aunque con graves diferencias, fueron llegando progresivamente a todo el país, puesto que la relativa mejora 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.

Palabras clave:

Transición demográfica, mortalidad, higiene, sanidad, educación.

Abstract

This text analyzes the data on Cuban mortality, which shows a decline in death rates. Variables, including water distribution and quality, improvements in sanitation and diet, a greater coverage of education to the population, particularly in regard to female literacy, are all taken into account. The improved conditions extended throughout the country, although at an unequal pace. Improved economic conditions brought social and cultural modernization and progressive participation on the part of women in the economic and social life of Cuba.

Key words:

Demographic transition, mortality, hygiene, sanitation, education

Fecha de recepción:

octubre de 2001

Fecha de aceptación:

abril de 2002

Cuba (1898-1958). Modernización social y económica y descenso de la mortalidad

Abel F. Losada Álvarez

La disminución de la mortalidad y sus causas se enmarca casi siempre en el contexto de la llamada, y ciertamente discutida, modernización social y económica. En el caso de Cuba, la situación demográfica de la isla en vísperas de la revolución era relativamente satisfactoria en términos comparativos con el resto de América del centro y sur. Dentro del conjunto de cambios demográficos ocurridos en la isla hasta 1959, el descenso de la mortalidad aparece como el más espectacular.

En Cuba, entre la independencia y la revolución, la esperanza de vida para ambos sexos pasó de 33.2 a algo más de 63 años, lo que supone una elevada ganancia anual de más de medio año, mientras tanto, la mortalidad infantil descendía desde niveles próximos a 250 por mil inmediatamente después de la independencia, hasta 50 fallecimientos por cada mil nacidos vivos en la década de los cincuenta.¹ Esta drástica disminución de la mortalidad se vio reforzada en el caso cubano por el perfil de la llamada transición epidemiológica.² En el ámbito de la mortali-

dad, el descenso de la infantil y los cambios en las causas de muerte permiten relacionar con claridad el descenso general de la misma, y el cambio en sus pautas, con las transformaciones en las condiciones económicas y sociales de la vida de los habitantes del país, que es el objetivo de este trabajo.³

EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD Y SUS CAUSAS

Como es sabido, en el estudio de la mortalidad algunos de los indicadores más habituales que se utilizan se ven afectados por la estructura de edades; hemos utilizado, por lo tanto, indicadores de la misma no afectados por la edad, sobre todo en cuanto a la esperanza de vida al nacimiento y la mortalidad infantil relacionada con ésta, cuyas estimaciones, corregidas para los años censales sobre los distintos trabajos realizados en el Centro Latinoamericano de Demografía en la década de los setenta, aparecen en el cuadro 1.

debida a enfermedades cardiovasculares y degenerativas.

³ En Losada, "Habana", 1998 se realiza una revisión de los datos sobre mortalidad publicados hasta el momento, algunos de ellos de gran calidad técnica, como Toirac y Velázquez, *Cuba*, 1975, y Valido, "Transición", 1993.

¹ Losada, "Cuba", 1993.

² Bernabeu, *Enfermedad*, 1994. En la transición epidemiológica pierden importancia relativa las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y aumenta en cambio la presencia de mortalidad

Cuadro 1. Cuba. Mortalidad infantil y esperanza de vida al nacimiento

Año	TMI (por mil)	e0
1899	265	33'0
1907	213	36'4
1919	197	37'2
1931	150	42'8
1943	91	51'8
1953	53	58'8

Fuente: Elaboración propia sobre estimaciones de CELADE.

En este trabajo analizaremos algunos de los factores económicos, sociales y culturales que la literatura sitúa como los más relevantes en relación con la evolución de la mortalidad. Éstos son muchos y de considerable complejidad; comprenden, por ejemplo, la ocupación, el grado de instrucción, el nivel de nutrición, las condiciones de vivienda, el saneamiento, los servicios sanitarios y médicos y lo que podríamos considerar el nivel de vida en general, directamente vinculado al propio concepto de modernización social y económica.⁴

Este conjunto de factores vinculados a la evolución de la mortalidad, aparece de forma recurrente en los distintos trabajos desde que la mortalidad y su descenso son objeto de estudio tanto en los países de-

sarrollados como en los países en vías de desarrollo. Sin ánimo de hacer aquí una revisión exhaustiva del tema, sí intentaremos recoger algunos de los trabajos más significativos que hacen especial referencia a América Latina.⁵ J. C. Elizaga ofrece una completa visión del enfoque dado hasta ese momento a los factores económico-sociales que afectan a la mortalidad.⁶ Esta visión, aunque de síntesis, pone un mayor énfasis en el ingreso, o nivel de renta, y recoge la idea de los trabajos de B. Benjamin sobre las dificultades para medir la influencia de los diferentes factores socioeconómicos en la mortalidad.⁷

Esta visión, que podríamos calificar de "economicista", va a empezar a ser matizada cuando se detecten descensos importantes en los niveles de la mortalidad sin un incremento paralelo en los niveles de renta. E. Arriaga, en un trabajo clásico sobre la mortalidad en América Latina, introduce nuevos elementos desvinculados de la coyuntura económica.⁸ Este autor introducirá elementos más directamente relacionados con actitudes sociales y culturales ante la valoración de la vida humana, que serán incorporados por otros autores más recientemente.⁹ En los trabajos de este último se nota cómo la relación entre mortalidad y ciclo económico no es tan directa en América Latina durante el

⁵ Hemos recogido aquellos que en su momento supusieron aportaciones relevantes, aunque en el caso concreto de Cuba, el tema no ha sido abordado desde una perspectiva integradora entre mortalidad y condiciones económico-sociales.

⁶ Elizaga, *Métodos*, 1966, pp. 53 y ss.

⁷ Benjamin, *Social*, 1965, pp. 5-14.

⁸ Arriaga, *América*, 1970, pp. 19 y ss.

⁹ Arriaga, *América*, 1970, pp. 32-34; Palloni, "Mortality", 1981, y Palloni *et al.*, "Economic", 1996.

siglo xx. Un trabajo posterior, editado por Naciones Unidas en 1978, que actualiza el publicado en 1953, ofrecerá una sugerente recopilación de los trabajos existentes hasta la fecha sobre el descenso de la mortalidad. Este trabajo ofrece una visión más integrada, y apunta uno de los aspectos más importantes que se desarrollarán posteriormente, la dificultad para la medición del impacto de estos factores en la reducción de la mortalidad.¹⁰

Una vez que los posibles factores que influían en el descenso de la mortalidad han sido perfilados, la discusión se ha centrado en un ámbito distinto, la búsqueda de un factor, llamémosle “desencadenante”, que ha llevado a la formulación de dos vías distintas. Por una parte la hipótesis que se centra en la mejora de la alimentación, y por lo tanto la resistencia ante la enfermedad y la muerte;¹¹ la otra vía sería la que hace hincapié en las mejoras en la educación higiénica y la sanidad en esta lucha; existen sin embargo posturas que podríamos calificar de intermedias, que expresan la opinión de que:

si bien los programas de sanidad pública para el control de las enfermedades y el progreso en el saneamiento del medio han dado excelentes resultados al producir la disminución de la mortalidad a corto plazo, los factores sociales y económicos podrían asumir la mayor importancia en el logro de resultados a largo plazo.¹²

¹⁰ Naciones Unidas, *Factores*, 1978, pp. 114 y 153.

¹¹ Posiblemente sea T. McKeown, *Crecimiento*, 1979, el autor que mejor ha sistematizado esta postura, que analiza desde nuevas perspectivas en su trabajo *Orígenes*, 1990.

¹² Naciones Unidas, *Factores*, 1978, p. 161.

En un trabajo más reciente, R. Schofield y D. Reher recogen de forma sistemática la amplitud, y por lo tanto la dificultad, en la búsqueda de un modelo coherente en el descenso de la mortalidad.¹³ Esta discusión, que inicialmente se centró en la transición de la mortalidad en los países desarrollados, ha trascendido con fuerza a las explicaciones concernientes a los países en desarrollo.¹⁴

Una vez constatado el descenso de la mortalidad en la isla, publicado desde una perspectiva estrictamente cuantitativa en trabajos anteriores,¹⁵ y realizada una aproximación al conjunto de factores explicativos del mismo que aparecen más frecuentemente en la literatura, podemos afirmar que desde el momento de la independencia y por la conjunción de algunos de estos factores, como los avances en la medicina, la mejora y extensión de la asistencia médica, el saneamiento del medio y en general la elevación del nivel de vida de la población, la tasa de mortalidad comenzó a descender; además, este descenso fue relativamente temprano si se compara con la experiencia de la mayoría de los países latinoamericanos.¹⁶ Vamos a analizar en este trabajo los dos ámbitos explicativos que aparecían en la introducción, por una parte las medidas higiénico-sanitarias, y por otra lo que podrían ser

¹³ Schofield, Reher y Bideau (coords.), *Decline*, 1991, pp. 1-17.

¹⁴ Bengtson *et al.*, “Population”, 1998, pp. 97-99.

¹⁵ Losada, “Habana”, 1998.

¹⁶ Según cálculos del propio Arriaga, *América*, 1970, p. 20, la esperanza de vida media al nacer para América Latina era de 27.2 años en 1900 y de 28.9 en 1910, en el caso de Cuba era de 33 años en 1899 y de 36.4 en 1907, lo que significa que a pesar de la coyuntura bélica pasada, ésta era seis años mayor.

aspectos relacionados más directamente con el desarrollo económico. También es muy importante observar las relaciones con el descenso de la mortalidad infantil, variable muy significativa no sólo por su contribución al descenso de la mortalidad general, sino por su influencia en el descenso de los niveles de fecundidad.¹⁷

Estudiando los patrones de mortalidad en América Latina, A. Palloni presenta tres momentos o etapas que resumo a continuación y que opino que pueden ser aplicados a Cuba, matizando ciertos aspectos: la estrategia general, que concierne sobre todo a la adecuación del medio físico; la importancia de la mejora en los niveles de alimentación, y las actuaciones sobre la madre, la salud pública y la percepción y valoración social de la vida.¹⁸

LAS MEJORAS PRODUCIDAS EN EL MEDIO FÍSICO

Las mejoras en el medio físico cubano van a producirse a partir del momento mismo de la independencia. Apenas concluida la guerra, una serie de medidas de sanidad ambiental y saneamiento permitieron el control de la fiebre amarilla y la viruela, enfermedades ambas que en el periodo de la dominación española cobraban anualmente una alta cuota de víctimas.¹⁹

¹⁷ Aspectos estudiados para América Latina por Arriaga, *América*, 1970, pp. 143 y ss., y con más detalle para el caso de Cuba por Losada, "Cuba", 1997.

¹⁸ Palloni, "Mortality", 1981.

¹⁹ Moreno Friginals y Moreno Masso, *Guerra*, 1993, ofrecen datos recogidos en los cementerios de La Habana, en los que se aprecian las elevadas tasas de mortalidad que producían esas enfermedades en el último cuarto del siglo XIX.

Fue la intervención estadounidense, entre 1898 y 1902, la que comenzó de forma sistemática esta labor, aunque inicialmente afectó únicamente al medio urbano, especialmente a La Habana.²⁰ En los *Informes de la administración norteamericana* constan con detalle las labores llevadas a cabo en estos primeros años, así como las inversiones realizadas en dichos trabajos.²¹ Estas actuaciones tuvieron un impacto apreciable en el nivel sanitario, sobre todo en La Habana, y se tradujeron en una mejora más que proporcional en los niveles de mortalidad de la población, especialmente la infantil, que es la más sensible a este tipo de mejoras.

Este proceso se extendió después a determinadas zonas del medio rural cubano. Los grandes centrales azucareros de capital estadounidense, debido al coste económico que les suponía la enfermedad en épocas de escasez de fuerza de trabajo,²² ocupaban las zonas más salubres, y en el caso de encontrar tierras de buena calidad y baratas en zonas insalubres, asumían el gasto de desecarlas y erradicar los distintos vectores de contagio.²³ En el proceso histórico de la lucha contra la mortalidad en la República de Cuba, se observa con claridad una primera labor que consiste en eliminar las enfermedades infecciosas y parasitarias. Además, estas primeras inter-

²⁰ Losada, "Nuevos", 1996.

²¹ Los distintos informes del gobierno provisional, que son enviados a Washington, sobre todo el realizado por el gobernador general J. Brooke, recogen de forma exhaustiva estas actuaciones.

²² Chesnais, *Transition*, 1986, p.83.

²³ Estudiado con mucho detalle el proceso de implantación de la United Fruit Company en la bahía de Nipe, zona de aguas bajas y poco saludables, véase Varios Autores, *United*, 1976, pp. 131 y ss.

venciones no supusieron en muchos casos inversiones demasiado costosas, como trabajos de alcantarillado y campañas de vacunación.²⁴

Las mejoras sanitarias que introdujeron los administradores estadounidenses, tanto durante su primera intervención entre 1898 y 1902, como durante la segunda entre 1906 y 1909, aparecerían por lo tanto como una de las explicaciones inmediatas del inicio del descenso de la mortalidad en Cuba.²⁵ Las primeras medidas de higiene pública, que concernieron al agua, el alcantarillado, la desinfección de zonas insalubres, etc., tienen lugar sobre todo en el núcleo urbano de La Habana y en otras ciudades importantes, como Santiago de Cuba, Camagüey, Cienfuegos y Matanzas,²⁶ aunque La Habana va a concentrar la mayor parte de las inversiones después de la segunda intervención estadounidense; entre 1909 y 1913 se gastarán más de 10 000 000 de pesos sólo en la mejora del sistema de traída de aguas a la ciudad.²⁷ Estas mejoras conti-

²⁴ Losada, *Nuevos*, 1996 estudia el proceso llevado a cabo en este ámbito ya en las primeras campañas de las autoridades estadounidenses, sobre todo en la ciudad de La Habana.

²⁵ Tanto en los dos censos de población correspondiente (1899 y 1907), como en los informes del gobierno provisional, se reflejan estas actuaciones, J. Brooke, *Annual*, 1900, y W. Gorgas, *Work*, 1901. También se recogen en la literatura cubana de la época, V. de la Guardia, *Mortalidad*, 1900 y la abundante obra de J. Le Roy y Cassá durante los 20 primeros años de este siglo.

²⁶ En junio de 1903, el gobierno cubano aprueba la construcción de acueductos en las ciudades de Camagüey y Santiago de Cuba, posteriormente en las demás.

²⁷ Mejora largo tiempo reclamada en la literatura higiénico-sanitaria de la época, sobre todo por el doctor Jorge Le Roy y Cassá.

nuaron a lo largo de todo el periodo, y supusieron las mayores partidas de inversión pública en los planes de fomento llevados a cabo en las décadas de 1930 y 1940 en las ciudades,²⁸ y también en algunos casos efectuadas a cabo en el medio rural por los grandes centrales azucareros.²⁹

Como vemos en el cuadro 2, también hemos considerado como mejoras en esta adecuación del medio físico las producidas en las viviendas de la población cubana. Éstas se sitúan en el ámbito de la economía privada, y estarían más relacionadas con la propia coyuntura económica del país.³⁰ Para realizar la comparación hemos utilizado los censos de 1899 y 1953, ya que los demás no ofrecen datos sobre estas características de las viviendas.

Hemos considerado, en los cuadros 2 y 3, las vías de suministro de agua y los servicios sanitarios para las distintas provincias y la ciudad de La Habana, así como para la población rural y urbana del conjunto de Cuba, anotando el porcentaje sobre el número total de viviendas.³¹ En

²⁸ Comisión de Fomento Nacional, *Memoria*, 1948. Se trataba de políticas anticíclicas en momentos de recesión económica, que debido a la falta de planificación y a la corrupción, no tuvieron el efecto deseado.

²⁹ El *Censo de Población* de 1943, pp. 360-363, recoge en un apartado la relación de acueductos y suministros de agua construidos tanto por el Estado, como por particulares y empresas.

³⁰ Sin olvidar que en una economía como la cubana, donde la mayor parte del presupuesto gubernamental se nutría de impuestos a la exportación, una caída brusca en ésta suponía una reducción muy importante de la capacidad inversora del Estado. Guerra, *Industria*, 1940.

³¹ Hemos mantenido en los cuadros las denominaciones y características que aparecen en los censos de población.



"Paisaje", s.f.
Grabado en metal
29.5 x 19.7 cm.

Cuadro 2. Suministro de agua a viviendas
 (porcentaje)

<i>Acueducto</i>	1899	1953	<i>Resto</i>	1899	1953
Pinar	1	36	Pinar	99	64
Habana	38	90	Habana	62	10
Ciudad. Habana	82	95	Ciudad. Habana	18	5
Matanzas	14	60	Matanzas	86	40
Sta. Clara	9	38	Sta. Clara	91	62
Camagüey	0	45	Camagüey	100	55
Oriente	14	38	Oriente	86	62
Cuba	16	57	Cuba	84	43
Cuba urbana	53	82	Cuba urbana	47	18
Cuba rural	2	15	Cuba rural	98	85

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

Cuadro 3. Sistemas de letrina en viviendas
 (porcentaje)

<i>WC-Pozo</i>	1899	1953	<i>Resto</i>	1899	1953
Pinar	20	52	Pinar	80	48
Habana	72	94	Habana	28	6
Ciudad. Habana	91	98	Ciudad. Habana	9	2
Matanzas	50	71	Matanzas	50	29
Sta. Clara	47	61	Sta. Clara	53	39
Camagüey	40	77	Camagüey	60	23
Oriente	36	73	Oriente	64	27
Cuba	47	77	Cuba	53	23
Cuba urbano	88	95	Cuba urbano	12	5
Cuba rural	32	46	Cuba rural	68	54

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

el cuadro 2 hemos llamado acueducto a todas aquellas instalaciones que suministran agua a la vivienda por medio de cañerías, tanto de manantiales o de ríos como de cisternas. En el cuadro 3 consideramos WC-pozo, tanto los WC dirigidos

al sistema de alcantarillado, como aquellos dirigidos a “pozos negros” particulares.³² Como se puede apreciar en los cuadros anteriores, el proceso de saneamiento y

³² Segre, *Vivienda*, 1985.

alcantarillado llevado a cabo por los distintos gobiernos, sobre todo en el medio urbano, dio lugar a una mejora sustancial en las condiciones higiénicas de las viviendas en Cuba en lo que corresponde a suministro de agua y destino de los residuos orgánicos, elementos sustanciales en la prevención de las enfermedades infecciosas.

Las diferencias son mayores, en ambos casos, entre las provincias más urbanizadas (La Habana, Matanzas y Camagüey) y las mayoritariamente rurales (Pinar del Río, Santa Clara y Oriente). Las diferencias más grandes, considerando el conjunto del país, se van a producir entre la población urbana y la rural, sobre todo comparando los datos de esta última con los de la ciudad de La Habana, donde la situación en la dotación de agua potable y alcantarillado de las viviendas era bastante favorable al final del periodo revolucionario.

LAS MEJORAS EN LOS NIVELES ALIMENTICIOS

Todo parece indicar que el incremento sostenido de la renta per cápita desde la independencia hasta 1920, y el mantenimiento de ésta en niveles elevados hasta finales de la década,³³ supuso una mejora apreciable en la cantidad y calidad de los niveles alimenticios de la población en Cuba; sin embargo, la información directa disponible para este periodo es escasa.

³³ Alienes, *Características*, 1950, pp. 52 y ss. Existe también otra estimación de la renta cubana realizada por Zanetti y García en Varios Autores, *United*, 1976, pero las diferencias generales con la anterior no son significativas en cuanto a la tendencia.

Como acercamiento específico únicamente existe el trabajo de H. Ferrer Díaz, que ofrece observaciones de tipo general sobre la alimentación de los cubanos: "los obreros que se dedican a faenas agrícolas están mejor alimentados que los que viven en barrios urbanos, poseyendo por esta causa mejor constitución y siendo más saludables";³⁴ este autor relaciona la carestía de la vida en el medio urbano con la propagación de distintas enfermedades como la tuberculosis.³⁵ Después de este trabajo hay muy pocos datos sobre la nutrición de los cubanos a lo largo de las décadas del diez y del veinte, únicamente existen, en publicaciones de la época, algunas referencias a la modernización de la incipiente industria agroalimentaria.³⁶

Estas mejoras a nivel general han sido reconocidas incluso por la historiografía marxista cubana; así, Jorge Ibarra señala:

En el periodo de relativo bienestar y crecimiento económico de 1898 a 1928, coincidiendo con la última etapa expansiva de la industria azucarera [...] todos los renglones alimentarios y de consumo necesarios para la existencia aumentan de forma progresiva en este periodo.³⁷

³⁴ Ferrer Díaz, *Apuntes*, 1910, p. 46.

³⁵ H. Ferrer ofrece tasas de mortalidad por tuberculosis entre los años 1900 a 1908. Mientras que la tasa en La Habana se mantuvo estable alrededor de 35 por 10 000 habitantes, en el conjunto del país descendió de 20 a 15 y en las provincias de Camagüey y Oriente se situaba en torno a 10 por 10 000 habitantes, aunque parece que aquí pueden existir problemas de registro.

³⁶ Las primeras pasteurizaciones de leche en la década de 1920, recogido por Alvarado, *Aventura*, 1977, p. 742.

³⁷ Ibarra, *Cuba*, 1995, p. 152.

Después de eso, no hay prácticamente ningún trabajo que refleje cambios en la alimentación de los cubanos a causa de la crisis de los años treinta. Únicamente el informe de la Foreign Policy Association aborda el tema de la alimentación, reconociendo que la dieta de las clases pobres cubanas es de calidad "inferior" y que se ha visto seriamente afectada por la crisis azucarera.³⁸ Según sus cálculos, entre 10 y 15% del total de familias cubanas podría ser considerado pobre (ingresos menores de 350 pesos/año),³⁹ este nivel de pobreza resulta inferior a la media de América Latina.

Sin embargo, después de la segunda guerra mundial, con la reconstrucción posbélica y a pesar del peso del azúcar, hubo un incremento apreciable en la producción propia de alimentos, aunque lejos de niveles de autosuficiencia alimentaria.⁴⁰ Existieron además dos elementos que sí influyeron decisivamente en la mejora del suministro de alimentos; por una parte, el apreciable incremento del comercio exterior, sobre todo la exportación creciente de azúcar, que permitía a su vez una mayor capacidad importadora,⁴¹ y por otra, el auge de la construcción de vías de comunicación, especialmente la red de ferrocarriles;⁴² y la infraestructura

portuaria, que si bien estaba dirigida hacia la exportación de azúcar, permitía la llegada directa y rápida de los productos importados y, por lo tanto, una mayor facilidad para la distribución, así como un menor precio.⁴³

En 1950, un trabajo de sociología rural realizado por L. Nelson nos aproxima a los niveles de consumo de la población rural.⁴⁴ Según el autor: "El nivel de vida de los campesinos cubanos en 1946, es probablemente más alto que en ningún otro momento anterior de su historia."⁴⁵ Posiblemente el consumo de arroz refleje mejor que ningún otro producto la recuperación en los niveles alimenticios cubanos en la década de los cuarenta. Si el consumo medio de arroz por persona era en 1935-1940 de 110 libras/año, en 1945-1950 era de 200 libras/año; además, en el resto de los productos de alto consumo (maíz y judías) el incremento también fue muy importante.⁴⁶ En vísperas de la revolución, se publica en Estados Unidos un trabajo, realizado por el Departamento de Sanidad de la ciudad de Nueva York y la Fundación de Investigaciones Médicas de La Habana, que muestra el estatus nutricional de los escolares cubanos en sexto grado.⁴⁷ Su conclusión general es que 10% de la población cubana sufre algún grado de avitaminosis, espe-

³⁸ Foreign Policy Association, *Problemas*, 1935, pp. 87 y ss.

³⁹ *Ibid.*, p. 100.

⁴⁰ Según un informe realizado por J. M. Davenport de la Embajada de Estados Unidos en La Habana en 1946-1947, el valor de la producción agraria no azucarera fue aproximadamente de 60% de la producción agraria total, May, *Desarrollo*, 1948, p. 8.

⁴¹ La evolución del comercio exterior cubano se encuentra estudiada con detalle en el trabajo de Bourdè y Zanetti, "Commerce", 1973.

⁴² Zanetti y García, *Caminos*, 1987.

⁴³ En 1960 la FAO reconocía que la alimentación media de los cubanos en aportes calóricos y proteínas superaba los mínimos necesarios y se encontraba entre las más elevadas de América Latina.

⁴⁴ Nelson, *Rural*, 1950.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 201.

⁴⁶ El arroz, como afirman N. Jolliffe *et al.*, *Nutrition*, 1958, p. 365, y Díaz-Briquets, *Health*, 1983, p. 49, que lo recoge en un gráfico muy ilustrativo, era el principal componente de la dieta cubana.

⁴⁷ Jolliffe *et al.*, *Nutrition*, 1958.

cialmente en el medio rural, pero prácticamente no existen en Cuba deficiencias en proteínas y en vitamina A.⁴⁸

A mediados de la década de 1950, según datos de la FAO, el consumo medio de calorías de los cubanos, por persona por día, era de 2 740, mientras que lo requerido, según las estimaciones de la propia organización, eran 2 460 calorías.⁴⁹ Un trabajo más reciente,⁵⁰ realizado con base en lo publicado por N. Jolliffe en 1958, calcula para el año 1953 un consumo medio de 2 580 calorías y 71 gramos de proteínas por persona por día,⁵¹ por encima de las cantidades que la FAO calculaba para la media de los países en desarrollo, que era escasamente superior a las 2 000 calorías por persona por día. Como señala S. Díaz-Briquets: "la información disponible nos permite afirmar que los niveles nutricionales de la población cubana no eran demasiado inadecuados",⁵² a pesar de los hábitos alimenticios de la población, que llevaban a una dieta demasiado alta en carbohidratos (incluso en los grupos sociales de renta elevada).⁵³

El tema de los niveles alimenticios de los cubanos entre 1900 y 1960, podría abordarse desde otra perspectiva, que sería el consumo per cápita de algunos produc-

tos, aunque es necesario señalar que las grandes diferencias sociales pueden desvirtuar esta aproximación. Para acercarnos a los niveles alimenticios se hace necesario acudir a los datos del comercio exterior (importación de alimentos) y la producción interior. Si bien disponemos de la información sobre comercio exterior, no sucede lo mismo con las estadísticas de producción agraria interior, en éstas existen algunos datos sobre consumo de diversos productos para determinados años, pero suelen ser muy fragmentarios.⁵⁴ Hemos obtenido el consumo medio en kilogramos por habitante para los años censales de dos productos básicos de la alimentación cubana: el arroz y la harina de trigo (véase cuadro 4).⁵⁵

También disponemos del consumo de carne por persona y año; en este caso los datos pertenecen a aquellos años en los que los anuarios estadísticos publicaron información, no a los años censales.⁵⁶ El cuadro 5 ofrece datos únicamente para cuatro años, aunque es necesario reconocer que entre 1926 y 1956 la crisis de los años treinta tuvo que afectar de forma importante al nivel alimenticio de los cubanos, y es probable que el descenso en el consumo de carne, ante descensos importantes en la renta, fuese apreciable.

La CEPAL ha calculado un "Índice del volumen de importación per cápita de

⁴⁸ *Ibid.*, p. 389.

⁴⁹ MacGaffey y Barnett, *Cuba*, 1962, p. 164.

⁵⁰ Gordon, "Nutriture", 1983.

⁵¹ Este volumen de calorías y proteínas es muy apreciable para el contexto latinoamericano, aunque es necesario tener en cuenta la desigual distribución de la renta, y por lo tanto también de los niveles alimenticios.

⁵² Díaz-Briquets, *Health*, 1983, p. 47.

⁵³ Costumbres detectadas en todos aquellos trabajos que abordan las costumbres alimenticias de los cubanos. Nelson, *Rural*, 1950, p. 208, y World Bank, *Report*, 1951, p. 446.

⁵⁴ Gutiérrez Sánchez, *Desarrollo*, 1952, p. 134.

⁵⁵ Sería muy ilustrativo, disponer también del consumo de las llamadas "viandas" (boniato, yuca, malanga etc.), la base de la alimentación de la población rural, pero en este caso las estadísticas son de muy mala calidad debido a los elevados niveles de autoconsumo.

⁵⁶ Ministerio de Hacienda, *Anuario Estadístico de Cuba*, 1956 y 1957.

Cuadro 4. Consumo de arroz y harina de trigo (kg/hb)

Año	Arroz	Harina
1899	49	35
1907	57	39
1919	51	44
1931	37	21
1943	46	30
1953	54	36

Fuente: Elaboración propia, Dirección General de Estadísticas, *Anuarios de Comercio Exterior*; Banco Nacional, *Memorias Anuales*.

productos alimenticios” por quinquenios hasta 1945-1949, nosotros, con base en los datos de los *Anuarios estadísticos* de 1956-1959, hemos completado este trabajo, que reproducimos en el cuadro 6, para los quinquenios correspondientes a los años censales.

No hay datos que permitan determinar con certidumbre, entre la independencia y 1925, el ritmo de desarrollo de la agricultura para el consumo nacional, pero existen, sin embargo, elementos que llevan a pensar que evolucionó con mayor lentitud que la agricultura para la exportación, ya que parece lógico que la rapidez en el crecimiento de la producción azucarera dificultara la consolidación de otros sectores productivos.⁵⁷ Únicamente disponemos de datos generales del valor de la producción agraria no azucarera dentro de la Renta Nacional a partir de los años cuarenta.⁵⁸ Por tanto, el índice sobre la producción interior lo hemos construido

⁵⁷ CEPAL, *Desarrollo*, 1949, p. 3.

⁵⁸ Banco Nacional de Cuba, *Memorias*, varios años a partir de 1946.

Cuadro 5. Consumo de carne

Año	Kg/Hb
1900	17
1913	24
1926	23
1956	32

Fuente: *Anuarios Estadístico de Cuba* (1914, 1958).

con base en la superficie agraria dedicada a cultivos para el consumo interior (excepto azúcar y tabaco). Como se puede observar en el cuadro 6, el volumen de importaciones per cápita de una cesta de 18 productos alimenticios se mantuvo aproximadamente en el mismo nivel desde 1905 hasta 1919, para caer bruscamente en el periodo de crisis de los años treinta, debido a la importante reducción de la capacidad importadora de la economía cubana;⁵⁹ aunque al efecto de la crisis hay que añadir las ventajas que para la producción interior supuso la reforma arancelaria de 1927.⁶⁰

A pesar de lo fragmentario de los indicadores y complementado con los estudios basados en trabajo de campo de las décadas de los cuarenta y cincuenta que reseñamos anteriormente, podemos suponer que los niveles de alimentación en Cuba se situaron desde el principio del periodo estudiado en niveles relativamente adecuados, alejados de las situaciones de es-

⁵⁹ Bourdé y Zanetti, “Commerce”, 1973.

⁶⁰ CEPAL, *Desarrollo*, 1949, dedica una parte importante del trabajo a describir los incrementos en la producción agraria para el mercado interior de Cuba al amparo de la reforma arancelaria de 1927, pp. 30 y ss.

Cuadro 6. Productos agropecuarios

<i>Per cápita</i>	<i>Importación</i>	<i>Producción</i>
1905-09	100.0	100.0
1915-19	99.6	
1930-34	47.8	130.5
1940-44	33.2	153.3
1950-54	55.9	177.1

Fuente: Elaboración propia y CEPAL (1949).

casez y hambre de otras zonas de América Latina, y mejoraron de manera sustancial durante los primeros 25 años del siglo,⁶¹ aunque sufrieron un apreciable empeoramiento durante la crisis de los años treinta.⁶² La producción agraria para el consumo interior ayudó a salir de esta crisis, mejorando progresivamente la situación a partir de los años cuarenta, llegando a finales de los años cincuenta a un consumo calórico per cápita de alrededor de 2 700 calorías, con uno de los niveles promedio más elevados de América Latina.⁶³ Las posibles deficiencias en la alimentación, como se ve en el análisis de las causas de defunción,⁶⁴ no afectaron en ningún caso a la aparición de enfermedades asociadas a la malnutrición o las deficiencias severas en la alimentación.

⁶¹ Aspecto directamente relacionado con el espectacular crecimiento del ingreso "per cápita".

⁶² La capacidad importadora de la economía cubana, debido al desplome de las exportaciones de azúcar, se redujo drásticamente y la producción interior no fue capaz de responder de forma inmediata al incremento de la demanda.

⁶³ Forster y Handelman, "Producción", 1988, p. 211.

⁶⁴ Losada, *Habana*, 1998.

LAS MEJORAS EN LA SALUD PÚBLICA Y LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

En este apartado vamos a abordar, por una parte, la importancia de la extensión de los servicios médicos a disposición de los cubanos durante el periodo y el papel desempeñado por el gobierno y por los propios ciudadanos; y por otra, la valoración social de la enfermedad y de la muerte, plasmada en las distintas iniciativas de asistencia médica mutua y la propia labor de asistencia social y sanitaria llevada a cabo por los poderes públicos. En el primer aspecto, las mejoras en la organización de los servicios de salud, los cambios comienzan a producirse en Cuba inmediatamente después de la independencia con la creación de hospitales especializados en el tratamiento de distintas enfermedades, como la tuberculosis y la lepra, así como servicios de maternidad y ginecología.⁶⁵ Los distintos censos de población⁶⁶ y las publicaciones oficiales de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia,⁶⁷ van a recoger a lo largo del periodo la mayor parte de las intervenciones en el ámbito de la salud pública. Un trabajo de R. Hernández pone de manifiesto la evolución de la medicina cubana desde la independencia, y el nivel que había al-

⁶⁵ Danielson, *Cuban*, 1979, llama "segunda revolución médica" a la medicina cubana entre 1898 y 1922, sobre todo en la lucha contra las enfermedades infecciosas, pp. 69 y ss.

⁶⁶ *Censo de Población de 1899*, pp. 734-746; *Censo de Población de 1907*, pp. 138-145; *Censo de Población de 1919*, pp. 243-253, y *Censo de Población de 1943*, pp. 525 y ss.

⁶⁷ *Boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia*, publicado entre 1900 y 1938.

canzado en Cuba en vísperas de la revolución.⁶⁸

Es cierto, sin embargo, que la mayor deficiencia del sistema era la concentración de médicos y hospitales en la ciudad de La Habana y en otras zonas urbanas. A pesar de la presencia de sistemas de transporte relativamente buenos, muchas zonas rurales remotas, sobre todo en Oriente, carecían de la atención médica necesaria, y esto a pesar de las intervenciones estadounidenses en la isla que reorganizaron los hospitales municipales, aspecto muy olvidado por la administración colonial española.⁶⁹ Las tablas de profesiones correspondientes a los censos de población nos ofrecen el número de médicos y personal sanitario existente en cada provincia. En el cuadro 7 vamos a utilizar únicamente el número de médicos, ya que la clasificación del personal sanitario, para efectos de comparación, varió de forma importante de unos censos a otros.

Como se aprecia en los datos, hasta 1931 el número de médicos por habitante osciló considerablemente. El descenso en el número de médicos entre 1899 y 1907 se explica en parte porque el gobierno interventor estadounidense llevó a la isla a numerosos profesionales para tomar parte en el programa de saneamiento entre 1898 y 1902. El incremento del número de habitantes por médico se detuvo ya en 1907, y hasta 1931 la proporción se mantuvo prácticamente estable, disminuyendo a partir de ese momento.

Sin embargo, es en las tasas provinciales donde se aprecian importantes desigualdades; los médicos en Cuba tendían

a concentrarse en ciudad de La Habana, concentración que además iba en aumento. Esta distribución desigual de los médicos en Cuba era manifiesta; en 1953 la proporción nacional de un médico por cada 1 000 habitantes puede ser considerada adecuada, pero la proporción en algunas áreas del país dejaba mucho que desear. En la provincia de La Habana era de un médico por cada 420 personas, mientras que en la provincia de Pinar del Río era de uno por cada 2 100, y en la provincia de Oriente de uno por cada 2 550. En la segunda mitad de la década de los cincuenta se estimaba que dos tercios de todos los médicos de Cuba estaban ejerciendo su profesión en la provincia de La Habana.

El otro indicador utilizado en torno al sistema de salud son las camas de hospital disponibles. Aquí sin embargo los datos disponibles son más dispersos y difíciles de homogeneizar;⁷⁰ además, la consideración de hospitales deja fuera a todas las instalaciones sanitarias privadas y mutualistas, con lo que los datos van a estar siempre infravalorados.⁷¹ Únicamente a partir del censo de 1931, con la puesta en marcha de un incipiente Sistema de Seguridad Social,⁷² los datos sobre hospitales públicos y número de camas resultan homogéneos, y por lo tanto utilizables. En el cuadro 8 ofrecemos el número de hospitales públicos (municipales la mayoría de ellos, excepto los grandes hospita-

⁷⁰ Hernández, "Atención", 1969, p. 552.

⁷¹ Instituciones que tenían una gran importancia en la prestación de servicios médicos a amplias capas de la población, principalmente urbana, a un coste muy reducido.

⁷² Este aspecto que se encuentra tratado en Cuban Economic Research Project, *Social*, 1964.

⁶⁸ Hernández, "Atención", 1969, p. 556.

⁶⁹ Foreign Policy Association, *Problemas*, 1935, pp. 107 y 124.



“Catedral de La Habana” (para la película *La rosa blanca*), 1953.
Grabado en linóleo
41.9 x 31 cm.

Cuadro 7. Habitantes por médico

<i>Hb/médico</i>	1899	1907	1919	1931	1943	1953
Pinar	2 110	2 899	4 425	2 645	3 140	2 128
Habana	649	805	691	696	556	400
Matanzas	1 570	2 105	1 664	2 056	2 300	1 429
Sta. Clara	1 916	2 347	2 538	2 572	2 224	1 667
Camagüey	1 919	2 110	2 364	2 332	1 991	1 538
Oriente	2 625	3 610	4 630	3 155	3 140	2 490
Cuba	1 286	1 648	1 631	1 559	1 324	940

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

les nacionales de la ciudad de La Habana) y los habitantes por cama hospitalaria pública. También aquí se apreciarán importantes diferencias a nivel provincial, aunque los datos disponibles son escasos. En el cuadro 9 observamos el número de habitantes por cama de hospital público a nivel provincial en 1931; no podemos olvidar que se trata de un momento de crisis económica y las dificultades financieras del Estado cubano eran muchas.⁷³

El trabajo de C. Duchamp y M. Poblete ofrece también el número de “médicos rurales” para el año de 1931.⁷⁴ Tenemos, por lo tanto, los datos del número de habitantes por médico para la población rural y urbana en 1931 (cuadro 10).

Estas situaciones de desigualdad a nivel provincial se mantuvieron, a pesar de las mejoras producidas después de la segunda guerra mundial. En la década de los cincuenta todavía el número de habi-

⁷³ Duchamp y Poblete, *Problema*, 1934.

⁷⁴ En el trabajo no ofrece la definición de médico rural, nosotros hemos considerado como médico rural a aquel que presta sus servicios en núcleos de población menores de 2 000 habitantes.

Cuadro 8. Hospitales y camas de hospital

<i>Año</i>	<i>Hospitales</i>	<i>Hb/cama</i>
1931	40	563
1943	54	421
1953	60	357

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

tantes por cama en hospitales públicos era diez veces mayor en Pinar del Río y siete veces mayor en Oriente que en La Habana; como vemos, las profundas disparidades entre ésta y el resto del país, y sobre todo entre el medio rural y el medio urbano, persistían.

El papel del Estado, es decir la iniciativa pública, puede observarse también en el análisis de sus presupuestos generales, donde el interés prestado a la sanidad fue muy relevante, a pesar de estar sometido a las oscilaciones de la coyuntura económica. La asistencia médica aparece permanentemente considerada como de alto interés por el Estado, interés centrado en hacer atractiva la isla, tanto a los

Cuadro 9. Camas de hospitales públicas

1931	Hb/cama
Pinar	905
La Habana	315
Matanzas	1 025
Sta. Clara	1 384
Camagüey	1 838
Oriente	2 363
Cuba	778

Fuente: C. Duchamp y M. Poblete (1934), p. 28.

capitales como a los trabajadores extranjeros.⁷⁵ Sin embargo, otros aspectos de la medicina, como por ejemplo el tema concreto de la mortalidad infantil, no fue tenido muy en cuenta por los poderes públicos.⁷⁶

Una vez analizados los servicios médicos existentes, la percepción social de la importancia de la enfermedad en el conjunto de una sociedad es mucho más difícil de abordar, pero suele estar relacionada con la extensión de los mismos. Nosotros vamos a utilizar dos indicadores, en este caso cualitativos, de este cambio en las actitudes sociales. El primero de ellos será la importancia que tuvieron en Cuba las asociaciones mutualistas que prestaban servicios médicos y hospita-

⁷⁵ La propaganda que en las décadas de 1910 y 1920 hacía la Asociación para el Fomento de la Emigración en toda Europa, sobre todo en España, hacía hincapié en las óptimas condiciones de salubridad de la isla, libre de las enfermedades epidémicas tradicionales.

⁷⁶ Como aparece en el trabajo del Cuban Economic Research Project, *Social*, 1964, la cobertura de los seguros se extendió mucho antes a las enfermedades y accidentes laborales, que a los servicios de ginecología y pediatría.

Cuadro 10. Habitantes por médico.
 Rural y urbano, 1931

	Urbano	Rural
Pinar	950	8 806
La Habana	582	5 594
Matanzas	1 096	11 587
Sta. Clara	1 323	7 710
Camagüey	1 271	4 910
Oriente	1 424	8 781
Cuba	850	7 576

Fuente: C. Duchamp y M. Poblete (1934), p. 29.

lios. Su origen responde sobre todo a dos ámbitos: las nacidas al amparo de grupos de distintas profesiones, la Asociación de Dependientes sería la más significativa de éstas, y otras que nacen vinculadas a las colonias de inmigrantes, sobre todo españoles, en las que las prestaciones sanitarias son una parte más de un conjunto de actividades de tipo cultural, educacional, recreativo, etcétera.⁷⁷

La importancia de los servicios médicos y asistenciales de estas organizaciones fue enorme, al menos en el medio urbano, como lo recogen distintos testimonios a lo largo de todo el periodo.⁷⁸ Dicha importancia se debió a que proporcionaban

⁷⁷ Rivero, *Bien*, 1919, refleja en este trabajo la importancia de estas asociaciones (Centro Asturiano, Centro Gallego, etc.) no sólo en la vida de los inmigrantes españoles, sino en el conjunto de la vida social de Cuba.

⁷⁸ Posiblemente el trabajo de Danielson, *Cuban*, 1979, sea el que recoge de manera sintética el papel que desempeñaron las sociedades mutualistas en la mejora del nivel sanitario del pueblo cubano, tanto en la ciudad de La Habana, como en el interior; son especialmente ilustrativos los cuadros que el autor presenta en las pp. 112-113.

servicios médicos y asistenciales a las unidades familiares a muy bajo costo. Se estimaba que en 1914 cerca de 25% de los habitantes de La Habana eran miembros de estas asociaciones, y en 1927 cerca de la mitad de los pobladores de la ciudad eran miembros de alguna sociedad de asistencia mutua.⁷⁹ Aunque se encontraban concentradas en La Habana, las mayores tenían delegaciones en otras ciudades del país y centralizaban la asistencia en sus hospitales de La Habana, las llamadas “quintas de salud”. Cálculos realizados inmediatamente después de la revolución, estimaban que 20% del total de la población cubana estaba cubierto por el conjunto de estas asociaciones.⁸⁰ Todavía en los años cincuenta, a pesar de los avances que se habían producido en la asistencia médica pública, su importancia era grande.⁸¹

El otro aspecto que vamos a tocar en este punto es la consolidación en Cuba de un sistema de asistencia social, avanzado para la época y el entorno de América Latina. La creación y consolidación del sistema de seguridad social en Cuba se estudia con detalle en el trabajo del *Cuban Economic Research Project*. En este trabajo en primer lugar se aborda la cronología de la creación y consolidación de los sistemas de seguridad social, jubilación e invalidez laboral; sistemas que los distintos grupos profesionales van creando de acuerdo con su potencial económico o, a veces, con intereses sindicales o políticos.⁸²

⁷⁹ *Ibid.*, p. 95.

⁸⁰ “Avance” del 16 de marzo de 1962, citado por Hernández, “Atención”, 1969, p. 555.

⁸¹ World Bank, *Report*, 1951, p. 449.

⁸² Cuban Economic Research Project, *Social*, 1964, pp. 3 y ss.

Como indicador de la percepción social ante la enfermedad y por lo tanto ante la vida, nos interesa más la evolución de los seguros de maternidad y los de enfermedades no laborales. En cuanto al seguro de maternidad, se adopta en Cuba en 1934, como consta en la introducción de la ley: “de cara a articular medidas de protección prenatal y posnatal”. Esta legislación estará plenamente de acuerdo con la convención de la International Labour Conference, celebrada en Washington en 1919. En 1937 se va a producir la total reorganización de los sistemas de seguro de maternidad en Cuba con la creación de la Junta Central de Maternidad, que supondrá la constitución de uno de los primeros y más completos y efectivos programas de toda América Latina.⁸³ La protección a la maternidad en Cuba da un importante paso en la ampliación de ésta con la inclusión, en 1951, de las mujeres campesinas, siendo el primer país de toda América Latina en incluirlas legalmente.

Los seguros de enfermedades no laborales siguieron un camino distinto a los seguros de maternidad. En ellos, cada sector profesional establecía sus fondos de seguro, y no se produjo un proceso de unificación y sistematización a nivel nacional. Sin embargo, en el caso de los seguros de enfermedad había diversas vías de compensación: en el medio urbano se encontraban las mutuas privadas de asistencia, que como hemos visto anteriormente, tenían un nivel de cobertura muy amplio; y en el medio rural, los trabajadores industriales del azúcar disponían al menos de servicios médicos básicos cubiertos por los centrales azucareros. Los

⁸³ *Ibid.*, pp. 9 y 29.

campesinos sin embargo, especialmente aquellos no vinculados a la producción de azúcar, se encontraban desprotegidos ante la enfermedad, excepto por la atención en los hospitales provinciales o municipales, gratuitos y en los que no se exigía ninguna información de tipo económico para la hospitalización, sin embargo, los medios y las condiciones en estos hospitales dejaban mucho que desear.⁸⁴

Como resumen de la situación de los sistemas de seguridad social en Cuba en vísperas de la revolución, tenemos el cuadro 11, que nos ofrece el porcentaje de la población económicamente activa –y sus familias– cubierto por distintos sistemas de protección social, para el año 1958, en seis países de América Latina; como podemos ver, la situación cubana era muy favorable, con prácticamente dos tercios de la población activa cubiertos por algún sistema de protección.

LA ALFABETIZACIÓN FEMENINA

El último de los factores a considerar es el proceso de alfabetización, sobre todo en las mujeres, que desempeña también un papel de importancia en el descenso de los niveles de mortalidad; es necesario, sin embargo, considerar antes la evolución general de la alfabetización en la isla. Las políticas de alfabetización llevadas a cabo en el periodo estudiado fueron muy importantes, aunque en general estuvieron supeditadas a la propia coyuntura económica del país. El ámbito de la educación pública fue uno de los primeros en preo-

Cuadro 11. Población trabajadora cubierta por algún sistema de seguridad social

<i>País</i>	<i>Porcentaje</i>
Uruguay	73.2
Cuba	62.6
Chile	61.1
Argentina	46.1
Brasil	23.0
Costa Rica	22.7

Fuente: Pan American Union (1961), p. 370, citado en Cuban Economic Research Project (1964).

cupar al gobierno de intervención estadounidense; se promulgaron múltiples reglamentos sobre el establecimiento de escuelas, sobre la constitución de Juntas de Educación municipales con facultades para nombrar a los maestros y empleados. Además, la rapidez con que las instrucciones de la Orden Militar fueron cumplidas queda demostrada por el hecho de que, a principios de diciembre de 1899, había solamente 300 escuelas en todo el país, y a mediados de 1900 había ya 3 313.⁸⁵

Sin embargo, uno de los aspectos más interesantes a considerar en el estudio de la alfabetización es el presupuestario; en el cuadro 12 aparece un resumen del mismo, con el porcentaje de los gastos del Estado dedicados a educación en los distintos periodos intercensales. Analizando las cifras de los presupuestos del Estado cubano, durante todo el periodo de intervención, desde el 18 de julio de 1898 al 19 de mayo 1902, se gastaron en educación 11 100 000 pesos lo que representa

⁸⁴ Danielson, *Cuban*, 1979, pp. 110 y ss.

⁸⁵ Varona, *Reports*, 1900-1902.

Cuadro 12. Gasto público en educación

Año	Porcentaje
1899-1906	18.6
1907-1918	13.9
1919-1930	17.1
1931-1942	16.4
1943-1952	23.7
1953-1958	22.1

Fuente: Elaboración propia. R. Pina (1936) y *Memo-
rias del Banco Nacional de Cuba*, varios años.

algo más de 20% de los gastos gubernamentales totales.⁸⁶ De hecho, aunque el interés de las autoridades estadounidenses en la alfabetización de Cuba pueda resultar un tema muy discutido,⁸⁷ lo cierto es que sus efectos generales fueron claramente positivos de cara a la consolidación posterior del sistema escolar de la república independiente.⁸⁸

A partir del momento de la definitiva proclamación de la república entramos en un periodo distinto, donde las grandes posibilidades de crecimiento económico que aparecen en el horizonte de la nueva república hacen que algunas políticas sociales queden relegadas a un segundo plano. Sin ninguna duda, la mejor forma de observar este importante cambio cualitativo es estudiando las partidas de los presupuestos del Estado dedicadas a educación. Si volvemos al cuadro 12, el porcentaje medio dedicado a educación entre 1899 y 1906 era 18.6, que baja a 13.9, casi cinco puntos, en el periodo 1907-1918.

⁸⁶ Brooke, *Annual*, 1902.

⁸⁷ Losada, "Nuevos", 1996.

⁸⁸ Pérez, "Imperial", 1982.

Al periodo de 1902 a 1927 podemos considerarlo como el de la expansión azucarera. En este contexto, los nuevos intereses del Estado, no tan centrados en las políticas sociales, llevaron a priorizar las inversiones en transporte y comunicaciones y los progresos en las políticas sociales fueron poco importantes. Aun así, en el aspecto de la educación, y según los datos censales disponibles, entre 1907 y 1931 la población mayor de diez años que sabía leer y escribir se incrementó apreciablemente, pasando de 56.6 a 71.7 para el conjunto del país. De igual manera, según la *Estadística escolar* de la Secretaría de Educación de 1937, entre 1902 y 1925, las aulas, los profesores y los alumnos matriculados, a pesar de que la asistencia a clase no era del todo regular, duplicaron su número, y los gastos en educación oscilaron durante el periodo entre 12 y 18% de los presupuestos generales del país. Si hacemos una comparación para las fechas censales entre los alumnos matriculados y el número de habitantes en el segmento de edad de cinco a catorce años, nos podemos aproximar a las tasas de escolarización; estos datos aparecen en el cuadro 13 al lado de la tasa de alfabetización de la población mayor de diez años según los datos censales.

La economía cubana, enormemente dependiente de la coyuntura azucarera, sufrió los primeros problemas a comienzos de la década de los veinte; no debemos olvidar que la crisis de la "danza de los millones" en 1920 supuso ya una importante reducción en el gasto público, en torno a 10% entre 1920 y 1922, que sin duda repercutió en las partidas dedicadas a instrucción pública. Sin embargo, la situación se recuperará con rapidez, y en el periodo intercensal de 1919 a 1931 el por-

Cuadro 13. Alfabetización y escolarización (porcentaje)

Año	Alfabetizados (menores de 10 años)	Escolarización
1899	43.8	19.1
1907	56.6	36.3
1919	61.6	39.2
1931	71.7	51.2
1943	71.3	56.9
1953	76.4	60.9

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

centaje dedicado a educación se sitúa en torno a 17% del gasto total. El siguiente periodo que vamos a considerar es el de la crisis de los treinta y el ajuste estructural. A la situación económica muy desfavorable se unió el proceso político que llevó a la revolución de 1933 y al posterior derrocamiento de Gerardo Machado.⁸⁹ Durante su mandato paralizó la enseñanza superior, cerrando la Universidad y otros centros de enseñanza técnica durante cuatro años, pero no fue la enseñanza superior la única que sufrió los embates de la crisis económica y política. Aunque hay que reconocer que a pesar de los problemas coyunturales, los avances en algunos campos de la enseñanza, como la extensión cualitativa y cuantitativa, fueron significativos, como lo señala J. Ibarra: "Los distintos centros de enseñanza secundaria y las universidades constituían enclaves en los cuales se concentraban miles de jóvenes de las más diversas procedencias sociales."⁹⁰

⁸⁹ Soto, *Revolución*, 1985, se trata del estudio más profundo de la historia económica y política de la época de G. Machado.

⁹⁰ Ibarra, *Cuba*, 1995, p. 179.

Uno de los indicadores más claros del empeoramiento en la enseñanza, sobre todo en la primaria, es que si bien continuó aumentando el porcentaje de alumnos escolarizados,⁹¹ el número de alumnos por profesor también aumentó, hasta situarse en el nivel francamente elevado de 65 alumnos/profesor,⁹² lo que puede mostrar las dificultades presupuestarias del momento. Aparte de estas dificultades se produjo una importante desviación de fondos públicos hacia el ambicioso Plan de Obras Públicas del general Machado, que intentaba seguir las políticas de corte keynesiano que se aplicaban en Estados Unidos y que en Cuba tuvieron un escaso éxito. Esta situación de crisis económica e inestabilidad política se ve reflejada claramente en las partidas de gastos del presupuesto cubano en esta época, el porcentaje dedicado a educación vuelve a caer, aunque ligeramente, entre 1931 y 1942. Se va a mantener una situación de inestabilidad política hasta 1940, en la cual los gastos del Estado se reducen considerablemente, y dentro de éstos, los gastos sociales se reducen más que proporcionalmente.⁹³ Así, en lo que resta de la década, los porcentajes oscilarán para la Secretaría

⁹¹ Debido no tanto a la mejora general de las dotaciones en centros educativos, sino a la escasez de perspectivas de trabajo en este momento de crisis.

⁹² Según información proporcionada por el Ministerio de Educación de Cuba –en folletos propagandísticos de carácter revolucionario de los años setenta–, por lo que hay que tomar ésta con cierta cautela.

⁹³ Se produce una fuerte reducción del ingreso estatal, que como ya hemos dicho se basaba en las rentas de aduanas; por tanto, al reducirse el volumen del comercio internacional, sobre todo de las exportaciones, también se reducirán las rentas que recibirá el Estado.

de Educación entre 7 y 12% del gasto total.

En el último periodo, durante la expansión económica de la posguerra, en el sistema educativo cubano, y a pesar del incremento de los fondos públicos dedicados al mismo, siguen persistiendo algunos problemas.⁹⁴ Por una parte, no se han conseguido importantes avances en la asistencia a clases, debido sobre todo a las buenas expectativas en el mercado de trabajo para los trabajadores más jóvenes, ante las fuertes exigencias sindicales para el resto de los trabajadores. Como vemos en el cuadro 13, el porcentaje de matriculación en la escuela primaria sólo aumentó entre 1943 y 1953 de 57 a 61%. Además, persisten las graves diferencias entre el medio rural y el urbano; así, mientras en 1950 hay en el medio urbano un maestro por cada 18 niños en edad escolar (cinco a catorce años), en el medio rural hay uno por cada 159 niños.⁹⁵

Como he tratado de mostrar, a pesar de las mejoras ocurridas en términos generales, los avances en la alfabetización de la isla en los primeros 60 años del siglo XX han sido discontinuos y difícilmente han tendido hacia la igualdad. Aunque en los aspectos más directamente relacionados con el descenso de la mortalidad estos avances en el nivel educativo general tuvieron importantes impactos concretos; por una parte la mayoría de los gobiernos hicieron campañas de educación, sobre todo en las normas básicas de higiene y la

prevención de ciertas enfermedades infecciosas. Estos esfuerzos solían incluir la distribución de panfletos gratuitos e incluso visitas a los hogares. Aunque el único indicador homogéneo de la preparación de las madres de que disponemos será la tasa de alfabetización. Basándonos en los datos censales podemos ver en el cuadro 14 la tasa de alfabetización femenina en la población mayor de diez años para el conjunto de Cuba y para las distintas provincias. La tasa de alfabetización femenina crece desde 1899, y presenta un estancamiento en la década de la crisis económica (1931-1943); en este periodo, a la crisis presupuestaria del Estado⁹⁶ se unía la entrada a la edad escolar del gran número de mujeres nacidas en la década de los veinte, no olvidemos que en ese momento la tasa bruta de reproducción era de aproximadamente 2.8.⁹⁷

Las disparidades provinciales vuelven a aparecer aquí, y aunque con ligeras variaciones, se van a mantener durante todo el periodo. Las provincias de Pinar del Río y Oriente presentan las tasas más bajas de alfabetización, frente a la óptima posición de La Habana, que en 1953 es mayor a 90% de alfabetización, superior a la de muchos de los países occidentales desarrollados en ese momento. Aun así, se puede pensar que la importancia de la alfabetización de las mujeres en el descenso de la mortalidad fue mayor en los años anteriores a la segunda guerra mundial,

⁹⁴ Según el cuadro 12, en el periodo 1943-1958, la educación absorbe más de 20% del gasto público cubano, el mayor porcentaje entre todos los países de América Latina.

⁹⁵ *Censo de Población de la República de Cuba, 1953*, p. 204.

⁹⁶ Pina Estrada, *Presupuestos*, 1936, en este trabajo se recoge la profunda crisis fiscal del Estado cubano a causa del brusco descenso de las exportaciones de azúcar y, por tanto, el descenso de las rentas de aduanas.

⁹⁷ Se trata de la tasa de reproducción más elevada de la historia demográfica de la isla durante el siglo XX.

Cuadro 14. Tasa de alfabetización femenina (>10 años)
 (porcentaje)

	1899	1907	1919	1931	1943	1953
Pinar	17.7	33.2	43.2	59.2	61.6	69.1
Habana	53.1	69.0	74.5	85.9	81.1	91.1
Matanzas	36.2	53.1	59.1	74.0	77.4	83.8
Sta. Clara	34.5	51.6	58.7	70.0	72.4	77.6
Camagüey	47.0	64.6	66.6	73.9	74.5	77.6
Oriente	30.8	47.8	54.0	68.0	65.0	68.1
Cuba	38.1	54.6	61.0	73.7	72.8	78.8

Fuente: Elaboración propia, censos correspondientes.

antes del comienzo de la “revolución” de la quimioterapia. Después de ésta, sería el esfuerzo de los poderes públicos, sobre todo los sanitarios, el que desempeñaría un papel más relevante que el de las prácticas higiénico-sanitarias de los ámbitos familiar y privado.

CONCLUSIONES

Al analizar la tendencia descendente de la mortalidad en el caso cubano se aprecia una relación directa escasa entre el incremento de la renta disponible y el descenso en los niveles de mortalidad. El caso cubano difiere de lo señalado por J. C. Chesnais en su trabajo sobre las implicaciones económicas de la transición demográfica, al estudiar la evolución de la mortalidad y la influencia del efecto-renta en los países en desarrollo.⁹⁸ En Cuba, la renta per cápita en términos reales entre 1900 y 1958 no se incrementó de forma sustancial, aunque sí hubo importantes fluctua-

ciones, sobre todo en función de la situación económica internacional y la marcha de la economía azucarera.⁹⁹ Frente a esto, la esperanza de vida al nacer se incrementó desde la independencia, pasando de 33.2 años en 1899 a 60.1 años en 1953, y las estimaciones existentes para 1958, sitúan esta esperanza de vida entre los 63 y los 64 años para ambos sexos.¹⁰⁰

Durante las tres primeras décadas del siglo XX, los avances sobre la mortalidad se han basado fundamentalmente en los progresos en las condiciones socioeconó-

⁹⁹ La evolución del mercado internacional del azúcar determinaba la coyuntura del conjunto de la economía cubana, especialmente hasta la segunda guerra mundial. Si bien no abundan los trabajos sobre aspectos generales de la historia económica de Cuba en el siglo XX, son muy abundantes los trabajos sobre la economía azucarera desde el periodo republicano hasta la actualidad, Dye, “Producción”, 1993, y “Cane”, 1994.

¹⁰⁰ Estos datos, publicados en trabajos anteriores, los hemos obtenido corrigiendo las estimaciones realizadas por los distintos equipos de CELADE, que consideramos no se encuentran tan influidas por la nueva situación política que va a vivir la isla, como los trabajos hechos en el interior.

⁹⁸ Chesnais, *Transition*, 1986, pp. 53 y ss.

micas generales,¹⁰¹ en las mejoras en la nutrición y en la provisión de medidas higiénicas y de salud pública. La constatación empírica del origen bacteriano de muchas de las enfermedades con mayor incidencia hizo que los esfuerzos se centraran en medidas concretas de saneamiento y salubridad públicas, que tuvieron un impacto inmediato en el descenso de la mortalidad. Durante la crisis de los treinta, la tendencia descendente de la prevalencia de algunas enfermedades cambia de signo, sobre todo en aquellas más vinculadas al nivel de vida, mientras que las enfermedades que mejor reaccionaban a los avances médicos continuaban descendiendo.¹⁰²

El descenso de la mortalidad en los primeros 25 años del siglo resulta muy avanzado en América Latina, y único en el ámbito de Centroamérica y el Caribe;¹⁰³ 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. Finalmente, el descenso acelerado en los años de la posguerra, entre 1946 y 1958, será un fenómeno ampliamente constatado en los países de menor desarrollo y estrechamente vinculado ya con los avances tecnológicos

en el campo de la medicina.¹⁰⁴ A pesar de esto se mantuvieron las grandes diferencias entre el mundo urbano, sobre todo La Habana, y el mundo rural, especialmente en las zonas no azucareras; aun así, las mejoras fueron llegando progresivamente a todo el país.¹⁰⁵

Tal y como señala S. Preston, el progreso médico y sanitario durante el periodo 1900-1960 ha sido tal que han podido ser observados aumentos considerables en la duración de la vida aun en ausencia de un fuerte crecimiento económico, aunque siempre produciéndose un cierto grado de modernización.¹⁰⁶ El caso de Cuba, un país claramente con 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 cuando se trasladan al medio rural), y muestra que al igual que los otros componentes de la evolución demográfica, fecundidad y migraciones internacionales, está estrechamente ligado a factores socioeconómicos y culturales. Una mejor situación económica que trajo consigo nuevas tendencias en la modernización social y cultural, la imitación del modo de vida estadounidense por parte sobre todo de las clases medias urbanas y una progresiva participación de la mujer en la vida económica y social del país,¹⁰⁷ relacionada con los avances en la educación.

¹⁰¹ Pensemos que la renta per cápita en términos reales pasa de 175 pesos en 1903 a 260 pesos en 1920 según Alienes, *Características*, 1950. Se trataba en este momento de la renta por habitante más elevada de toda América Latina.

¹⁰² Situación muy parecida a lo que ocurre actualmente en los países en vías de desarrollo con la reaparición de enfermedades vinculadas al deterioro del nivel de vida, como el caso del cólera en los países andinos.

¹⁰³ Excepto Argentina y Uruguay, que se sitúan por delante de Cuba en la senda de la modernización demográfica.

¹⁰⁴ Chackiel y Martínez, "Transición", 1993.

¹⁰⁵ Díaz-Briquets, *Health*, 1983, pp. 101 y ss.

¹⁰⁶ Citado por Chesnais, *Transition*, 1986, p. 85.

¹⁰⁷ Aunque desde un punto de vista sociopolítico, tema estudiado en profundidad por Stoner, *House*, 1991.



“Boceto para grabado mural”, 1961.
Grabado en metal
12.2 x 9 cm.

FUENTES ESTADÍSTICAS
Y PUBLICACIONES OFICIALES

-*Anuario de la República de Cuba en 1914*, Imprenta Siglo XX, La Habana, 1915.

-Banco Nacional de Cuba, *Memorias*, Banco Nacional de Cuba, La Habana, 1951-1959.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1899*, War Department, Government Printing Office, Washington, 1900.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1907*, Oficina del Censo de los Estados Unidos, Washington, 1908.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1919*, Dirección General del Censo, La Habana, 1920.

-*Censo de Población. Estadísticas industrial y agrícola de Cuba, 1931*, Editorial Luz-Hilo, La Habana, 1938.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1931*, Memorias inéditas, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1978.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1943*, Dirección General del Censo, La Habana, 1945.

-*Censo de Población de la República de Cuba, 1953*, Oficina Nacional del Censo, La Habana, 1955.

-Comisión de Fomento Nacional, *Memoria de las obras realizadas 1944-1948*, La Habana, 1948.

-Comisión Económica para América Latina, *El desarrollo agrícola de Cuba*, Washington, 1949.

-Comité Estatal de Estadísticas, *Atlas Demográfico Nacional de Cuba*, La Habana, 1985.

-Ministerio de Hacienda, *Anuario Estadístico de Cuba, 1952*, La Habana, 1953.

-Ministerio de Hacienda, *Anuario Estadístico de Cuba, 1956*, La Habana, 1957.

-Ministerio de Hacienda, *Anuario Estadístico de Cuba, 1957*, La Habana, 1958.

-Secretaría de Estado, *Datos estadísticos del comercio exterior Estados Unidos-Cuba entre 1902 y*

1925, Oficina de Comercio Exterior, La Habana, 1927.

-Secretaría de Gobernación, *Estadísticas vitales de la república (1902-1908)*, Departamento Nacional de Sanidad, La Habana, 1909.

-Secretaría de Gobernación, *Informe anual sanitario y demográfico de la República de Cuba (1902-1908)*, Departamento Nacional de Sanidad, La Habana, 1909.

-Secretaría de Gobernación, *Informe anual sanitario y demográfico de la ciudad de La Habana (1902-1906)*, Departamento Nacional de Sanidad, La Habana, 1907.

-Secretaría de Hacienda, *Movimiento natural de la población (1900-1902)*, La Habana, 1903.

-Secretaría de Hacienda, *Índices y cotización de artículos de consumo 1936*, La Habana, 1937.

-Secretaría de Sanidad y Beneficencia, *Sanidad y beneficencia (1908-1936)*, La Habana, 1937.

-Secretaría de Sanidad y Beneficencia, *Estadística sanitaria y demográfica de la República, 1915*, La Habana, 1917.

-United States. Department of Commerce, *Cuba: summary of biostatistics*, Inter American Affairs, Washington, 1945.

BIBLIOGRAFÍA

-Alienes, J., *Características fundamentales de la economía cubana*, Banco Nacional de Cuba, La Habana, 1950.

-Alvarado, Julio, *La aventura cubana*, Artes Gráficas y Ediciones, Madrid, 1977.

-Arriaga, E., *América Latina. El descenso de la mortalidad y sus efectos demográficos*, Berkeley University Press, Berkeley, 1970.

-Asociación de Fomento de la Inmigración, *Informe de la Junta Directiva*, La Habana, 1913.

-Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1984*, Tecnos, Madrid, 1984.

-Bengtson, T., D. Reher et al., "Population and the economy: from hunger to modern eco-

- nommic Growth" en C. E. Núñez (coord.), *Debates and Controversies in Economic History*, Fundación Ramón Areces, Madrid, 1998, pp. 69-143.
- Benjamin, B., *Social and Economic Factors Affecting Mortality*, Mouton, La Haya, 1965.
- Bernabeu Mestre, J., *Enfermedad y población*, Seminario de Estudios sobre la Ciencia, Valencia, 1994.
- Bourde, G. y O. Zanetti, "Le commerce extérieur a l'époque de la république neocolonia-le 1899-1958", *Cahiers des Amériques Latines*, núm. 8, 1973, pp. 25-64.
- Brooke, J., *Annual Reports of the War Department*, Government Printing Office, Washington, 1902.
- Chakiel, J. y J. Martínez, "Transición demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950", IV Conferencia Latinoamericana de Población, México, 1993.
- Chesnais, J. C., *La transition démographique. Étapes, formes, implications économiques*, Presses Universitaires de France, París, 1986.
- Comisión Económica para América Latina, *Conferencia mundial de población*, FCE, México, 1975.
- Cuban Economic Research Project, *Social Security in Cuba*, University of Miami, 1964.
- Danielson, R., *Cuban Medicine*, Transaction Books, New Brunswick, 1979.
- Duchamp, C. y M. Poblete, *El problema médico y la asistencia mutualista en Cuba*, edición de los autores, La Habana, 1934.
- Díaz-Briquets, S., *The Health Revolution in Cuba*, University of Texas, Austin, 1983.
- Dye, A., "Producción en masa del azúcar cubano, 1899-1929: economías de escala y elección de técnicas", *Revista de Historia Económica*, vol. xi, núm. 3, 1993, pp. 563-593.
- , "Cane Contracting and Renegotiation: A Fixed Effects Analysis of the Adoption of New Technologies in the Cuban Sugar Industry, 1899-1929", *Explorations in Economic History*, vol. 31, 1994, pp. 141-175.
- Elizaga, J., *Métodos demográficos para el estudio de la mortalidad*, CELADE, La Habana, 1966.
- Ferrer Díaz, H., *Apuntes sobre la ración alimenticia del obrero cubano*, El Avisador Comercial, La Habana, 1910.
- Foreign Policy Association, *Problemas de la nueva Cuba*, Nueva York, 1935.
- Forster, N. y H. Handelman, "La producción y distribución de alimentos en Cuba: el efecto de la revolución" en J. Super y T. Wright, (coords.), *Alimentación, política y sociedad en América Latina*, FCE, México, 1989, pp. 208-236.
- Gordon, A., "The Nutriture of Cubans: Historical Perspective and Nutritional Analysis", *Cuban Studies*, vol. xii, núm. 13, 1983, pp. 1-40.
- Gorgas, W., *The Work of the Sanitary Department of Havana*, Government Printing Office, Nueva York, 1901.
- Guardia, V. de la, *La mortalidad en La Habana*, edición del autor, La Habana, 1900.
- Guerra, Ramiro, *Azúcar y población en las Antillas*, Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1970 (1927).
- , *La industria azucarera en Cuba*, Habana Cultural, La Habana, 1940.
- Gutiérrez Sánchez, G., *El desarrollo económico de Cuba*, Junta Nacional de Economía, La Habana, 1952.
- Hernández, R., "La atención médica en Cuba hasta 1958", *Journal of Inter-American Studies*, vol. xi, núm. 4, 1969, pp. 533-557.
- Ibarra, J., *Cuba: 1898-1958. Estructura y procesos sociales*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1995.
- Jolliffe, N. et al., "Nutrition Status Survey of the Sixth Grade School Population of Cuba", *Journal of Nutrition*, núm. 64, 1958, pp. 355-398.
- Le Roy y Cassa, J., "La mortalidad infantil en Cuba. 1904-1913", La Habana, 1914.
- , "Estadística sanitaria de Cuba", *Cuba contemporánea*, vol. ii, 1915, pp. 354-382.

- , “Estadística demográfica de Cuba”, La Habana, 1925.
- Losada, A., “Cuba (1899-1958): del antiguo régimen demográfico a la consolidación de la modernización”, IV Conferencia Latinoamericana de Población, México, 1993.
- , “Nuevos agentes en el crecimiento económico cubano, 1898-1958” en *Cambio institucional e historia económica*, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1996, pp. 211-233.
- , “Cuba (1898-1958). Descenso de la fecundidad y cambio socioeconómico”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, vol. xv, núm.1, 1997, pp. 41-78.
- , “La Habana (1899-1919). Intervenciones norteamericanas y modernización demográfica”, *Estudios Ibero-Americanos*, vol. XXIV, núm. 2, 1998.
- Macgaffey, W. y C. Barnett, *Cuba, Its People, Its Society, Its Culture*, Greenwood Press, Westport, 1962.
- May, S., *Desarrollo económico de Cuba*, The Chase National Bank, Nueva York, 1948.
- Mckeown, T., *El crecimiento moderno de la población*, Bosch, Barcelona, 1979.
- , *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona, 1990.
- Moreno Friginals, M. y M. Moreno Masso, *Guerra, migración y muerte*, Archivo de Indianos, Gijón, 1993.
- Naciones Unidas, *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*, Nueva York, 1978.
- Nelson, L., *Rural Cuba*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1950.
- Palloni, A., “Mortality in Latin America: Emerging Patterns”, *Population and Development Review*, vol. VII, núm. 4, 1981, pp. 623-649.
- Palloni, A. et al., “Economic Swings and Demographic Changes in the History of Latin America”, *Population Studies*, vol. 50, 1996, pp. 105-132.
- Pérez, L., “The Imperial Desing: Politics and Pedagogy in Occupied Cuba, 1899-1902”, *Cuban Studies*, vol. 12, 1982, pp. 3-19.
- Pina Estrada, R., *Los presupuestos del Estado*, Habana Cultural, La Habana, 1936.
- Rivero, A., *El bien de España en Cuba*, Tipografía Moderna, La Habana, 1919.
- Schofield, R., D. Reher y A. Bideau (coords.), *The Decline of Mortality in Europe*, Clarendon Press, Oxford, 1991.
- Segre, R., *La vivienda en Cuba. República y revolución*, Universidad de La Habana, La Habana, 1985.
- Soto, L., *La revolución de 1933*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1985.
- Stoner, L., *From the House to the Streets: The Cuban Woman's Movement for Legal Reform, 1898-1940*, Duke University Press, Durham, 1991.
- United Nations, *The Determinants and Consequences of Population Trends*, Nueva York, 1953.
- Valido Salas, Sandra, “La transición de la mortalidad en Cuba en los últimos ochenta años”, IV Conferencia Latinoamericana de Población, México, 1993.
- Varona, E. J., *Reports of Commissioner of Education*, Government Printing Office, Washington, 1900-1902.
- Velázquez, Elio y Lázaro Toirac, *Cuba: tablas de mortalidad estimadas por sexo, para los años calendario terminados en 0 y 5 durante el periodo de 1900 a 1950*, Centro de Estudios Demográficos, La Habana, 1975.
- Varios Autores, *United Fruit Company: un caso de dominio imperialista en Cuba*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1976.
- World Bank, *Report on Cuba*, Washington, 1951.
- Zanetti, O. y A. García, *Caminos para el azúcar*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1987.