

Mortalidad infantil en Cuba 1962-1973

Por los Dres.:

R. RIVERÓN CORTEGUERA,* E. DUEÑAS GÓMEZ,**

J. PEREA CORRAL***

Cortiguera Riverón, R. et al. *Mortalidad infantil en Cuba 1962-1973*. Rev Cub Ped 47: 3, 1975.

Se exponen las cifras alcanzadas en mortalidad infantil entre 1962-1973, y se destacan las actividades realizadas en policlínicos y hospitales para reducir esta mortalidad. Se enfatiza la reducción que se ha experimentado en la misma, de 43,6% NV en 1962 a 27,4% en 1973. Asimismo merecen destacarse las disminuciones experimentadas en los diferentes componentes, neonatal precoz, neonatal tardía y posneonatal. Se ve la evolución que tuvieron las primeras causas de muerte en menores de 1 año, a partir de 1968. Por último se exponen algunos indicadores de cobertura en servicios pediátricos y maternos.

En la etapa prerrevolucionaria, la mortalidad infantil de nuestro país no era conocida por los pediatras, ya que en la misma influían numerosos factores, entre los que se destacan: subregistro de defunciones y nacimientos que ocurrían, definición existente del nacido vivo y carencia total de recursos en la organización que garantizara la recolección del dato primario de manera confiable.

En 1962, nuestro Ministerio de Salud Pública hace un análisis profundo del cuadro de salud del país y se comienzan a tomar medidas encaminadas a reducir la mortalidad infantil.^{1,2,3}

— Creación y mantenimiento de los servicios rurales de salud.

* Secretario del grupo nacional de pediatría.

** Jefe del Grupo Nacional de Pediatría y Jefe del servicio de neonatología del Hospital Gineco Obstétrico "Ramón González Coro".

*** Especialista en Gineco Obstetricia y Profesor auxiliar de la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana y secretario del Grupo Nacional del Ministerio de Salud Pública.

— Incremento de las camas pediátricas y obstétricas en las provincias más deficitarias.

— Aumento de la cobertura médica, mediante la ubicación de posgraduados con internado vertical de pediatría y ginecología en los lugares más críticos.

— Formación de especialistas en pediatría y ginecología con conocimientos administrativos, preventivos y de las principales patologías de nuestro medio.

— Creación de escuelas de enfermeras y auxiliares de enfermería pediátrica.

— Elevación del nivel inmunitario de nuestra población infantil con BCG a todos los recién nacidos y niños con DPT contra tétanos, difteria y tos ferina. Inicio de las campañas de vacunación oral contra la poliomielitis.

— Incremento de consultas prenatales, pediátricas y de puericultura.

— Incremento del parto institucional y de la lactancia materna.

- Inicio del programa de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.
- Creación de los nuevos servicios de neonatología y desarrollo de los existentes.
- Incremento de necropsias y comienzo de discusiones en nuestros hospitales, por el cuerpo médico, sobre los factores tecnicoadministrativos causantes de las defunciones o que contribuyen a ellas, con la finalidad de analizar los mismos de forma educativa, para superarlos.
- Inicio de la formación del personal calificado en todas las provincias para garantizar la veracidad de nuestros registros de estadísticas vitales.⁴

En 1962 se registraron en el país 10 389 defunciones en menores de 1 año para una tasa de 43,6 por cada 1 000 NV; de éstas, 5 116 fueron neonatales para una tasa de 21,4 por cada 1 000 NV y 5 273 posneonatales para una tasa de 22,1 por cada 1 000 NV.

De las 10 389 defunciones de menores de 1 año, 3 210 se produjeron por enfermedades diarreicas agudas, lo que representó el 30,9% de todas las defunciones de esa edad. El resto de las defunciones se produjeron por afecciones perinatales, sepsis, bronconeumonías, tétanos *neonatorum*, tos ferina, tuberculosis, etc.⁵

Con las medidas que se comenzaron a poner en práctica, la mortalidad infantil, y en general el cuadro de salud de nuestra población infantil, comenzó a mejorar, y las cifras registradas en los años 1963 hasta 1968, acusan cierta disminución en las tasas. Sin embargo, en 1969 se produce un incremento notable en nuestras cifras de mortalidad infantil: de 39,0 en 1968 a 47,7 por cada 1 000 NV, lo cual se debe a un alza en la morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas, además, tal como sucedió en el resto del mundo, nuestro país se vio afectado por la epide-

mia de virus A₂ Hong-Kong, que causó numerosas muertes en niños menores de 1 año. La presencia de este fenómeno, que interrumpía la curva descendente de mortalidad infantil que se iba registrando, hizo que se analizara profundamente de nuevo la estructura de nuestra mortalidad infantil y las causas que la provocaban.

El estudio reveló que el 80% de nuestras defunciones en menores de 1 año estaban dadas por 6 grandes rubros: afecciones perinatales (B43 y B44), enteritis y otras enfermedades diarreicas agudas (B4), influenza y neumonía (B31-32), sepsis (B18) y anomalías congénitas (B42).

Con estos elementos conocidos, en noviembre de 1969 se celebraba en La Habana una asamblea nacional donde participaban un número considerable de pediatras de todo el país para discutir el anteproyecto de las *normas de pediatría*. En la clausura de la Jornada de Normación de la Pediatría, el Ministro de Salud Pública planteó a la asamblea, y se aprobó por unanimidad, el compromiso de reducir la mortalidad infantil en un 50% en el decenio 1970-1980.⁷

Basado en lo anteriormente expuesto, en 1970 se elabora y pone en práctica el *Plan Materno-infantil* para reducir la mortalidad infantil.⁸

Entre las medidas que se ponen en práctica para reducirla se destacan las siguientes:^{9,10}

- Mejoría en la educación sanitaria al pueblo, a través de charlas a las madres en consultas prenatales, hogares maternos, consultas de puericultura, audiencias sanitarias y círculos de embarazadas, estas últimas en estrecha coordinación con nuestras organizaciones de masa: CDR y FMC.
- Mejoría de la cama pediátrica al desaparecer el hacinamiento en nuestras salas de hospitales pediátricos.
- Presencia de la *Madre Acompañante* en las salas de pediatría de nuestros

hospitales, lo que ha contribuido a una mejor atención del niño ingresado y a mejorar la educación sanitaria de la madre.

Mejoría del estado nutricional de nuestra población, ante todo en las áreas rurales.

Aumento del nivel inmunitario de la población infantil dado por la disminución marcada de la tuberculosis infantil, tétanos, difteria, tos ferina y erradicación de la poliomielitis.

Incremento del personal médico de pediatría y ginecobstetricia, así como del personal de enfermería, para la atención de los niños en hospitales pediátricos y servicios de neonatología en hospitales de maternidad.

Incremento de las camas pediátricas en hospitales infantiles y servicios de pediatría en hospitales regionales.

Implantación de la reanimación del recién nacido en todas las unidades que realizan partos, para lo cual se habilitaron todas las unidades con los equipos necesarios para la misma (equipos *Penton*, laringoscopios, etc.). Se realizaron cursos de adiestramiento previo con el *Resucy Baby* y con la *Muñeca de Intubación*.

Modernización de los servicios de neonatología de las maternidades provinciales y regionales, con incubadoras nuevas, monitores, equipos de gaseometría y de ultramicrométodos, etc.

Implantación de nuevas tecnologías, tales como el tratamiento de los icteros con fototerapia, tratamiento del síndrome de *distress* respiratorio con presión positiva constante, etc.

Ingreso precoz de todo niño con enfermedad diarreica o respiratoria aguda.

Cumplimiento de las *Normas de Pediatría* en todos los servicios, lo que

ha contribuido a uniformar el trabajo pediátrico en todo el país.¹¹

— Mejoramiento del trabajo obstétrico, lo que ha permitido una mejor coordinación con el trabajo pediátrico, en función de la madre y el niño. Traslado oportuno de la embarazada con ARO de las áreas rurales a los hospitales regionales con mayores recursos.

— Aumento de los hogares maternos, lo que ha incrementado el parto institucional y disminuido la mortalidad perinatal.

— Incremento de las enfermeras obstétricas en las áreas rurales. Mejor conocimiento de nuestra prematuridad al realizarse un mejor peaje en nuestros salones de parto.

— Visitas periódicas del personal de enfermería de terreno a los grupos de mayor riesgo, embarazadas, prematuros y desnutridos.

— Establecimiento de las *Comisiones de Mortalidad Perinatal* en todas nuestras maternidades, donde se analizan las defunciones perinatales por la clasificación de *Aberdeen*, con todo el personal obstétrico, pediátrico, anatomopatológico, estadístico y la presencia del director de la unidad.

— Discusión mensual sobre mortalidad infantil en los niveles de unidad, región y provincia, con la finalidad de detectar problemas y darles solución.

— Evaluación y supervisión periódica de las unidades por los grupos de pediatría y ginecobstetricia nacionales y provinciales.

— Mejoramiento de la vivienda y de las condiciones de vida de la población.

— Participación de los organismos políticos y de masa (CDR, FMC y ANAP), a los que se les mantiene informados de la marcha de este programa.

Muchas otras medidas se han establecido, pero creemos que las aquí relacionadas son las más importantes en cuanto al desarrollo del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil durante estos cuatro años.^{12,13}

Debemos señalar que en el segundo trimestre de 1973 se realizó una investigación perinatal para conocer en profundidad los factores que intervienen en la misma, así como tratar de resolver los problemas que puedan incrementarla, para con estos elementos lograr disminuir la mortalidad infantil.¹⁴

A continuación se exponen los datos de mortalidad infantil y sus componentes a partir de 1962.

Como puede apreciarse, la mortalidad infantil ha disminuido notablemente a partir de 1962, y así vemos que de 43,6, des-

ciende en 1973 a 27,4 por cada 1 000 NV. Esta disminución ha sido más marcada en el componente posneonatal, ya que de 22,1 en 1962 disminuyó a 9,4 por cada 1 000 NV.⁵

En el gráfico 1 se expone cómo han evolucionado los componentes de la mortalidad infantil a partir de la ejecución del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil.

Se observa que disminuyen notablemente los componentes posneonatal y neonatal tardío, sin embargo, la neonatal precoz ha disminuido mucho menos, lo cual consideramos como normal, pues en este componente¹⁵ es más difícil disminuir la mortalidad.

Se exponen en el cuadro II las principales causas de muerte.

CUADRO I
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
CUBA. 1962-1973

Años	MORTALIDAD					
	Neonatal		Posneonatal		Infantil	
	No. Defunc.	Tasa*	No. Defunc.	Tasa*	No. Defunc.	Tasa*
1962	5 116	21,4	5 273	22,1	10 389	43,6
1963	5 449	21,3	4 457	17,4	9 906	38,7
1964	5 485	20,1	4 580	16,8	10 065	36,9
1965	5 802	21,2	4 330	15,8	10 132	37,1
1966	5 950	22,5	3 896	14,7	9 846	37,2
1967	5 468	21,4	3 924	15,4	9 392	36,8
1968	5 708	23,1	3 928	15,9	9 636	39,0
1969	6 129	25,7	5 237	22,0	11 366	47,7
1970	5 531	22,9	3 542	14,6	9 073	37,5
1971	5 753	22,4	3 448	13,4	9 201	35,8
1972	4 752	19,2	2 377	9,5	7 129	28,7
1973	4 383	18,0	2 302	9,4	6 685	27,4

FUENTE: Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

* Tasa por 1 000 NV.

**MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
NEONATAL PRECOZ, TARDIA Y POSTNEONATAL
CUBA 1968-1973**

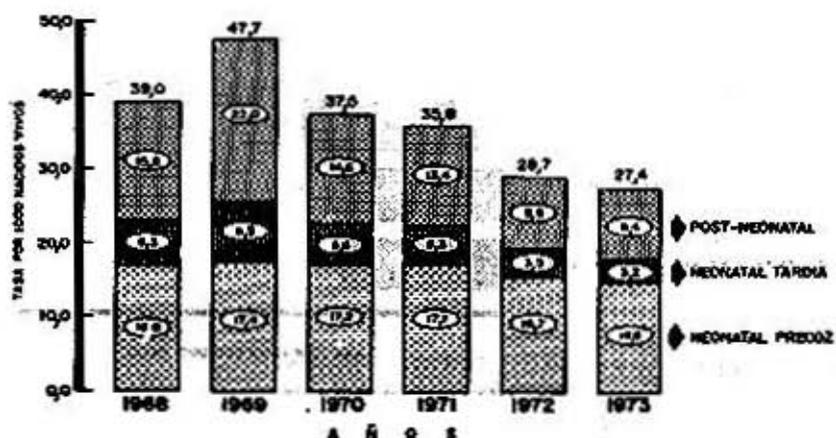


Gráfico 1.

CUADRO II

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 1 AÑO
CUBA. 1968-1973**

Causas	1968		1970		1971		1972		1973	
	No. Def.	Tasa*								
B-13	1 317	5,3	2 034	8,4	2 431	9,5	2 143	8,6	1 945	8,0
B-14	2 122	8,6	1 494	6,2	1 299	5,1	1 127	4,5	999	4,1
B-4	1 232	5,0	1 334	5,5	1 302	5,1	706	2,9	724	3,0
B-31-32	1 596	6,5	1 206	5,0	1 186	4,6	750	3,0	713	2,9
B-18	1 098	4,4	1 194	5,0	1 160	4,5	687	2,8	665	2,7
B-12	980	4,0	867	3,6	945	3,7	953	3,8	868	3,6
Otras	1 291	5,2	954	3,8	878	3,3	763	3,1	771	3,1
Total:	9 636	39,0	9 073	37,5	9 201	35,8	7 129	28,7	6 685	27,4

FUENTE: Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

* Tasa \times 1 000 NV.

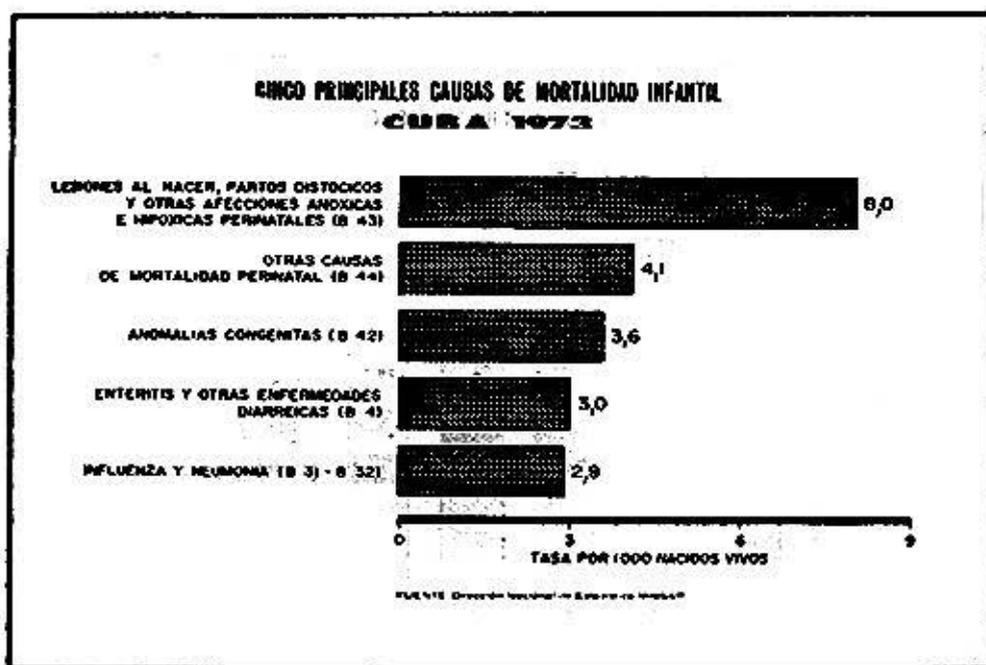


Gráfico 2.

En este cuadro se aprecia una disminución de los rubros: enteritis y otras enfermedades diarreicas (B4), influenza y neumonía (B31-32), sepsis (B18) y muy ligeramente las anomalías congénitas (B42). Los rubros (B43 y B44), afecciones perinatales, sumadas ambas, se mantienen con una ligera disminución, pero creemos que son los rubros más difíciles de disminuir.

El gráfico 2 muestra el ordenamiento de las causas de muerte en 1973.

A continuación exponemos algunos indicadores seleccionados de cobertura pediátrica de 1968 a 1972.

Se aprecia el incremento del parto institucional: de 86,4 en 1968 a 97,6 en 1972.

Incremento de las consultas a embarazadas/parto: de 6,0 en 1968 a 8,0 en 1972.

Incremento de la consulta de puericultura a menores de 1 año: de 1,0 en 1968 a 4,3 en 1972.

Esperamos que el incremento de pediatras en los próximos años, la incorporación

de nuevas tecnologías en la atención a los recién nacidos a término y pretérmino, la creación de nuevos servicios de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, el incremento de los cursos de perfeccionamiento en neonatología y pediatría, la ejecución del nuevo programa de formación del especialista en pediatría basado en los objetivos educacionales, el incremento de las consultas de puericultura, el desarrollo de la medicina comunitaria y la formación de nuevos neonatólogos, todo esto, unido al desarrollo de la obstetricia, la superación del nivel educacional de nuestra población, lo que repercutirá sobre el estado nutricional, el incremento de camas pediátricas y el incremento en la construcción de viviendas, acueductos y alcantarillados, etc., hará posible el cumplimiento de la meta establecida para el decenio: *disminuir la mortalidad infantil a 20,0 por cada 1 000 NV*.^{6,10,17}

CUADRO III
INDICADORES SELECCIONADOS DE COBERTURA DE SERVICIOS PEDIÁTRICOS
CUBA, AÑOS RECIENTES

Indicadores	1968 Año base	1969	1970	1971	1972
Nacidos vivos estimados	246 807	238 095	241 919	256 604	247 997
Nacidos vivos institucionales	213 342	219 722	216 926	245 188	242 078
No. total de partos institucionales	217 662	224 436	221 203	249 420	245 810
Porcentajes de nacidos vivos institucionales	86,4	92,3	89,7	95,6	97,6
Número de consultas a embarazadas	1 309 399	1 473 624	1 544 780	1 787 115	1 976 902
Consultas a embarazadas./100 parto	6,0	6,6	7,0	7,2	8,0
Número de consultas de puericultura (-1 año)	350 046	496 997	647 445	845 404	1 072 939
Consultas de puericultura/población	4,0	2,1	2,7	3,3	4,3
Índice de prematuridad	8,1	8,5	10,3	9,9	9,8
Población menor de 15 años de Cuba	3 011 062	3 060 979	3 131 834	3 192 880	3 264 083
Consultas a menores de 15 años	9 342 020	10 216 085	10 150 979	11 014 251	11 830 635
Consultas por habitantes menores de 15 años	3,1	3,3	3,2	3,4	3,6

SUMMARY

Corteguera Riverón, R. et al. *Infantile mortality in Cuba, 1962-1973*. Rev Cub Ped 47: 3, 1975.

Figures of infantile mortality in our country between 1962 and 1973 are exposed, and the activities carried out in health centers and hospitals in order to decrease this mortality, outlined. Mortality ratios have decreased from 43,6/1 000 born alive infants in 1962 to 27,4/1 000 in 1973. The decrease, reached, in early neonatal, late neonatal and postneonatal mortalities is also stressed. The evolution of main death causes since 1968 in infants younger than 1 year is indicated. Some coverage figures of pediatric and maternal services are finally showed.

RESUME

Corteguera Riverón, R. et al. *Mortalité infantile à Cuba 1962-1973*. Rev Cub. Ped. 47: 3, 1975.

On montre les chiffres de mortalité atteintes entre 1962 et 1973. Il est à souligner les activités réalisées dans les policliniques et les hôpitaux pour réduire cette mortalité. Il ya eu une réduction de 43,6/1 000 nés vivants, en 1962 à 27,4/1 000 en 1973. Il faut noter les diminutions éprouvées dans les différents composants, néonatal précoce, néonatal tardif, et post-néonatal. On montre les principales causes de mort chez des enfants âgés de moins d'un an, à partir de 1968. On expose des indicateurs de couverture dans les services pédiatriques et maternelles.

РЕЗЮМЕ

Кортегера Риверон Р. и др. Детская смертность на Кубе за период с 1962 по 1973г. *Rev Cub Ped.* 47:3, 1975.

Приводятся цифры детской смертности за период с 1962 по 1973г, а также отмечаются все проведенные мероприятия в поликлиниках и больницах, направленные на устранение летальных исходов. Отмечается снижение детской смертности с 43,6 на каждый 1000 живых новорожденных в 1962 до 27,4 на 1000 в 1973. Видно эволюции первых причин смертности среди детей до одного года, исходя из 1968. В последней очереди даются показатели о педиатрических и акушерских обслуживаниях.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Informe de la República de Cuba a la III Reunión Especial de Ministros de Salud Pública de las Américas, Santiago de Chile, octubre de 1972.
- 2.—Ministerio de Salud Pública. Organización de los servicios y nivel de salud. Trabajo presentado a la XXVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Monterrey, N. L., México, Nov. 1972.
- 3.—Moreno Vázquez, O. Morbimortalidad del niño cubano. Trabajo presentado en el Ier. Congreso Antillano de Pediatría, Santo Domingo, República Dominicana, 1974.
- 4.—Puffer, R. R. Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e infantil en Cuba, Ref. AMRO-3513, marzo 1-8, 1974.
- 5.—Dirección Nacional de Estadística. Folleto bioestadísticas No. 1, Habana, julio 1974.
- 6.—Ministerio de Salud Pública. — Informes anuales de mortalidad infantil de la Dirección Nacional de Estadística. 1968, 1969, 1970, 1971, 1972 y 1973.
- 7.—Martínez Junco, H. Discurso de clausura de la Jornada Nacional de Normación de la Pediatría. Granma, Habana, Nov. 1969.
- 8.—Azcuay, P. et al. Programa de reducción de la mortalidad infantil en Oriente Sur. Santiago de Cuba, diciembre, 1969.
- 9.—Riverón Corteguera, R. Situación actual y perspectivas de la pediatría en Cuba, 1973. Habana, marzo 1973.
- 10.—Dueñas Gómez, E. y R. Riverón Corteguera. Organización de la atención pediátrica en Cuba. Folleto para los cursos de perfeccionamiento en pediatría. Habana, Set. 1973.
- 11.—Ministerio de Salud Pública. Normas de Pediatría. Instituto Cubano del Libro, Habana, 1971.
- 12.—Riverón Corteguera, R. Análisis del desarrollo del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil en Oriente Sur, 1970 III Reunión Anual de Jefes de Grupos Provinciales de Pediatría, Habana, Feb. 1971.
- 13.—Tobey Haza, F. Análisis de la mortalidad infantil en Camagüey 1972. Trabajo de terminación de residencia, Camagüey, enero 1974.
- 14.—Ministerio de Salud Pública. Investigación de mortalidad perinatal en Cuba: Metodología. Habana, febrero de 1973.
- 15.—Puffer, R. R. y C. U. Serrano. Características de la mortalidad en la niñez, Public. Científica No. 262, OPS, 1973.
- 16.—Organización Mundial de la Salud. Metas del Plan Decenal de Salud de las Américas para el período 1971-1980, Washington D. C., junio 4-8 de 1973.
- 17.—Health Services Prospects. An International survey. Publicación en conjunto por The Lancet y el Nuffield Provincial Hospital Trust, pp. 168-172, 1973.

Recibido el trabajo: diciembre 20, 1974.