

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA, NUEVA DELHI, INDIA.
OCTUBRE 23-29, 1977

Mortalidad infantil en Cuba: análisis del programa para su reducción (1970-1976)

Por los Dres.:

RAUL RIVERON CORTEGUERA,* FRANCISCO VALDES LAZO,**
y Lic. ENEIDA RIOS MASSABOT***

Riverón Corteguera, R. y otros. *Mortalidad infantil en Cuba: análisis del programa para su reducción (1970-1976)*. Rev Cub Ped 49: 5, 1977.

Se analizan los resultados del programa de reducción de la mortalidad infantil que se inició en 1970. La misma se redujo de 38,7 en 1970 a 22,8 por cada 1 000 nacidos vivos en 1976, para un 41,5% de disminución. La neonatal temprana disminuyó de 18,2 a 12,3 por cada 1 000 nacidos vivos para un descenso de un 32,7%. La neonatal tardía descende de 5,3 a 2,3 por cada 1 000 nacidos vivos, para un 57,2% de reducción; y la posneonatal se reduce de 15,2 a 8,2 por cada 1 000 nacidos vivos para una disminución de un 46,5%. Se expone la mortalidad infantil por las diferentes provincias y se destaca el orden en que se agrupan las principales causas de muerte: 1a. Afecciones perinatales (B43-B44); 2a. Anomalías congénitas (B42); 3a. Influenza y neumonía (B31-B32); 4a. Enteritis y otras enfermedades diarreicas agudas (B4); y 5a. Sepsis (A21). El promedio de consultas de puericultura por niño menor de 1 año aumentó de 2,7 a 6,7. Los nacimientos en instituciones aumentaron de 93,3% a 97,8%. Se establecen las medidas puestas en práctica para alcanzar estos indicadores.

La mortalidad infantil es un indicador indirecto bastante específico y práctico del nivel de salud de los niños durante el primer año de vida. Se ha utilizado conjuntamente con otros indicadores socioeconómicos para la medición de los

niveles de desarrollo de los países y grupos sociales. Este indicador refleja complejas influencias biológicas, sociales y ambientales. Se utiliza como un dato básico en la elaboración de programas de salud materno-infantil.¹

* Especialista de II grado en administración y organización de salud pública y de I grado en pediatría. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

** Especialista de I grado en pediatría. Jefe del Departamento materno-infantil del Ministerio de Salud Pública.

*** Jefa de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

Se considera —producto de largas observaciones— que cuando las condiciones generales de vida (económicas y de salud) son favorables, las tasas de mortalidad infantil disminuyen, ya se analice un solo país en el decursar del tiempo, o un número de países en un momento dado. La mortalidad infantil es el resultado final de la influencia de un

número variable de factores o elementos que deben ser analizados en detalle. Algunos autores consideran que la mortalidad infantil es, en su mayor parte, un problema social más bien que médico, ya que se admite que los antecedentes de pobreza y problemas sociales influyen sobre el embarazo y el recién nacido.²

Sjölin destaca que la mortalidad infantil comenzó a declinar mucho antes de que la medicina científica moderna pudiera ejercer su influencia sobre la misma, mucho antes de que se conociera información sobre bacterias, virus, vitaminas y antibióticos y mucho antes de que la cirugía cumpliera su cometido. Considera que el desarrollo económico, la mejoría de los niveles de vida y de la educación, fueron la primera causa de esta disminución. Posteriormente la economía sueca se ha incrementado, ello unido a una mejoría en la nutrición maternoinfantil, a un mejor conocimiento de la atención del niño, al desarrollo del sistema de salud y a la disminución de la pobreza, han influido en la reducción de la mortalidad infantil. En la actualidad a todos estos elementos hay que añadir el desarrollo de las investigaciones y de la medicina, y la aplicación en gran escala de las medidas sanitarias a toda la población, lo que ha contribuido a mantener en Suecia la mortalidad infantil más baja del mundo. Estas tasas son consideradas como indicadores sensibles de los niveles socioeconómicos y de salud de un país.^{3,4}

Recientemente se ha dado un índice estimado de 107,0 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos para el mundo y de 100 por cada 1 000 nacidos vivos para las Américas. Smith y Shapiro han llegado a la conclusión de que a mediados de la década del 60 ocurrieron en el mundo 12 000 000 de defunciones en niños menores de un año y que de las mismas, sólo se registraron aproximadamente 2 700 000. La tendencia a descender que presenta la mortalidad infantil, contribuye al aumento de la expectativa de vida al nacer. Este fenómeno tiene

el efecto de modificar la estructura de edad de la población, en dirección a la juventud. El efecto demográfico más importante, asociado con la disminución de la mortalidad infantil, puede ser el favorecimiento de una disminución en la fecundidad en las áreas menos desarrolladas, a través de la toma de conciencia de una mayor expectativa de la supervivencia infantil. Probablemente las razones más ampliamente aceptadas para el aumento de la supervivencia infantil son: un mejor estado nutricional, incluida la nutrición en útero; mejoramiento de la higiene ambiental; acciones de salud pública encaminadas a erradicar y disminuir enfermedades; cobertura médica a toda la población; incremento del nivel de escolaridad y de la urbanización.⁵

Los problemas relativos al primer año de vida deben ser considerados en el contexto de aproximadamente 120 millones de nacimientos anuales, en una población mundial de 3 400 millones de habitantes. Estimados de la OMS para 1967 sostienen que el 82% del total de nacimientos se produjo en los países subdesarrollados con una tasa de mortalidad infantil promedio, 6 veces más elevada que la de los países desarrollados. En 1967 el número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en los países subdesarrollados alcanzó la cifra de 13 400 000 en comparación con 532 000 defunciones en los países desarrollados. Si los países subdesarrollados pudieran alcanzar las tasas de mortalidad infantil de los países desarrollados, podrían evitarse anualmente 10 000 000 de defunciones en menores de un año.¹

En la actualidad la mortalidad infantil en el mundo ha disminuido en un grupo creciente de países que están registrando cifras de mortalidad infantil por debajo de 15,0 por cada 1 000 nacidos vivos, y en algunos se alcanzan cifras por debajo de 10,0 por cada 1 000 nacidos vivos. Hace unos pocos años esto parecería inalcanzable sin los avances logrados en la perinatología.⁶

CUADRO I
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES
CUBA 1970-1976

Año	M O R T A L I D A D									
	Neonatal precoz		Neonatal tardía		Neonatal		Posneonatal		Infantil	
	Defunción	Tasa*	Defunción	Tasa*	Defunción	Tasa*	Defunción	Tasa*	Defunción	Tasa*
1970	4 309	18,2	1 258	5,3	5 567	23,5	3 606	15,2	9 173	38,7
1971	4 389	17,1	1 364	5,3	5 753	22,5	3 448	13,5	9 201	35,9
1972	3 886	15,6	866	3,5	4 752	19,2	2 377	9,6	7 129	28,7
1973	3 600	15,9	783	3,5	4 383	19,4	2 302	10,2	6 685	29,6
1974	3 212	15,8	614	3,0	3 826	18,8	2 109	10,4	5 935	29,2
1975	2 862	14,8	501	2,6	3 363	17,4	1 926	10,0	5 289	27,4
1976**	2 320	12,3	430	2,3	2 746	14,6	1 547	8,2	4 297	22,8

* Tasa por cada 1 000 nacidos vivos.

** Datos preliminares.

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

Es de todos conocido los esfuerzos que desde los primeros años de la década del 60 se hicieron en nuestro país por mejorar la atención maternoinfantil; pero no es hasta 1970 —frente a un aumento de la mortalidad infantil ocurrido en 1969— que se inicia un programa específico para reducir esta tasa.⁷⁻⁹

El presente trabajo tiene como objetivo fundamental exponer los resultados del programa, así como las medidas establecidas para reducir la mortalidad infantil en Cuba durante el transcurso de estos 7 años.

Mortalidad infantil y sus componentes

Durante el período comprendido entre los años 1970-1976 la mortalidad infantil en Cuba se redujo de 38,7 a 22,8 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, o sea, disminuyó en un 41,5%. El componente neonatal precoz experimenta una rebaja en su tasa de 18,2 a 12,3, lo que representa una reducción del 32,7%. La neonatal tardía disminuye su tasa, de 5,3 a 2,3, lo que representa un descenso del 57,2%. En general, la mortalidad neonatal reduce su tasa de 23,5 a 14,6 por cada 1 000 nacidos vivos, con un 38,3% de reducción; y por último la mortalidad posneonatal —que es el componente de la mortalidad infantil que más rápidamente baja al establecerse un programa de esta naturaleza— disminuye su tasa de 15,2 a 8,2 por cada 1 000 nacidos vivos para una reducción de un 46,5%¹⁰ (cuadro I).

Mortalidad infantil por provincia

En el cuadro II se exponen en forma detallada las cifras de mortalidad infantil alcanzadas durante el período 1970 a 1976 en las distintas provincias.¹⁰

Todas las provincias han reducido sus tasas de mortalidad infantil a partir de la ejecución del programa, lo cual plantea la consolidación que el mismo ha tenido. Los porcentajes de disminución logrados, fueron en Pinar del Río: 17,2%; La Habana: 48,3%; Matanzas: 48,7%;

Las Villas: 51,8%; Camagüey: 42,9%; Oriente Norte: 29,1%; y Oriente Sur: 42,5%.

La mortalidad neonatal precoz disminuyó en todas las provincias, excepto en Pinar del Río que fue donde aumentó ligeramente. Los porcentajes de reducción fueron más elevados en La Habana (44,6%) y en Las Villas (41,0%). La mortalidad neonatal tardía se redujo en todas las provincias, y fueron Matanzas (82,4%) y Oriente Sur (70,7%) las que mayor porcentaje de disminución alcanzaron. En relación con la mortalidad posneonatal, disminuyó en todas las provincias, y fueron Matanzas (64,9%) y Las Villas (60,6%) las que mayor porcentaje de reducción alcanzaron (cuadro III).

Principales causas de muerte

En 1976 las causas de muerte ocuparon los siguientes lugares, de acuerdo con su frecuencia: lesiones al nacer (B43) ocupó el primer lugar con una tasa de 6,8 por cada 1 000 nacidos vivos; el segundo, anomalías congénitas (B42) con una tasa de 3,9; el tercero, otras causas de mortalidad perinatal e inmadurez (B44) con una tasa de 3,2; el cuarto, influenza y neumonía (B31-B32) con una tasa de 2,7; el quinto, enteritis y otras enfermedades diarreicas agudas (B4) con una tasa de 2,1; y el sexto fue ocupado por la sepsis (B19-038,9) que registró una tasa de 1,6 por cada 1 000 nacidos vivos (cuadro IV).

Lo más importante por destacar en este cuadro es que las enteritis y otras enfermedades diarreicas agudas, que en 1970 ocupaban el tercer lugar como causa de muerte, su tasa descendió en 1976 al quinto lugar, ya que su mortalidad se redujo en un 62,4%. Las anomalías congénitas (B42), que aparecían en 6º lugar como causa de muerte en 1970 pasaron a ocupar en 1976 el 2º, manteniendo una tasa casi invariable. Todas las demás causas disminuyeron en el período analizado: lesiones al nacer: B43 (43,3%); influenza y neumonía B31-B32 (47,1%); y sepsis B19-038,9 (69,3%).⁵

CUADRO II

MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS

CUBA 1970-1976

Provincia	A Ñ O S						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976**
Pinar del Río	33,5	32,6	28,6	26,3	27,7	31,5	27,8
Habana	39,1	27,9	26,1	22,7	25,1	24,2	20,6
Matanzas	38,8	33,4	24,3	24,9	24,7	22,6	20,1
Las Villas	35,7	32,0	23,2	23,3	21,6	20,0	17,6
Camagüey	44,0	46,5	32,1	36,4	39,2	32,3	25,3
Oriente Norte	37,8	42,2	30,3	38,4	35,6	33,3	26,9
Oriente Sur	40,0	38,9	31,6	32,9	30,4	28,0	23,0
CUBA*	38,7	35,9	28,7	29,6	29,2	27,4	22,8

* Tasa por cada 1 000 nacidos vivos.

** Datos preliminares.

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

CUADRO III

PORCENTAJE DE REDUCCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES POR PROVINCIAS
CUBA 1970-1976

Provincia	Mortalidad por cada 1 000 nacidos vivos											
	Neonatal precoz			Neonatal tardía			Posneonatal			Infantil		
	1970	1976*	% de reducción	1970	1976*	% de reducción	1970	1976*	% de reducción	1970	1976*	% de reducción
Pinar del Río	17,2	17,3	—	4,5	2,1	53,9	11,6	8,4	27,9	33,5	27,8	17,2
Habana	21,5	12,0	44,6	4,9	2,1	57,7	12,6	6,5	48,9	39,1	20,6	48,3
Matanzas	16,8	13,4	20,4	6,5	1,2	82,4	15,4	5,5	64,9	38,8	20,1	48,7
Las Villas	18,7	11,1	41,0	4,5	1,5	67,3	12,5	5,0	60,6	35,7	17,6	51,8
Camagüey	19,7	12,6	36,4	3,8	3,7	2,7	20,5	9,0	56,7	44,0	25,3	42,9
Oriente Norte	18,2	13,1	28,3	6,3	2,9	54,5	13,3	10,9	18,2	37,8	26,9	29,1
Oriente Sur	14,6	11,1	24,0	7,0	2,1	70,7	18,5	9,8	47,5	40,0	23,0	42,5
CUBA	18,2	12,3	32,7	5,3	2,3	57,2	15,2	8,2	46,5	38,7	22,8	41,5

* Datos preliminares.

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

CUADRO IV

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE 1 AÑO CUBA 1970-1976

Causa	1970		1971		1972		1973		1974		1975		1976**	
	Defun- ción	Tasa*												
Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afeccio- nes anóxicas (B43)	2 237	9,4	2 431	9,5	2 143	8,6	1 945	8,6	1 669	8,2	1 524	7,9	1 286	6,8
Otras causas de mortali- dad perinatal e inmatu- ridad (B44)	1 325	5,6	1 299	5,1	1 127	4,5	999	4,4	973	4,8	826	4,3	600	3,2
Anomalias congénitas (B42)	907	3,8	945	3,7	953	3,8	868	3,8	832	4,1	820	4,2	742	3,9
Influenza y neumonia (B31- B32)	1 202	5,1	1 186	4,6	750	3,0	713	3,2	695	3,4	636	3,3	505	2,7
Enteritis y otras enferme- dades diarreicas (B4)	1 308	5,5	1 302	5,1	706	2,8	724	3,2	605	3,0	507	2,6	393	2,1
Sepsis (B19 038.9)	1 212	5,1	1 160	4,5	687	2,8	666	2,9	450	2,2	355	1,8	292	1,6
Las demás causas	982	4,1	878	3,4	763	3,1	771	3,4	711	3,5	622	3,2	474	2,5
Total	9 173	38,7	9 201	35,9	7 129	28,7	6 685	29,6	5 935	29,2	5 289	27,4	4 292	22,8

* Tasa por cada 1 000 nacidos vivos.

** Datos preliminares.

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

Consultas a menores de 1 año

La consulta de puericultura ha sido un instrumento de gran efectividad en la disminución de la mortalidad infantil. El cuadro V muestra, cómo éstas han ido aumentando, mientras las de pediatría general disminuyen ligeramente. El incremento que se ha obtenido en las consultas de menores de 1 año ha sido basado en consultas a niños sanos. El promedio de controles a niños sanos aumentó de 2,7 en 1970 a 6,4 en 1976. El promedio de consultas en general por niño menor de 1 año aumentó de 7,4 en 1970 a 10,1 en 1975.¹⁰⁻¹²

Consultas a embarazadas

Otro elemento fundamental para disminuir la mortalidad infantil ha sido el aumento cuantitativo y cualitativo de las consultas de obstetricia.¹³ En el cuadro VI se expone el incremento alcanzado en las consultas de obstetricia por partos, que como promedio se elevaron de 1,0 a 9,3 en el período evaluado.

Parto en institución

La institucionalización del parto ha repercutido de manera decisiva en la mortalidad infantil y perinatal. Ello ha requerido grandes esfuerzos y recursos. En el cuadro VII se observa en detalle cómo ha evolucionado el parto en institución a partir de que fue ejecutado el programa de reducción de la mortalidad infantil, ya que el mismo se incrementó de 91,5% en 1970 a un 97,8% en 1976.¹⁰

Elementos que han contribuido a disminuir la mortalidad infantil en Cuba

Entre los elementos que han contribuido a disminuir la mortalidad infantil podemos señalar los siguientes:

1. Los cambios políticos y socioeconómicos que han tenido lugar en Cuba a partir de 1959.

2. El incremento del nivel de vida y la mejoría del estado nutricional de la población.
3. La elevación del nivel educacional de todo nuestro pueblo.
4. El establecimiento de un sistema nacional de salud que permite dar una cobertura a todo el país.
5. La ejecución de un programa para reducir la mortalidad infantil.
6. El incremento de los recursos humanos para la atención materno-infantil (pediatras, obstetras, enfermeras y técnicos) y de los recursos materiales (hospitales, camas pediátricas y obstétricas, equipos, etc.) así como su distribución priorizada en las zonas más apartadas de la nación.
7. El establecimiento de las normas de pediatría y obstetricia.
8. La mejoría en el control higiénico epidemiológico en los servicios de enfermedades diarreicas agudas y neonatología y bancos de leche.¹⁵
9. La eliminación del hacinamiento en las salas de pediatría.
10. La reducción de las infecciones cruzadas en los servicios de enfermedades diarreicas agudas y neonatología, al incorporar el uso de material desechable y mejorar la calidad del personal de enfermería.
11. El desarrollo de los comités de infecciones en todos los hospitales.
12. El establecimiento de la madreacompañante en todos los servicios pediátricos.
13. El aumento en el conocimiento de nuestro personal médico y de enfermería, acerca de las medidas higiénicas que deben considerarse en casos de enfermedad diarreica o respiratoria aguda.
14. La mejoría cualitativa y cuantitativa de la atención materno-infantil:
 - mejoría en la atención prenatal al priorizar el alto riesgo

CUADRO V

CONSULTAS A MENORES DE 1 AÑO
 CUBA 1970-1976

Año	Población (Nacidos vivos) estimados	Consultas a menores de 1 año				Total	
		Puericultura		Pediatria general			
		No.	Promedio por niño	No.	Promedio por niño		
1970	237 019	647 445	2,7	1 116 969	4,7	1 764 414	7,4
1971	256 014	845 404	3,3	1 139 989	4,4	1 985 393	7,7
1972	247 997	1 072 939	4,3	1 097 264	4,4	2 170 203	8,7
1973	226 005	1 121 895	5,0	1 026 621	4,5	2 148 516	9,5
1974	203 066	1 138 043	5,6	843 048	4,2	1 981 091	9,8
1975	192 941	1 140 056	6,0	808 684	4,1	1 948 740	10,1
1976*	188 118	1 209 476	6,4

... Dato no disponible.

* Datos preliminares.

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

CUADRO VI

CONSULTAS DE OBSTETRICIA POR PARTO
CUBA 1970 - 1976

Año	Consulta a embarazada	
	Total	Por parto %
1970	1 544 780	7,0
1971	1 787 115	7,2
1972	1 976 982	8,0
1973	1 909 086	8,5
1974	1 810 091	9,0
1975	1 840 119	9,6
1976*	1 716 171	9,3

* Datos preliminares.

Fuente: Informes anuales de mortalidad infantil de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

- incremento de los hogares maternos
- hospitalización precoz de la mujer embarazada
- jerarquización de la atención del parto por el personal de mayor calificación
- establecimiento de las normas de atención al recién nacido en los salones de parto
- mejoría de los servicios de neonatología, al formarse un personal especializado en recién nacidos y prematuros (pediatras y enfermeras) y la incorporación de nuevas técnicas como: cuidados intensivos neonatales; fototerapia y presión positiva continua
- creación de laboratorios de ultramicrométodos y gasometría en las maternidades y hospitales infantiles provinciales
- establecimiento de los comités de mortalidad perinatal en las maternidades y hospitales con servicios de obstetricia.¹⁴

CUADRO VII

NACIDOS VIVOS EN INSTITUCION
CUBA 1970-1976

Año	Nacidos vivos	
	Institucionales	%
1970	216 926	91,5
1971	243 188	95,8
1972	242 078	97,6
1973	221 522	98,0
1974	198 256	97,6
1975	190 356	98,7
1976*	183 932	97,8

* Datos preliminares.

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

15. La priorización del paciente malnutrido:
 - seguimiento en el área de salud por el personal de terreno
 - hospitalización precoz de todo niño malnutrido que acuda a los servicios de urgencia con una enfermedad diarreica o respiratoria aguda.
16. El incremento de las consultas de puericultura, lo que permite que a la madre se le brinde orientación acerca de la alimentación de su hijo y se le indique la inmunización correspondiente al primer año de vida.
17. El establecimiento de las consultas de seguimiento de los niños egresados de salas de enfermedad diarreica o respiratoria aguda.
18. Las campañas anuales de vacunación nacional contra la poliomiélitis con vacuna oral (caramelo).
19. El uso racional de los antibióticos y quimioterápicos en las salas de lactantes.

20. La educación sanitaria de la población promovida por las organizaciones de masa: Comités de Defensa de la Revolución (CDR); Federación de Mujeres Cubanas (FMC); Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP); y por la Confederación de Trabajadores de Cuba (CTC), a través de sus sindicatos.
21. La aplicación de un nuevo modelo de atención primaria en el policlínico de la comunidad, que establece que un pediatra atienda un promedio de 2 500 niños menores de 15 años y que un ginecobstetra atienda a una población de 3 000 a 4 000 mujeres en edad fértil y que tiene como elementos esenciales que la atención médica sea integral, sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada, en equipo, y con

la participación activa de la comunidad.¹⁶

Existen muchas otras medidas puestas en práctica a lo largo de estos 7 años, pero creemos que éstas han sido las que han influido de manera decisiva en reducir la mortalidad infantil.

Consideramos que la mortalidad infantil es reducible siempre que exista la disposición de instrumentar un programa coherente con actividades encaminadas a controlar desde el punto de vista administrativo y técnico toda una gama de problemas que inciden en la misma.

Esperamos que los elementos descritos en el presente trabajo puedan servir a pediatras y administradores de salud para poner en ejecución programas similares en otros países.

SUMMARY

Riverón Corteguera, R. et al. *Infantile mortality in Cuba: Analysis of the program aimed to its reduction (1970-1976)*. Rev Cub Ped 49: 5, 1977.

The results of the program for the reduction of infantile mortality which started in 1970 are analyzed. Infantile mortality decreased from 38.7/1000 children born alive in 1970 to 22.8/1000 children born alive in 1976 (41.5% reduction). Early neonatal mortality decreased from 18.2/1000 children born alive to 12.3/1000 children born alive (32.7% reduction). Late neonatal mortality decreased from 5.3/1000 children born alive to 2.3/1000 children born alive (57.2% reduction). Postnatal mortality decreased from 15.2/1000 children born alive to 8.2/1000 children born alive (46.5% reduction). Infantile mortality in the different provinces is exposed, and the order of the main causes of death is emphasized. It was: 1) Perinatal affections (B43-B44); 2) Congenital anomalies (B42); 3) Influenza and pneumonia (B31-B32); 4) Enteritis and other acute diarrheal diseases (B4); and 5) Sepsis (A21). In the puericulture service, the average number of consultations per each child under one year old increased from 2.7 to 6.7. Institutional births rate increased from 93.3% to 97.8%. Measures adopted in order to achieve these rates are pointed out.

RESUME

Riverón Corteguera, R. et al. *Mortalité infantile à Cuba: analyse du programme pour sa réduction (1970-1976)*. Rev Cub Ped 49: 5, 1977.

Les auteurs analysent les résultats du programme de réduction de la mortalité infantile qui a commencé en 1970. La mortalité a été réduite de 38,7 en 1970 à 22,8 par 1 000 nés vivants en 1976, pour un 41,5% de diminution. La mortalité néonatale précoce a diminué de 18,2 à 12,3 par 1 000 nés vivants, pour une diminution de 32,7%; la néonatale tardive a descendu de 5,3 à 2,3 par 1 000 nés vivants, ce qui constitue une réduction de 57,2%; la post-néonatale a été réduite de 15,2 à 8,2 par 1 000 nés vivants, pour une réduction de 46,5%. On expose la mortalité infantile d'après les différentes provinces et on souligne l'ordre dans lequel se groupent les principales causes de mort: 1. Affections périnatales (B43-B44); 2e Anomalies congénitales (B42); 3e Grippe et pneumonie (B31-B32); 4e Entérite et d'autres maladies diarrhéiques aiguës (B4); et 5e Sepsis (A21). La moyenne de consultations de puériculture par enfant âgé de moins d'un an a augmenté de 2,7 à 6,7. Les naissances institutionnelles ont augmenté de 93,3% à 97,8%. On établit les mesures mises en pratique pour atteindre ces indicateurs.