

## MORTALIDAD INFANTIL EN CUBA, EN EL DECENIO 1970-1979

Raúl Riverón Corteguera,<sup>1</sup> José A. Gutiérrez Muñiz<sup>2</sup> y Francisco Valdés Lazo<sup>3</sup>

*Con anterioridad a 1959 y durante los primeros años del decenio de 1960, las cifras existentes sobre mortalidad infantil en Cuba eran poco fidedignas. Sin embargo, debido a sucesivas mejoras en la consecución de los datos, desde 1968 se han comenzado a conocer en detalle los distintos componentes de la mortalidad infantil y se han precisado las causas de muerte.*

### Introducción

La mortalidad infantil no sólo revela las condiciones de salud de una población sino que, al relacionarse con diferentes factores tales como nutrición, condiciones higiénico-epidemiológicas, atención médica materno-infantil, vivienda, etc., constituye asimismo un indicador del nivel de vida de la población y del desarrollo socioeconómico de un país. Sin embargo, antes de 1959 y durante los primeros años del decenio de 1960, los datos existentes sobre la mortalidad infantil en Cuba eran poco fidedignos, ya que había un marcado subregistro del número de defunciones y de nacidos vivos. Durante ese período se consideraba nacido vivo al recién nacido que sobrevivía 24 h, y en las zonas rurales se desconocía el registro tanto de las defunciones como de los nacimientos. En 1965, se adoptó la definición de nacido vivo propuesta por la Organización Mundial de la Salud y se alcanzó una cobertura aceptable en personal de estadísticas, al

mismo tiempo que se obtuvieron datos más fidedignos; no obstante, no es sino hasta 1968 cuando se comienzan a conocer en detalle los distintos componentes de la mortalidad infantil y se precisan las diferentes causas de muerte (1).

En 1969 se consignó la cifra más alta de mortalidad infantil registrada desde 1959, ya que en ese año ocurrieron 11 499 defunciones en menores de un año, y la tasa ascendió a 46,7 por cada 1 000 nacidos vivos. El incremento en las defunciones entre menores de un año se atribuyó a una doble alza en la morbimortalidad por las enfermedades diarreicas, como también por las respiratorias agudas, que coincidieron con una epidemia de influenza por virus A<sub>2</sub> Hong Kong. Debido a esta modificación en el curso decreciente que presentaba la mortalidad infantil, se decidió analizar su estructura y sus causas, como asimismo el cuadro de salud en menores de un año. El resultado indicó que el 80,0% de las defunciones en estos niños podían atribuirse a seis grandes rubros: afecciones perinatales, enteritis y otras enfermedades diarreicas agudas, influenza y neumonía, sepsis y anomalías congénitas. La desnutrición, si bien no se manifestaba como causa directa, aparecía como factor subyacente en un número considerable de defunciones (2-4).

<sup>1</sup> Grupo Nacional de Pediatría, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

<sup>2</sup> Departamento de Crecimiento y Desarrollo Humano, Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana.

<sup>3</sup> Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública, La Habana.

Conocido en parte el fenómeno, se elaboró un programa orientado a reducir la mortalidad infantil, iniciado durante la primera mitad de 1970, en las provincias orientales y que posteriormente se extendió al resto del país, hasta convertirse en un programa nacional al que el Ministerio de Salud Pública otorgó amplia prioridad (5).

### Factores incidentes en la reducción de la mortalidad infantil

Durante el decenio de 1970 el Ministerio se ha ocupado en el perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud y sin duda uno de los niveles donde más se ha trabajado, es el correspondiente a la atención materno-infantil. Entre los factores que han contribuido a mejorar la atención de la madre y el niño en esta etapa y por tanto a reducir la mortalidad infantil, se pueden mencionar los siguientes:

- Mejoría del estado nutricional de la población, al asegurar la posibilidad de adquirir alimentos y distribuirlos en forma equitativa.

- Mayor nivel de educación de la población, que repercute de manera directa en la salud y muy particularmente en todo lo relacionado con la madre y el niño.

- Amplias posibilidades de trabajo, sin existencia del desempleo como fenómeno social, con la consiguiente estabilidad económica para la familia, que repercute en la salud.

- Mejoramiento de las condiciones de vivienda, con la desaparición de barrios insalubres y construcción de viviendas en zonas urbanas y de nuevas comunidades en las zonas rurales.

- Mejor educación en salud para las madres, mediante consultas prenatales y de puericultura en los policlínicos, debates de salud en la Federación de Mujeres Cubanas, audiencias de salud en los Comités de Defensa de la Revolución, y por los medios masivos de comunicación.

- Presencia de la madre como acompañante en todas las salas de pediatría de hospitales, justificada tanto por las ventajas de una mejor relación con el hijo, como por la enseñanza en salud que adquiere la madre (6).

- Mayor nivel inmunitario de la población, con especial interés en la población infantil, al aplicarse las vacunas BCG, antipoliomielítica, triple (toxoides-diftérico-tetánico con vacuna antipertussis); antirampionosa, toxoide-diftérico-tetánico y el toxoide tetánico, entre otras (7).

- Mayores recursos humanos profesionales y técnicos, tanto en cantidad como en calidad, por aumento del número de especialistas en pediatría y ginecología, con una distribución proporcional; y mejoramiento sustancial de los servicios ofrecidos a la población, por parte de enfermeras y otros técnicos medios (8).

- Mejor calidad de los servicios pediátricos al aumentar el personal y desaparecer el hacinamiento.

- Implantación de la reanimación al recién nacido en las salas de parto de todas las unidades obstétricas del país (2, 9).

- Modernización de los servicios de neonatología en hospitales de maternidad (servicios cerrados) y hospitales pediátricos (servicios abiertos) con incubadoras de cuidados especiales y servocontrol, cunas térmicas, monitores, equipos de fototerapia y de presión positiva, uso de microtécnicas y de gasometría en todas las provincias; conjuntamente se iniciaron cursos posbásicos de enfermería especializada en neonatología y la ubicación de pediatras especializados en neonatología (10, 11).

- Elaboración de normas de pediatría y obstetricia, a fin de uniformar el diagnóstico y tratamiento de las principales entidades nosológicas, como también la organización de los servicios en ambas especialidades (12, 13).

- Creación de hogares maternos en las zonas más apartadas del país, con el propósito inicial de fomentar el parto institu-

cional; con posterioridad se convirtieron en un medio de educación en salud y de prevención de la prematuridad (14).

- Divulgación incorporada al programa de atención a la mujer de métodos anti-conceptivos existentes en el país: DIU, (anillos, asa de Lippe, T de cobre) diafragmas, condón y anticonceptivos orales para regular la fecundidad (15).

### *Obstetricia*

Asimismo, se llevó a cabo una tarea de perfeccionamiento del trabajo en obstetricia (16) en todo el país, en los siguientes términos:

- Coordinación entre el obstetra y el pediatra en la atención materno-infantil.
- Captación precoz de la embarazada en la consulta prenatal, de manera que se la educara en su futura función de madre y a la vez se detectaran factores de riesgo.
- Detección del riesgo obstétrico con prioridad para el verdadero alto riesgo.
- Incremento del parto hospitalario y de las consultas obstétricas.
- Establecimiento de normas para el control higiénico-epidemiológico en las salas de partos, con condiciones similares a las de las salas quirúrgicas.
- Reanimación del recién nacido en el interior de la sala de partos o en una dependencia habilitada para ello.
- Modernización de la atención del parto, mediante técnicas de diagnóstico tales como equipos de ultrasonido, monitoreo del parto, desde su ingreso a parto, uso de gasometría y equipos de microtécnica.

### *Enfermedades diarreicas agudas*

Además de los ya mencionados, otro factor importante lo constituyó la reducción de la morbimortalidad por estas enfermedades, mediante actividades diversas (17-19) indicadas a continuación.

- Se independizaron los servicios de enfermedades diarreicas agudas del resto de las enfermedades infantiles y se crearon las condiciones para un servicio de enfermedades infectocontagiosas.

- Se destinó el 30% de las camas pediátricas de todo el país a las enfermedades diarreicas agudas.

- Se concedió prioridad a la consulta e ingreso de todo niño con enfermedad diarreica aguda que presentara algún signo de desnutrición.

- Se dispuso que el paciente con enfermedad diarreica aguda en cualquier parte del país, tanto en zonas urbanas como rurales, fuera atendido por el personal de mayor calificación científica disponible, para garantizar su óptima atención.

- Se eliminaron las salas de hidratación en los servicios de urgencia y se dispuso el ingreso de todo niño que requiriera hidratación.

- Se dispuso el control de focos de enfermedades diarreicas agudas, el establecimiento en todos los hospitales pediátricos o con servicios de pediatría de comisiones de gastroenteritis que analizaban mensualmente, con la dirección de los hospitales, todo lo referente a los servicios, material utilizado, medicamentos, venoclisis, etc.

- Se establecieron criterios para el uso de medicamentos en las salas de enfermedades diarreicas agudas.

Durante los últimos años de trabajo en programa, se han considerado éstos y muchos otros elementos para reducir la mortalidad infantil en Cuba. Sin embargo, dado lo extenso de su enumeración, convendrá limitarse a analizar los resultados obtenidos en el transcurso de 1970 a 1979.

### **Mortalidad infantil**

En 1970, se registraron 9 173 defunciones en menores de un año, que correspondieron al 17,1% del total de muertes

**CUADRO 1—Porcentaje de participación de las defunciones en menores de un año de edad, en relación al total. Cuba, 1970-1979.**

Años	Defunciones		% de participación en total de defunciones
	Todas las edades	Menores de un año	
1970	53 761	9 173	17,1
1971	52 299	9 355	17,9
1972	49 447	7 129	14,4
1973	51 026	6 687	13,5
1974	52 909	5 946	11,2
1975	50 961	5 299	10,4
1976	52 914	4 370	8,3
1977	55 967	4 225	7,5
1978	55 949	3 313	6,0
1979	54 837	2 773	5,1

Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

por todas las edades (cuadro 1). Esta cifra se elevó en 1971, para iniciar luego un descenso continuado hasta 1979, cuando en todo el territorio nacional se registraron 2 773 defunciones en menores de un año que representaron el 5,1% de todas las muertes ocurridas ese año. Al analizar la mortalidad infantil (cuadro 2) se tomaron en cuenta los siguientes períodos: neonatal precoz (0 a 6 días), neonatal tardío (7 a 27

días) y el posneonatal (28 días a 11 meses).

El período de la mortalidad infantil donde más difícil resulta reducir la morbimortalidad es el neonatal precoz, muy relacionado con el trabajo del ginecobstetra durante el embarazo y el momento del parto. La mortalidad sólo se reduciría mediante inversiones y recursos considerables, pues se vincula con fenómenos tales como anoxia, inmaduridad y bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y enfermedades de la madre que influyen sobre la salud del feto. En el período analizado la tasa de la mortalidad neonatal precoz se redujo de 17,7 en 1970 a 11,3 defunciones por 1 000 nacidos vivos en 1979, con una disminución de 36,2%.

El neonatal tardío es un período muy relacionado con el desarrollo existente en los servicios de neonatología, y durante esta época también resulta difícil reducir la mortalidad. Las infecciones cruzadas, sepsis y malformaciones congénitas en quienes sobrevivieron los primeros siete días, constituyen las causas principales de muerte. En el decenio, la tasa de mortalidad neonatal tardía se redujo de 6,1 en 1970 a 2,0 por 1 000 nacidos vivos en 1979, con una disminución de 67,2%.

Así como en los períodos neonatal pre-

**CUADRO 2—Tasas de mortalidad Infantil, por 1 000 nacidos vivos, según componentes. Cuba, 1970-1979.**

Años	0-6 días		7-27 días		28 días-11 meses		Menores de un año	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
1970	4 192	17,7	1 434	6,1	3 547	15,0	9 173	38,8
1971	4 255	16,6	1 484	5,8	3 616	14,1	9 355	36,5
1972	3 886	15,6	866	3,5	2 377	9,6	7 129	28,7
1973	3 593	15,9	780	3,5	2 315	10,2	6 687	29,6
1974	3 224	15,9	600	3,0	2 122	10,4	5 946	29,3
1975	2 863	14,8	495	2,6	1 941	10,1	5 299	27,5
1976	2 327	12,4	504	2,7	1 539	8,2	4 370	23,3
1977	2 167	12,8	432	2,6	1 626	9,6	4 225	25,0
1978	1 810	12,2	339	2,3	1 164	7,8	3 313	22,3
1979	1 611	11,3	290	2,0	872	6,1	2 773	19,3

Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

**CUADRO 3—Tasas anuales de mortalidad infantil, por 1 000 nacidos vivos, según su distribución por provincias. Cuba, 1970-1979.**

Provincias	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978 <sup>a</sup>	1979 <sup>a</sup>
Pinar del Río	33,5	34,2	27,4	28,8	23,6	27,6	24,8	29,2	26,1	20,4
Provincia Habana	36,9	32,7	28,7	26,1	33,3	29,9	22,2	18,9	17,8	19,0
Ciudad de La Habana	39,5	26,4	23,9	21,7	24,7	24,6	19,9	21,4	18,0	16,2
Matanzas	38,7	35,8	23,0	23,7	24,6	22,5	20,9	22,5	18,7	14,9
Villa Clara	34,9	30,4	21,3	21,9	18,6	17,7	17,0	17,0	17,0	15,6
Cienfuegos	38,1	34,8	28,8	21,3	23,0	20,3	16,9	18,2	20,2	17,2
Sancti Spíritus	35,8	39,2	27,0	22,9	24,3	21,2	17,9	18,0	21,0	20,5
Ciego de Avila	40,3	44,7	26,6	35,2	40,7	32,5	25,9	23,2	19,0	20,2
Camagüey	43,1	48,9	35,2	36,4	40,7	34,7	26,1	27,1	22,7	18,3
Las Tunas	36,8	50,8	36,6	29,0	31,0	34,3	25,2	28,3	24,3	26,1
Holguín	38,3	46,4	30,1	33,5	34,1	28,6	25,2	30,7	29,8	18,5
Granma	45,7	42,1	34,4	37,8	33,1	26,7	24,3	28,9	26,7	23,9
Santiago de Cuba	36,3	33,6	26,1	31,3	28,2	27,9	23,2	28,8	23,4	19,5
Guantánamo	41,8	45,6	36,0	34,6	29,6	25,9	23,3	24,2	23,8	24,1
Isla de la Juventud	51,1	53,6	28,9	46,5	28,0	21,1	21,8	21,8	29,9	14,7
Total Cuba	38,8	36,5	28,7	29,6	29,3	27,5	23,3	25,0	22,3	19,4

<sup>a</sup> Datos provisionales.

Fuente: Comité Estatal de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba 1977. Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

coz y tardío la mortalidad depende sobre todo de factores relacionados con el trabajo obstétrico, en el posneonatal se relaciona con fenómenos del ambiente del lactante, en particular con las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, del mismo modo que con problemas nutricionales. Este tipo de mortalidad se redujo de 15,0 en 1970 a 6,1 por cada 1 000 nacidos vivos en 1979, con una disminución de 59,3%.

En total, las defunciones de menores de un año se redujeron de 9 173 en 1970 a 2 773 en 1979 y la tasa descendió de 38,8 por 1 000 nacidos vivos, a 19,3 con una disminución de 50,0% en el decenio.

### Mortalidad infantil por provincias

Antes de analizar la mortalidad infantil según esta distribución, conviene señalar que hasta 1976, cuando se estableció la nueva división político administrativa del país, sólo existían en Cuba seis provincias. A partir de esta fecha se establecieron 14

provincias y el Municipio Especial de la Isla de la Juventud. Sin embargo, a pesar de la nueva división político administrativa, las antiguas provincias han mantenido un mayor número de recursos tanto humanos como materiales (camas, instituciones, equipos, etc.). Por tal razón, durante los últimos años se ha otorgado prioridad a las nuevas provincias con el propósito de eliminar diferencias, sobre todo en recursos humanos y camas.

En cuanto a las provincias que alcanzaron tasas más bajas de mortalidad infantil al finalizar el decenio, con cifras inferiores a 20,0 por cada 1 000 nacidos vivos, fueron Isla de la Juventud (14,7), Matanzas (14,9), Villa Clara (15,6), ciudad de La Habana (16,2), Cienfuegos (17,2), Camagüey (18,3), Holguín (18,5), Provincia Habana (19,0) y Santiago de Cuba (19,5). Las mayores tasas se registraron en Las Tunas (26,1), Guantánamo (24,1), Granma (23,9), Sancti Spíritus (20,5), Pinar del Río (20,4) y Ciego de Avila (20,2). En resumen, en ocho provincias y el Municipio Especial de la Isla de la Juventud las tasas fueron

**CUADRO 4—Principales causas de mortalidad infantil, según Lista A de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Cuba, 1970-1978.**

No.	Causas	Tasa por 1 000 nacidos vivos									
		1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	
1	Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte (A134)	6,6	7,4	6,4	6,9	6,6	6,2	4,6	4,0	4,2	
2	Anomalías congénitas (A126- A130)	3,6	3,7	3,6	3,8	4,1	4,3	4,0	3,9	3,8	
3	Influenza y neumonías con inclusión de víricas (A89- A92)	5,3	4,9	3,1	3,3	3,6	3,5	3,1	3,8	3,0	
4	Otras causas de morbimortalidad perinatales (A135)	5,3	4,2	3,9	3,4	3,7	3,4	3,1	3,3	2,6	
5	Lesiones al nacer y partos distócicos (A131)	2,0	2,1	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	
6	Enteritis y otras enfermedades diarreicas (A5)	5,6	5,1	2,8	3,2	3,0	2,6	2,0	2,6	1,6	
7	Otras enfermedades bacterianas, sepsis (A21)	5,0	4,5	2,7	2,9	2,2	1,8	1,5	1,5	1,2	
8	Afecciones de la placenta y del cordón umbilical (A132)	0,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,6	0,5	0,9	0,9	
9	Accidentes (AE138-AE146)	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,6	0,7	0,7	
10	Meningitis (A72)	0,9	0,8	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	
11	Obstrucción intestinal y hernias (A101)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
12	Enfermedad hemolítica del recién nacido (A133)	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	
13	Otras formas de enfermedad del corazón (A84)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	
14	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (A65)	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	
15	Otras enfermedades del SNC y de los órganos de los sentidos (A79)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
16	Síntomas y estados morbosos mal definidos (A137)	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	
17	Homicidios (AE148)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
18	Otras enfermedades de aparato digestivo (A104)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
19	Otras enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo (A66)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
20	Bronquitis, enfisema y asma (A93)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	
	Otras	1,5	1,3	1,5	0,1	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5	
	<b>Total</b>	<b>38,8</b>	<b>36,5</b>	<b>28,7</b>	<b>29,6</b>	<b>29,3</b>	<b>27,5</b>	<b>23,3</b>	<b>25,0</b>	<b>22,3</b>	

Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública de Cuba a la Oficina Panamericana de la Salud, 1970-1978.

menores de 20,0 y en seis provincias resultaron mayores; de estas últimas, cinco son provincias nuevas y sólo una antigua (cuadro 3).

Independientemente de las tasas alcanzadas, las provincias donde se obtuvo un mayor porcentaje de reducción en el decenio fueron Isla de la Juventud (71,4%), Matanzas (61,4%), ciudad de La Habana (59,0%), Camagüey (57,5%), Villa Clara (55,3%), Cienfuegos (54,6%) y Holguín (51,7%). Las provincias donde se obtuvo un menor porcentaje de reducción fueron Las Tunas (28,5%), Pinar del Río (39,1%), Guantánamo (42,3%), Sancti

Spíritus (42,7%), Santiago de Cuba (46,3%), Granma (47,7%), Provincia Habana (48,5%) y Ciego de Avila (49,9%). No obstante, conviene destacar que todas las provincias disminuyeron en forma considerable su tasa de mortalidad infantil, hecho indicativo de que el programa elaborado para su reducción cumplió ampliamente su cometido.

### Principales causas de muerte

A fin de precisar con más detalle las causas de defunciones en menores de un

año y adoptar medidas para disminuirlas, se analizaron las primeras 20, según lista A de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (20). No se han incluido los datos correspondientes a 1979, por falta de disponibilidad debido a que aún se encuentran en procesamiento.

Tal como puede observarse en el cuadro 4, durante todo el período las afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas se mantuvieron en el primer lugar de las causas de muerte, aunque su tasa se redujo de 6,6 en 1970 a 4,2 por 1 000 nacidos vivos en 1978, con una disminución en la mortalidad de 36,3%. Las anomalías congénitas (A126-A130) que al inicio del decenio ocupaban el sexto lugar como causa de muerte, se colocaron en segundo lugar como producto de la reducción experimentada por las demás causas, ya que el aumento fue de 3,6 en 1970 a 3,8 por 1 000 nacidos vivos en 1978, con un incremento de 5,5%. La influenza y neumonías (A89-A92) que ocupaban la tercera causa de muerte al inicio del período, se mantuvieron en el mismo lugar a pesar de haber reducido su tasa de 5,3 en 1970 a 3,0 por 1 000 nacidos vivos en 1978, con una disminución de 43,4%. El cuarto lugar lo ocupaban otras causas de morbimortalidad perinatal (A135) que se mantuvieron en el mismo sitio, a pesar de haber reducido su tasa de 5,3 en 1970 a 2,6 por 1 000 nacidos vivos en 1978, con una disminución del 50,9%. En quinto lugar se encontraron las lesiones al nacer y partos distócicos (A131), que descendieron de 2,0 en 1970 a 1,8 por 1 000 nacidos vivos en 1978, con una disminución de 10,0%.

En cuanto a la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas y sepsis, constituye un resultado del mejoramiento en el trabajo pediátrico y es uno de los principales logros obtenidos en el decenio. En 1970, las enfermedades diarreicas agudas ocupaban el segundo lugar como causa de muerte en menores de un año con una tasa de 5,6 por 1 000 nacidos vivos; al

finalizar 1978 habían descendido al sexto, con una tasa de 1,6 y una reducción en su mortalidad de 71,4%. La sepsis (A21) que en 1970 ocupaba el quinto lugar con una tasa de 5,0 por 1 000 nacidos vivos, en 1978 pasó a ocupar el séptimo, con una tasa de 1,2 y un descenso de 76,0%.

El resto de las causas de muerte también se presenta en el cuadro 4, donde se observan ligeros aumentos y reducciones en el transcurso del decenio; en algunas enfermedades las tasas son tan bajas que apenas si resulta útil su análisis, pero se consideró su inclusión para conocer el orden en que aparecen como causas de mortalidad infantil.

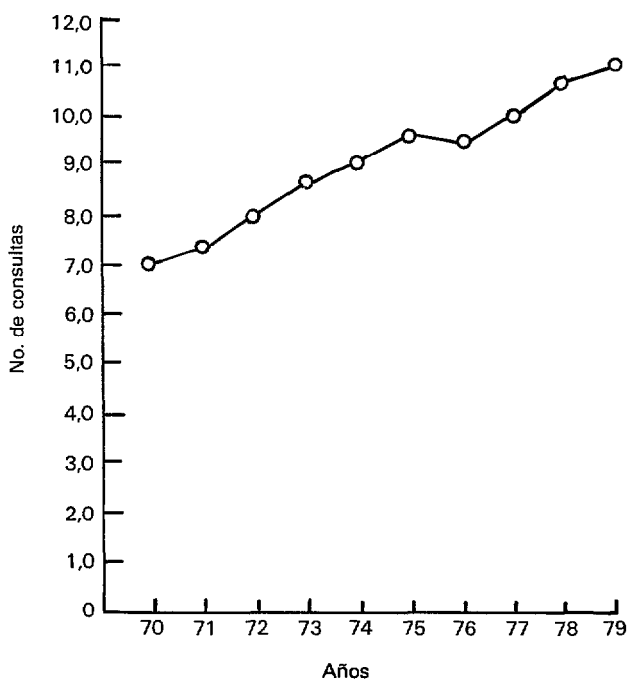
### Consultas a embarazadas

En la figura 1 se presenta el número de consultas por parto a mujeres embarazadas durante todo el decenio. En 1970 se realizaron siete consultas de obstetricia por cada parto y, con posterioridad, esta cifra aumentó en forma progresiva hasta alcanzar 11 consultas por parto, en 1979. Este número unido a la elevación de su calidad, han mejorado considerablemente la atención obstétrica y por tanto se produjo una reducción apreciable en la mortalidad perinatal. Hay que tener en cuenta además que en los casos de alto riesgo obstétrico, la cifra de 11 consultas por parto aumenta aún más. Esto permitió que en 1979 se alcanzase que el 98,3% de los partos tuvieran lugar en instituciones, lo que es uno de los índices más altos del Continente.

### Control de niños sanos

En la figura 2 puede observarse el incremento alcanzado en el promedio de consultas a niños sanos menores de un año. A fines del decenio de 1960 se implantó la consulta de puericultura, que aumentó hasta alcanzar en 1970 la cifra de 1,8 con-

**FIGURA 1—Número de consultas por parto a embarazadas en Cuba, 1970-1979.**



Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

sultas por niño. Con la ejecución del programa de reducción de mortalidad infantil, esta cifra se elevó de manera constante hasta 1976 en que disminuyó ligeramente, para elevarse luego a 6,7 consultas por cada niño sano menor de un año. Mediante el programa de atención integral al niño se trata de realizar un máximo de siete consultas por niño como promedio anualmente. Este tipo de consulta a niños sanos es sumamente importante, ya que permite evaluar con periodicidad su crecimiento y desarrollo, administrar las inmunizaciones fundamentales para el primer año de vida, como también orientar la alimentación y las principales medidas de salud.

### Natalidad

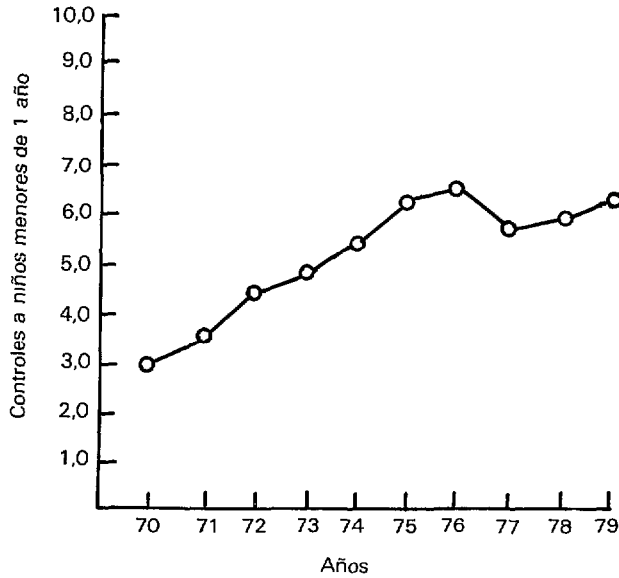
Como parte integral del programa ma-

ternoinfantil, se incorporaron actividades de planeamiento familiar, teniendo en cuenta el espaciamiento de los embarazos y la posibilidad de limitar el número de hijos según los intereses y deseos de cada pareja, ya que tanto éste como otros factores no podían considerarse ajenos a un programa de extensa proyección. Dado que constituían partes integrantes del programa, las actividades de planeamiento fueron realizadas por el mismo personal y en conjunto con la consulta de ginecología en todas las unidades del sistema de salud. En forma gratuita, se pusieron a disposición de cada pareja los medios más modernos de anticoncepción, así como los demás servicios de salud.

En los primeros años del decenio de 1960, se produjo un aumento brusco de la natalidad que llegó a alcanzar una tasa de 34,0 por cada 1 000 habitantes, en 1965



**FIGURA 2—Controles promedio a niños sanos menores de un año en Cuba, 1970-1979.**

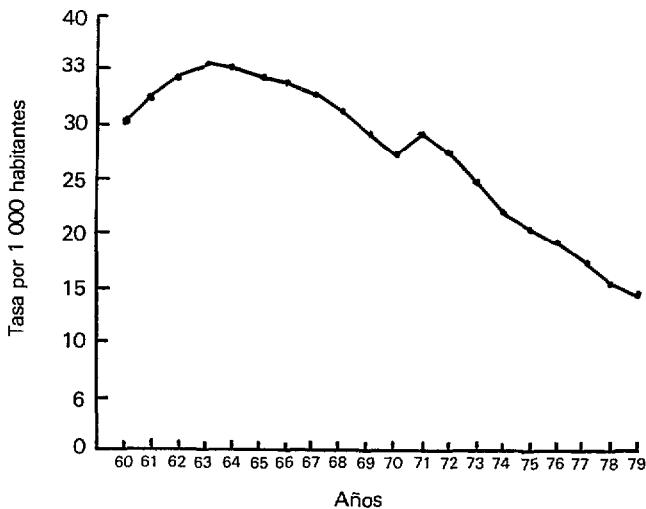


Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

(figura 3). A partir de esta fecha ha decrecido en forma paulatina aunque más acentuada en los últimos años, hasta que en 1979 se registró la cifra de 14,7 por cada 1 000 habitantes. Al respecto, puede afir-

marse que tanto estos resultados como los anteriores son básicamente el producto de los altos niveles de educación, salud y elevación de la calidad de la vida de la población.

**FIGURA 3—Natalidad en Cuba, 1960-1979.**



Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1980.

## Resumen

El presente trabajo tiene por objeto considerar la reducción de la mortalidad infantil en Cuba, que durante el decenio de 1970 a 1979, fue de 50,0%. Después de analizar los diferentes elementos que, de una manera u otra, han influido, se indica que en ese período la mortalidad neonatal precoz disminuyó en 36,2%; la neonatal tardía en 67,2% y la posneonatal en 59,3%. De acuerdo con su distribución por provincias, la mortalidad más baja se registró en Matanzas (14,9), Villa Clara (15,6) y ciudad de La Habana (16,2). En cuanto a las tasas más elevadas, correspondieron a Las Tunas (26,1), Guantánamo (24,1) y Granma (23,9), según defunciones

de menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos. Con respecto a las causas de muerte, las enfermedades diarreicas pasaron del segundo al sexto lugar, con una reducción de 71,4% en su mortalidad. Como consecuencia de otras reducciones en las demás causas, el segundo lugar resultó ocupado por las anomalías congénitas. Asimismo, en las enfermedades respiratorias agudas se redujo la mortalidad en 43,4%. Por otra parte, cabe indicar que se alcanzó la cifra de 11 consultas por parto y 6,7 controles de salud a niños sanos menores de un año, como promedio anual, mientras que la natalidad se redujo de 27,7 a 14,7 por 1 000 habitantes en el mencionado decenio. ■

## REFERENCIAS

1. Riverón-Corteguera, R. *et al.* Salud materno-infantil: situación actual y perspectivas. *Rev Cubana Pediatr* 50:407-423, 1978.
2. Riverón-Corteguera, R., Ferrer Gracia, H. y Valdés Lazo, F. Avances en pediatría y atención infantil en Cuba 1959-1974. *Bol Of Sanit Panam* 80(3):187-204, 1976.
3. Riverón-Corteguera, R., Dueñas Gomez, E. y Perea Corral, J. Mortalidad infantil en Cuba. In: Karger, S. ed. *Ecología en Clínica Pediátrica*. Biblioteca Pediátrica 13. Buenos Aires, Médica-Panamericana Ettore Rossi, 1975. pp. 94-102.
4. Riverón-Corteguera, R., Valdés Lazo, F. y Ríos Massabot, E. Mortalidad infantil en Cuba: análisis de un programa para su reducción. *Bol Med Hosp Infant Mex* 35:981-992, 1978.
5. Azcuy, P., Riverón Corteguera, R. Ulloa Franco, F., Hernández Hernández, M. y Dosil, M. Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil en Oriente Sur. Santiago de Cuba, 1969. (Documento mimeografiado.)
6. Guerrero Rodríguez, T. La Madre acompañante en el Hospital Pediátrico de Centro Habana. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Pediatría, Dirección Nacional de Docencia Médica Superior, 1971.
7. Werthein, L. y Riverón-Corteguera, R. Resultados obtenidos en el control de algunas enfermedades prevenibles por vacunas. Comunicación en Carteles presentada a la XIX Jornada Nacional de Pediatría. Habana, 1977.
8. Riverón-Corteguera, R. Recursos humanos para la atención materno-infantil. *Rev Cubana Pediatr* 47:329-334, 1975.
9. Farnot, U., Dueñas Gómez, E. y Riverón-Corteguera, R. Mortalidad perinatal en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2:135-146, 1976.
10. Rojas-Ochoa, F. y Riverón-Corteguera, R. Mortalidad según el peso al nacer en los Servicios de Neonatología de Cuba 1968-1974. *Rev Cubana Adm Salud* 2:205-210, 1976.
11. Dueñas Gómez, E. y Riverón-Corteguera, R. La neonatología en Cuba. *Bol Of Sanit Panam* 86(5):406-419, 1979.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Pediatría. *Normas de Pediatría*, 2 ed. Habana, Instituto Cubano del Libro, 1976.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. *Normas de obstetricia*, 2 ed. Habana, Instituto Cubano del Libro, 1975.
14. Castell Moreno, J. Hogares maternos. In: 17

- años de ginecología, obstetricia y neonatología. VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología.* Habana, 1976.
15. Alvarez Vazquez, L. y Alvarez Lajonchere, C. Cuba: fecundidad, diferenciales, contracepción y abortos en zonas seleccionadas. *In: Simposio Cuba-OMS sobre Reproducción Humana y Regulación de la Fecundidad.* Habana, 30 de enero-1 de febrero, 1978. Barcelona, ESPAXS, 1978.
  16. Rodríguez-Castro, R. Organización de la atención obstétrica en Cuba. *Rev Cubana Adm Salud* 2:129-140, 1976.
  17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estudio sobre las enfermedades diarreicas agudas. *Rev Cubana Pediatr* 35:161-193, 1963.
  18. Riverón-Corteguera, R., Valdés Lazo, F. y Perea Corral, J. Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba 1962-1973. *Rev Cubana Pediatr* 48:7-15, 1976.
  19. Riverón-Corteguera, R., Cordova Vargas, L. y Valdés Lazo, F. Enfermedades diarreicas agudas en Cuba. *Rev Cubana Pediatr* 51:181-193, 1979.
  20. Organización Panamericana de la Salud. *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Basada en las recomendaciones de la Conferencia para la octava revisión, 1965.* Washington, D.C., 1978. (Publicación Científica 353.)

### Infant mortality in Cuba in the decade 1970-1979 (Summary)

This paper discusses the 50,0% reduction in infant mortality achieved in Cuba during the decade 1970-1979. After an analysis of the various factors that contributed to such reduction, it is pointed out that early neonatal mortality during that period declined by 36,2%; late neonatal mortality by 67,2%, and postnatal mortality by 59,3%. By province, the lowest mortality rates were in Matanzas (14,9%), Villa Clara (15,6%), and the city of Havana (16,2%). The highest rates were in Las Tunas (26,1%), Guantánamo (24,1%), and Granma (23,9%) in infants of one year of

age per 1 000 live births. With respect to cause of death, diarrheal diseases dropped from second to sixth place, with a reduction of 71,4% in mortality. As a result of decreases in other causes, congenital malformations moved up to second place. Also, acute respiratory diseases were lowered by 43,4%. Furthermore, it is pointed out that 11 consultations per delivery and 6,7 checkups per healthy infant under one year of age were attained as an annual average. In the same decade, the birth rate declined from 27,7 to 14,7 per 1 000 inhabitants.

### A mortalidade infantil em Cuba durante o decênio 1970-1979 (Resumo)

Este trabalho tem como objetivo considerar o decréscimo da mortalidade infantil em Cuba, que foi de 50,0% durante o decênio 1970-1979. Após a análise dos vários elementos que de alguma forma influenciaram nesse decréscimo indica-se, que nesse período, a mortalidade neonatal precoce diminuiu 36,2%; a neonatal tardia 67,2%, e a pós-neonatal 59,3%. De acordo com a distribuição por províncias, a mortalidade mais baixa registrou-se em Matanzas (14,9%), Villa Clara

(15,6%), e cidade de La Habana (16,2%). No concernente às taxas mais elevadas, essas corresponderam a Las Tunas (26,1%), Guantánamo (24,1%), e Granma (23,9%), segundo óbitos de menores de um ano por cada 1 000 nascidos vivos. Quanto às causas de morte, as doenças diarreicas passaram do segundo ao sexto lugar, com um decréscimo de 71,4% na sua mortalidade. Como consequência de outros decréscimos nas demais causas, o segundo lugar foi tomado

pelas anomalias congênitas. De igual maneira nas doenças respiratórias agudas, houve uma redução de 43,4% na mortalidade. Por outro lado se deve indicar que se atingiu o número de 11 consultas por parto e 6,7 controles de saúde

de crianças sadias de menos de um ano, como média anual, enquanto que a natalidade decresceu de 27,7 a 14,7 por 1 000 habitantes no decênio acima mencionado.

### **Mortalité infantile à Cuba pendant la décennie 1970-1979 (Résumé)**

Le présent article a pour objectif d'étudier la réduction de la mortalité infantile à Cuba, qui, pendant la décennie de 1970 à 1979, fut de 50,0%. Après avoir fait l'analyse des divers éléments qui, d'une façon ou d'une autre, marquèrent une influence, on signale que, pendant cette période, la mortalité néo-natale précoce diminua de 36,2%; la mortalité néo-natale tardive de 67,2% et la mortalité post-néo-natale de 59,3%. Selon la répartition par provinces, la mortalité la plus basse fut enregistrée à Matanzas (14,9%), à Villa Clara (15,6%) et à La Havane (16,2%). Quant aux taux les plus élevés on les observa à Las Tunas (26,1%), Guantánamo (24,1%) et Granma (23,9%) exprimés en décès d'enfants de moins

d'un an pour 1 000 enfants nés vivants. En ce qui concerne les causes de décès, les maladies diarrhéiques passèrent du deuxième au sixième rang, avec une réduction de 71,4%. Comme conséquence des réductions dues à d'autres causes, les anomalies congénitales occupèrent le deuxième rang. De même, pour les maladies respiratoires aiguës la mortalité fut réduite de 43,4%. Par ailleurs, il est intéressant d'indiquer que l'on arriva au chiffre de 11 consultations par accouchement et de 6,7 visites de contrôle de santé pour les enfants sains de moins d'un an, comme moyenne annuelle, tandis que la natalité fut réduite de 27,7 à 14,7 par 1 000 habitants, pendant la décennie qui intéresse l'étude.