

## Reducción de la mortalidad infantil en Cuba: Dr. Fernando Domínguez, Dr.C., neonatólogo Hospital Universitario de Maternidad Ramón González Coro, La Habana

Conner Gorry

El neonatólogo Dr. Fernando Domínguez trabajó dos años en un remoto municipio de la provincia cubana de Guantánamo después de graduarse de la Facultad de Medicina en 1973. Dando continuidad a su compromiso con las poblaciones vulnerables, se unió al equipo médico de Cuba en la República Democrática del Congo, donde trabajó como médico de familia en la asistencia a neonatos y niños. Después de regresar a Cuba, terminó su residencia en Pediatría y más tarde se convirtió en jefe del Departamento de Neurodesarrollo en el Hospital Universitario de Maternidad Ramón González Coro en La Habana, donde ha trabajado durante más de tres décadas.

El Dr. Domínguez obtuvo un doctorado en ciencias médicas, y desde 1995 es miembro de la junta directiva de la Sociedad Cubana de Pediatría, de la que fue presidente desde 2005 hasta 2011. También es miembro de la Comisión Nacional de Bioética del Ministerio de Salud Pública; Presidente del Consejo Científico de la Facultad de Medicina Manuel Fajardo; pertenece al Comité Ejecutivo de la Asociación Latinoamericana de Pediatría; y es miembro de



E. Añé

la Comisión Permanente de la Asociación Internacional de Pediatría (AIP). Desde 2010, ha formado parte de la Comisión de Salud Ambiental para el Niño de la AIP y es Editor Jefe de la sección pediátrica de Infomed, el portal nacional de salud de Cuba.

**MEDICC Review:** En 2014, Cuba reportó un récord de baja mortalidad infantil —4.2 muertes por 1 000 nacidos vivos. Describanos el proceso de cómo Cuba obtiene las cifras de mortalidad infantil.

**Fernando Domínguez:** Un bebé que nace con una sola señal de vida, incluso si es sólo cuestión de segundos, se registra como un nacimiento vivo en Cuba. Si no hay señales de vida, se registra como muerte fetal. El período considerado para las estadísticas de mortalidad infantil se extiende desde el momento del nacimiento hasta el primer cumpleaños del bebé, de conformidad con las normas internacionales establecidas por la OMS. En la hora siguiente al nacimiento, el médico que asiste a la madre y al niño registra la hora del nacimiento, el peso del bebé, la salud de la madre y del hijo después del parto, cómo nació el bebé (por cesárea o parto vaginal), y cualquier complicación. Esto se conoce como el registro médico y es conservado por el hospital con fines estadísticos; estos datos se envían a las autoridades provinciales y nacionales de salud.

Es importante señalar que el 99.9% de los nacimientos en Cuba se producen en hospitales; la mayor parte del 0.1% restante de

los bebés nacen en el camino —en un taxi, un camión u otro medio de transporte. Estos nacimientos, y los datos médicos relacionados, se registran una vez que la madre y el niño llegan al hospital.

**MEDICC Review:** Entonces, ¿cómo ha logrado Cuba una mortalidad infantil tan baja? ¿No es este logro incongruente con la escasez de recursos y las restricciones de presupuestos que han afectado al país durante tanto tiempo?

**Fernando Domínguez:** Existe la idea entre los pediatras y los neonatólogos, especialmente en América Latina, de que se necesitan grandes cantidades de recursos para reducir la mortalidad infantil. ¿Por qué? Parte del motivo es que los médicos, como yo y mis colegas latinoamericanos, leemos investigaciones científicas en revistas de alto impacto —todas publicadas en países desarrollados industrializados. Son resultados obtenidos con técnicas y tecnologías de diagnóstico de última generación. Muchos pediatras en el Sur global, influidos por estos estudios, concluyen que la manera de salvar vidas infantiles es con la utilización de antibióticos de primera línea, ventiladores de alta tecnología y otros recursos costosos. Pero eso empieza mucho antes.

Lo que realmente tiene impacto sobre la mortalidad infantil en el contexto del mundo en desarrollo es asegurar una salud materna óptima, antes y durante el embarazo, y que cada niño nazca lo más saludable posible. Por ejemplo, un bebé con un buen peso al nacer tiene muchas más posibilidades de sobrevivir que un bebé que nace con un peso por debajo del normal o con bajo peso. Esto no requiere grandes recursos. Si observamos los países con las tasas de mortalidad infantil más bajas, vemos que también han tenido éxito en disminuir el bajo peso al nacer —que se define como menor de 2 500 gramos. En cuanto se disminuye la tasa de bajo peso al nacer, hay un impacto positivo sobre la mortalidad infantil y de menores de cinco años. Si una madre llega a término y el niño nace con un buen peso, sin infecciones ni anemia, el pronóstico para ese bebé es muy bueno.

Nuestra tasa de bajo peso al nacer es actualmente de 5% —inferior a la de EE.UU. ¿Podremos reducirla aún más? Probablemente. Estamos continuamente desarrollando el programa para tratar de mejorar nuestra tasa de bajo peso al nacer. Una de las áreas donde aún queda trabajo por hacer es en la de las mujeres menores de 20 años —el embarazo adolescente se clasifica de alto riesgo en Cuba y estas madres son más propensas a tener niños con bajo peso al nacer. Así que si podemos reducir los embarazos en adolescentes, podremos tener un impacto positivo en la tasa de bajo peso al nacer. Sin embargo, a las madres adolescentes que deciden tener a sus bebés se les da todo el apoyo y los servicios que necesitan para un parto saludable, que incluye la atención especializada en los hogares maternos.

**MEDICC Review: Ya que hablamos de los hogares maternos —estos son alojamientos para embarazadas en condiciones de alto riesgo, ¿no? ¿Se obliga a las mujeres a mudarse a ellos cuando se clasifica su embarazo como de alto riesgo?**

**Fernando Domínguez:** Vivir en un hogar materno durante un período de tiempo es completamente voluntario, es una decisión tomada por la madre, en consulta con su equipo médico. Aquí también vemos los beneficios de la educación universal: en Cuba, las mujeres tienen al menos una educación de noveno grado y comprenden cómo los hogares maternos protegen y promueven su salud y la del feto. Te voy a contar una historia: cuando trabajaba en la provincia de Guantánamo, al terminar la escuela de medicina, tuve una paciente embarazada de su quinto hijo. Su casa estaba separada de la ciudad vecina por un río. Ella se encontraba aislada geográficamente, lo que la ponía en riesgo. Su esposo dijo que ella no podía ir a un hogar materno. ¿Quién se ocuparía de los otros cuatro hijos? Yo le expliqué que ella estaría en el hogar materno durante un par de meses y que si no lo hacía, tanto ella como el niño podrían estar en peligro. Si ella muere, le expliqué, entonces no estaría ausente un par de meses; se habría ido para siempre. ¿Quién se haría cargo de los otros niños, entonces? Los padres cubanos entienden el cómo y el porqué de los hogares maternos y cuando explicamos el porcentaje de embarazos de alto riesgo que presentan complicaciones, y cómo se pueden prevenir esas complicaciones, sopesan la lógica del argumento. Como resultado, la mayoría de las gestantes acepta vivir en un hogar materno durante el tiempo indicado por sus médicos.

Los hogares maternos brindan varios beneficios importantes: las mujeres reciben una dieta adaptada a sus necesidades nutricionales, sus niveles de estrés se reducen, y aprenden cómo ser

mejores madres. Enseguida que se reúnen en el hogar materno con otras gestantes, aprenden cómo sostener un bebé, cómo mantener una higiene adecuada, cómo alimentar al bebé, sobre la lactancia, etc. Además, se imparten clases y talleres. Los hogares maternos no son “almacenes de mamás”. Las mujeres embarazadas no sólo están estacionadas allí, si ese fuera el caso, estas instalaciones no cumplirían con su objetivo: bajar las tasas de mortalidad infantil y materna.

**MEDICC Review: Cuando usted comenzó en la escuela de medicina, la tasa de mortalidad infantil era de 45 por cada 1 000 nacidos vivos. Se ha avanzado considerablemente desde entonces. ¿Se podrá bajar más la tasa?**

**Fernando Domínguez:** Esa es una pregunta muy interesante. Las tres causas principales de mortalidad infantil en Cuba son: las enfermedades congénitas y los trastornos genéticos, las complicaciones durante la etapa perinatal y las infecciones —principalmente las infecciones respiratorias agudas. ¿Podemos disminuir el número de muertes infantiles debido a complicaciones perinatales e infecciones? Sí. ¿Podemos reducir el número de malformaciones congénitas? Probablemente, sobre todo porque cada uno de los 168 municipios de Cuba tiene un asesor genético y hay exámenes genéticos disponibles.

¿Cuánto se puede bajar? No lo sabemos. Los países escandinavos y Japón, por ejemplo, tienen menor mortalidad infantil, así que es posible, pero hay un límite. Lo comparo con el *sprint* de los 100 metros. Cuando yo era niño, recuerdo un velocista cubano que estableció un récord de 10 segundos para los 100 metros. Nunca pensé que alguien podría hacerlo más rápido porque los seres humanos, con sus características biológicas, tienen límites a la rapidez con que pueden correr. Pero vinieron las mejoras en el entrenamiento, en las condiciones de la pista, en el calzado, y ¡he aquí que aparece Usain Bolt! Sin embargo, con la mortalidad infantil, hay un límite. ¿Cuál es el límite? No lo sabemos, aunque nunca veremos una tasa de cero mortalidad infantil. Podemos registrar 0% de mortalidad infantil en un municipio, podemos registrar cero muertes infantiles durante un cierto período, pero, obviamente, no va a ser así en áreas o marcos de tiempo mayores. Esto es así porque hay factores prenatales y posparto que contribuyen a la mortalidad infantil que no pueden ser atenuados —determinadas condiciones genéticas que son incompatibles con la vida, por ejemplo, pero donde los padres deciden tener el bebé de todos modos.

**MEDICC Review: Su comentario motiva la pregunta: ¿se alienta a los padres a abortar un feto cuando se detecta un problema genético? Especialmente enfermedades peligrosas para la vida, ya que —dejando a un lado la bioética— esta sería una manera bastante directa de reducir la mortalidad infantil.**

**Fernando Domínguez:** Nuestro deber como médicos, como cuidadores, no es servir a las estadísticas, es servir a nuestros pacientes, mejorar su salud y contribuir a la felicidad de su familia. Por supuesto, en Cuba, tenemos estrictos protocolos nacionales que regulan los abortos, que son legales en nuestro sistema universal de salud. Tan pronto como se detecta un trastorno genético en el feto, los padres reciben servicios especializados, que empiezan con un asesor genético que luego formará parte del equipo de atención prenatal. Este asesor explica el diagnóstico y la

naturaleza del problema, las complicaciones que pueden surgir, el tratamiento y las opciones que existen para los padres, entre ellas el aborto y la posibilidad de llevar el embarazo a término. Muchos de estos padres optan por tener el bebé, independientemente del problema genético. Ellos saben que pueden contar con servicios universales de salud durante toda la vida del niño, que incluyen una red nacional de cardiología pediátrica, una red similar de cirugía neonatal y otros servicios altamente especializados, que disipan sus temores. Algunas de estas parejas han estado tratando de lograr un embarazo durante mucho tiempo y sienten que puede ser su única oportunidad de tener un hijo. Nuestro trabajo tiene que ver con el elemento humano, no con los indicadores.

**MEDICC Review: ¿Puede ofrecer a nuestros lectores algunos detalles sobre el programa de prevención de la mortalidad infantil de Cuba? ¿Qué medidas se han tomado para mejorar la salud del recién nacido y las tasas de supervivencia?**

**Fernando Domínguez:** Nuestro énfasis siempre está primero en la prevención y hemos obtenido buenos resultados con este enfoque. Nuestro sistema de atención primaria brinda al menos 13 chequeos prenatales a cada mujer embarazada, además tenemos protocolos diseñados meticulosamente. Esto se logra a través de programas nacionales implementados hace décadas, como el Programa de Salud Materno-Infantil, junto con las unidades de cuidados intensivos prenatales y pediátricos. Nuestros programas también son adaptables, evolucionan con las circunstancias cambiantes —económicas, ambientales, o cualquier cambio contextual que afecte a la salud. En el Período Especial [la crisis económica en la década de 1990, cuando Cuba perdió el 85% de su ayuda internacional y comercio —Eds.], por ejemplo, tuvimos que asegurar una nutrición adecuada para las mujeres embarazadas. Pero encontramos que si sólo les dábamos comida extra, la compartirían con sus otros hijos o con los ancianos, no se la comían ellas mismas. Así que modificamos el programa nutricional de modo que se les dieron comidas fortificadas en sus lugares de trabajo, en las escuelas, en los hogares maternos. Es interesante ver cómo protegimos la salud durante el Período Especial y es también relevante para la mortalidad infantil: nuestros médicos incorporan el principio de servir, sienten una vocación. No hacen esto por dinero; son médicos porque quieren ayudar a las personas. Así que luchamos con uñas y dientes por la salud de nuestros pacientes durante el Período Especial y ello se reflejó en los indicadores, la mayoría de los cuales se mantuvo estable durante la crisis económica.

Otra cosa es que los factores no se pueden ver de manera aislada. Nuestro sistema de salud es universal y garantiza el acceso; tenemos un enfoque preventivo; y Cuba está libre de analfabetismo. Este es un elemento muy importante que no se puede subestimar: si alguien no puede leer, ¿cómo va a entender el tratamiento prescrito por su médico? Todas estas acciones han contribuido a la mejoría de la salud materna e infantil. Pero también hemos tomado medidas para abordar de manera específica las causas de mortalidad infantil en Cuba. El equipo de atención primaria trabaja en conjunto para prevenir los nacimientos prematuros; cada parto de alto riesgo es atendido por un neonatólogo —no un residente, sino un especialista—; se estandarizó el uso de la progesterona para todas las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro; y seguimos estrictos protocolos en las salas de parto. Los recién nacidos no reciben el alta

hospitalaria hasta que alcanzan 2 500 gramos. Esto se debe a que los recién nacidos con menor peso tienen mayor riesgo de infección. Si el bebé pesa 2 450 gramos, no será dado de alta, incluso aunque la familia tenga una casa maravillosa y amplia, con todas las condiciones necesarias, mucha comida y aire acondicionado. Porque si ese niño se enferma —aun cuando solo sea un resfriado— habrá consecuencias. Si no se siguen los protocolos, hay sanciones.

**MEDICC Review: Si un recién nacido enferma, hay consecuencias. ¿Qué pasa en Cuba cuando un bebé muere?**

**Fernando Domínguez:** El proceso comienza con una investigación a profundidad y un análisis de lo que pasó, primero a nivel de atención primaria donde la mujer embarazada y su bebé nonato recibieron atención prenatal y después en la sala de parto del hospital donde nació el bebé, con todo el equipo que participó en el nacimiento. Luego se continúa esa misma investigación y análisis en todo el hospital y más tarde se traslada a los niveles municipales y provinciales. Los resultados se informan al Ministerio de Salud Pública a nivel nacional. Si los protocolos no se siguieron al pie de la letra, hay sanciones.

También tenemos un protocolo de autopsia —a casi el 100% de los niños que mueren se les practica la autopsia; esto no ocurre ni siquiera en la totalidad de los Estados Unidos. Pero no hay sustituto para la autopsia. Hay estudios por imágenes y de laboratorio que se pueden hacer en el caso de una muerte infantil, por ejemplo, pero pueden ser inexactos, pueden indicar diversas enfermedades como la causa. Esto sucede frecuentemente con las enfermedades pulmonares, una causa importante de muertes de recién nacidos, que pueden asemejarse a muchas cosas diferentes. Estas pruebas pueden sugerir que la causa de la muerte fue A, pero luego la autopsia revela que fue B. O que fue A y B. Sólo una autopsia puede confirmar la verdadera causa.

Determinar la causa exacta de muerte es de la competencia de la comisión de mortalidad perinatal de cada hospital de maternidad, que hace un análisis detallado de los factores y los procesos que rodean la muerte, de toda la historia clínica de la madre y el bebé, además de la autopsia, para tomar su decisión.

Estas comisiones tienen un papel muy importante; no es sólo una cuestión de contar muertes infantiles o cuándo murió el niño o si nació muerto. Hacen mucho más que eso; al determinar la causa exacta de la muerte, es posible mejorar nuestro enfoque y tratamiento, y se pueden asignar adecuadamente los recursos para seguir teniendo un impacto sobre la mortalidad infantil.

Recientemente, llegó un representante de la OPS para presenciar cómo en Cuba se maneja una muerte infantil. Fuimos a un pequeño municipio entre las provincias de Camagüey y Las Tunas en el centro de Cuba para observar el trabajo de la comisión de mortalidad perinatal. Cuando el experto visitante vio al obstetra que atendió el parto, al neonatólogo que atendió al bebé, al médico de familia que asistió a la madre antes del parto, al director del policlínico local y al director del hospital, más el director de salud municipal, todos, discutir paso a paso lo sucedido, dijo: “Ahora entiendo lo que quieres decir con aplicación rigurosa de las normas”. Él observó todo el proceso y creo que se fue con la comprensión de cuán serios somos con respecto a la mortalidad infantil.

## Entrevista

---


**MEDICC Review:** *¿Puede hablar un poco acerca de la tasa de mortalidad materna, que no ha disminuido al mismo ritmo que la de mortalidad infantil?*

**Fernando Domínguez:** Está decreciendo, pero todavía tenemos desafíos en torno a la mortalidad materna. ¿Podremos reducir la mortalidad materna? Probablemente, sí. Esta no es mi especialidad, pero los retos son diferentes, más complejos. Más complejos, porque una de las causas de la mortalidad materna está relacionada con las urgencias que surgen durante el embarazo y que son difíciles de anticipar. En el momento en que una mujer tiene una urgencia —relacionada con la placenta, por ejemplo—, la solución depende a menudo del equipo médico de asistencia.

**MEDICC Review:** *Usted está obviamente apasionado con su trabajo, a pesar de que, como todos los médicos cubanos, recibe un salario modesto. ¿Qué lo motiva a practicar la medicina?*

**Fernando Domínguez:** En este momento, en la sala de al lado hay una mujer que hoy tiene 25 años de edad. Ella pesó 26 onzas cuando la recibí y bajó a 21 onzas poco después. Tengo una foto con su mamá, justo después de que ella naciera. Ahora está aquí

dando a luz a su segundo hijo. Todos los días me da un abrazo, y su ternura, el agradecimiento de su familia, eso no se puede comprar y nadie me lo puede quitar.

¿Habríamos visto mejores indicadores antes si nuestro sistema de salud tuviera más recursos? Probablemente. Nadie puede ocultar el hecho de que la escasez de recursos es uno de nuestros mayores problemas. Pero desde muy temprano, Cuba adoptó un enfoque de salud que da prioridad a las poblaciones vulnerables —mujeres, niños, las de regiones geográficas apartadas. Hoy en día, tenemos todo tipo de programas nacionales que dan prioridad a los más vulnerables— poblaciones rurales, adultos mayores, pacientes con VIH y, por supuesto, mujeres y niños. Cuando se está en crisis, en un naufragio o un incendio, por ejemplo, ¿qué sucede? Las mujeres y los niños van primero. Lo que me inspira es ayudarles a ser lo más saludables que puedan. 

---

Citación sugerida: Gorry C. Reducción de la mortalidad infantil en Cuba: Dr. Fernando Domínguez, Dr.C., neonatólogo del Hospital Universitario de Maternidad Ramón González Coro, La Habana. MEDICC Rev. 2015 Jan;17(1). Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=31&id=405&a=va>

---