

Hospital "Hermanos Ameijeiras"

## **LOS REGISTROS MÉDICOS EN CUBA**

*Norma E. Ríos Massabot,<sup>1</sup> Rosa María Fernández Viera<sup>2</sup> y Elia Rosa Jorge Pérez<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Cuba posee experiencia de trabajo relativamente prolongada con los registros demográficos y, dentro de éstos, con los de mortalidad. A pesar de ello, la deficiente cobertura y la falta de integridad de la información han sido características constantes que se mantuvieron por más de un siglo. Durante la etapa colonial se realizaron 7 censos de población, dos de ellos en el siglo XVIII. En los siglos XVII y XVIII las fuentes de información para las estadísticas de salud fueron los libros registros de bautizos, enterramientos, ingresos y egresos de hospitales. En el siglo XIX las disposiciones de la Junta Superior de Sanidad, sobre la certificación de la muerte y la fundación de la Academia de Ciencias Médicas Físicas y Naturales de La Habana, propiciaron la realización de numerosos trabajos científicos sobre los problemas sanitarios. Estos y las tablas mortuorias de La Habana fueron publicadas en las revistas médicas de la época. No es hasta el siglo XX que se organiza la recolección de los certificados médicos de defunción de todo el país y se obtienen estadísticas nacionales, se establece el reporte de enfermedades de declaración obligatoria y recolección de información solamente de los hospitales dependientes de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Alrededor de los años 60 se consideró el subregistro de defunciones en un 10 % y el de enfermedades de declaración obligatoria mucho más alto. Nunca se publicaron estadísticas de nacimientos y las de recursos para la salud y servicios prestados a la población eran incompletas. Al triunfo de la Revolución se incorporan al Ministerio de Salud Pública todos los centros que brindaban atención médica y se creó un organismo rector de las estadísticas del país. El trabajo conjunto de la Dirección General de Estadísticas de la Junta Central de Planificación (JUCEPLAN) y los Ministerios de Justicia y Salud Pública, permitió a este último desarrollar una estrategia de trabajo para alcanzar cobertura en los registros cada vez más próxima al 100 % y desarrollar investigaciones para evaluar ésta y la calidad de la información obtenida.

*Palabras clave:* Registros médicos, estadísticas de salud, estadísticas vitales, mortalidad.

### **INTRODUCCIÓN**

Se denominan registros médicos a los formularios en que se inscriben de modo ordenado y se hace constar las observaciones o eventos relacionados con la salud humana, los que permiten organizar y controlar a los anteriores y los que sirven para compilar y transmitir estadísticas de salud.

A principios de la década del ochenta del siglo pasado, a los Departamentos de Estadísticas de las unidades del Sistema Nacional de Salud, se les cambió el nombre por el de Registros Médicos. Este último es más usado en los países de América Latina para denominar la unidad organizativa que tiene bajo su responsabilidad el control de los pacientes inscriptos, la entrega de turnos para servicio

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Médicas. Ex-directora Nacional de Estadística del MINSAP.

<sup>2</sup> Profesora del Politécnico de la Salud "Tania La Guerrillera".

<sup>3</sup> Especialista Principal. Dirección Nacional de Estadística del MINSAP.

ambulatorio, el control de pacientes hospitalizados, el archivo de historias clínicas y procesar la información para calcular los indicadores que permiten evaluar las actividades que realiza la institución.

### **DESARROLLO DE LOS REGISTROS MÉDICOS HASTA EL AÑO 1958**

En una breve revisión histórica se evidencia que la certificación obligatoria de la defunción por el médico que atendió al paciente, fue una aspiración sostenida de la Junta Superior de Sanidad, que se fundó en Cuba en 1826, aunque la obligatoriedad sólo se oficializó a finales de 1842 y fue legalizada y publicada en la prensa para general conocimiento el 22 de enero de 1843.<sup>1</sup> Esta Ley de la corona española constaba de cinco artículos, estableciendo el primero el deber del médico de certificar las causas que ocasionaron el deceso; el segundo prohibía a los curas párrocos extender el permiso de enterramiento sin el certificado médico; el tercero exigía a los hospitales llevar un registro de las defunciones, el cuarto y el quinto se referían a la muerte sin asistencia y a las muertes violentas, respectivamente. En 1845 se publicaron estadísticas de mortalidad de La Habana con tasas basadas en el censo de 1841.<sup>2</sup>

El primero de enero de 1885 se estableció el Registro Civil, pasando al mismo extender la orden de enterramiento, función que antes desempeñaba la iglesia. En 1891 se implantó el modelo impreso de certificación de defunción, pues hasta entonces se extendía en cualquier papel.

En ningún momento aparecen en el siglo XIX publicaciones de mortalidad de todo el país, salvo para las grandes epidemias, en particular de fiebre amarilla y viruela, así como la morbilidad por lepra, por la que desde el siglo XVII se mostraba gran preocupación. Las publicaciones sobre la situación de salud de ciudades y divisiones administrativas aisladas, sin embargo, son numerosas e incluyen hasta polémicas en los periódicos sobre causas de muerte después de 1790. Con frecuencia se calculaban tasas generales y específicas, ya que desde 1774 se realizan censos de la Isla con cierta regularidad.<sup>3</sup>

El 20 de julio de 1901, mediante un decreto publicado en la Gaceta Oficial, entró en vigor el Sistema Internacional de Nomenclatura de Enfermedades y de Causas de Defunción, Clasificación de Bertillón, según fue aprobado en la Conferencia de París, en agosto de 1900. La traducción cubana de esta primera clasificación tiene una extensión de 37 páginas y una página anexa con la clasificación de defunciones fetales (Le Roy y Cassa J. Desarrollo de la estadística demográfica de la Isla de Cuba. Trabajo presentado al II Congreso Científico Panamericano, celebrado en Washington. Sección del 30 de diciembre de 1915. Tomado de la reproducción en Bibliografía 1). A partir de entonces y, a pesar de algunos retrasos en las traducciones, hasta que las mismas se hicieron por la Organización Mundial de la

Salud, se han seguido las revisiones aproximadamente decenales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) hasta la actualidad.

Al proclamarse la República de Cuba en 1902, el aparato administrativo del Estado se organizó, siguiendo el modelo de los Estados Unidos de América, creándose diferentes secretarías. En relación con la estadística no fue creada ninguna dependencia especial que dirigiera o coordinara esta actividad, asignándosele a cada secretaría del Estado la realización de las estadísticas en relación con las actividades que le correspondieran. Por ello las estadísticas de mortalidad quedaron bajo la responsabilidad de la Junta Superior de Sanidad y las de nacimientos en la Secretaría de Justicia.<sup>4</sup>

En septiembre de 1904 la Junta Superior de Sanidad emitió por primera vez un informe de la mortalidad general del país de los años 1902 y 1903, aclarando que faltaba información de algunos municipios. En un documento complementario del 12 de abril de 1905 se incluyó la información pendiente.<sup>5</sup> El jefe de estadística, doctor *Jorge Le Roy y Cassa*, que ocupó este cargo hasta su muerte en 1934 y autor de los informes que presentamos, comentaba años después en el II Congreso Científico Panamericano, celebrado en Washington en diciembre de 1915, sobre: La falta de uniformidad y lo incompleto de los datos.<sup>3</sup>

A pesar de las deficiencias, algo queda claro; de 25 512 defunciones reportados en 1902, en una población ligeramente superior a 1 572 787 habitantes que había arrojado el censo de 1899, la primera causa de muerte era la tuberculosis con 4 001 defunciones (codificación 26-35 de la CIE-1, Bertillón), lo que constituye el 15,7 % del total de muertes y tasa para la población estimada de 1902 de 241,1 por 100 000 habitantes. La segunda causa era enfermedades del aparato circulatorio (códigos 77-86), con tasa de 174,9 y la tercera las enfermedades diarreicas que, aún cuando sólo incluía a los menores de 2 años, presentaban una tasa referida a la población total de 136,4 por 100 000 (cod. Bertillón 105). Le seguía en orden decreciente, bronquitis y neumonía, tétanos, meningitis y malaria (paludismo). La mortalidad infantil en el año 1899 fue de 224,7 por mil nacidos vivos. Para 1907 fue de 213,0.<sup>4</sup>

La Secretaría de Sanidad y Beneficencia fue creada el 28 de enero de 1909 y en abril de ese mismo año aparece el primer número de Sanidad y Beneficencia, que constituía el Boletín Oficial de la Secretaría. Esta revista contiene diferentes secciones y, entre ellas, la Sección de Estadística con sus cuadros estadísticas de mortalidad y enfermedades transmisibles. Esta publicación se mantuvo hasta 1959 (Espinell Blanco JA. Sistema de Información Estadístico de Defunciones. Defunciones Perinatales y Nacimientos de Cuba. Instituto de Desarrollo de la Salud).

Para los años finales de esta primera década del siglo XX las primeras causas habían cambiado significativamente. En 1910 no aparece el tétanos en las 10 primeras causas de muerte después que se extendió a todo el país la cura séptica

gratuita del cordón umbilical, gracias a las múltiples gestiones personales del doctor *Carlos J. Finlay*, entonces al frente de la sanidad en Cuba. Las enfermedades diarreicas para todas las edades, pasaron al primer lugar con la extraordinaria tasa de 355,2 por 100 000 habitantes. La tuberculosis bajó al segundo lugar con una tasa de 147,5, seguida de las enfermedades del corazón. Los tumores malignos comenzaban su ascenso, ocupando entonces el octavo lugar (Informe anual sanitario y demográfico de la República de Cuba. Serie de publicaciones de principios del siglo xx. Biblioteca de la Dirección Nacional de Estadística de Salud Pública).

A pesar de que en la primera mitad del siglo pasado se incrementaron las comunicaciones de todo tipo y otros adelantos de la época favorecieron la extensión de la cobertura del registro de mortalidad alrededor del año 1960, el subregistro se consideró en un 10 % a juzgar por las comparaciones de la estructura y características de la mortalidad y la estructura y características de la secuencia de los censos de 1899, 1907, 1919, 1931, 1943 y 1953.<sup>6</sup>

Durante la década del cincuenta se produjo un marcado retraso en la elaboración de las estadísticas de mortalidad. Los certificados de defunción, que se recibían directamente de los municipios, se dejaron de codificar desde 1954.

En 1936 la Secretaría de Sanidad implantó en los hospitales de su dependencia el Modelo No. 10 para la recolección de información sobre el movimiento hospitalario (ingresos, egresos vivos y fallecidos, número de camas y días pacientes), actividades de consultas externas, operaciones, partos realizados, y otras actividades.<sup>7</sup> El resto de los centros asistenciales con camas (clínicas mutualistas, clínicas privadas, hospitales de patronatos, hospitales universitarios, hospitales dependientes de los gobiernos provinciales o municipales) elaboraban sus propias estadísticas pero no informaban a la Secretaría de Sanidad.

En cuanto a la organización del archivo de historias clínicas y el control de estas existían formas diferentes: los hospitales dependientes de la Administración Pública en su mayoría, les asignaban a cada paciente un número cada vez que ingresaban no coincidentes con los anteriores, por ello no era necesario el tarjetero índice de pacientes, generalmente eran encuadradas en varios tomos al finalizar cada año. En otros no existía un archivo centralizado y las historias clínicas estaban ubicadas en el servicio que atendía al paciente. Las clínicas mutualistas usaban el sistema de numeración única, el número de las historias clínicas correspondía con el número del carné del abonado y el del recibo de pago mensual. Ambos documentos debían presentarse para recibir el servicio solicitado y permitían extraer la historia clínica del archivo.

La codificación de los diagnósticos de egreso se realizaba en pocos hospitales y no se utilizaron las revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades habilitada para morbilidad desde la sexta revisión.

La información sobre el número de nacimientos era incompleta. Un alto porcentaje de los nacimientos se inscribían fuera del plazo legal (1 año) en los períodos llamados de prórrogas (no existía sanción por realizar la inscripción vencido el plazo). En estos períodos se inscribían personas mayores de 1 año, incluyendo adultos. No se utilizaba la definición de nacido vivo recomendada por los organismos internacionales, continuaba la definición existente desde la época de la colonia española, en la que no se informaban como nacido vivo los que fallecían antes de las 24 horas. Estas se incluían en las estadísticas de defunciones fetales; por tanto, formaban parte del subregistro de las estadísticas de nacimientos y de las estadísticas de defunciones generales.

La actividad de convertir en estadísticas de salud los eventos registrados en los centros asistenciales no estaba asignada a un departamento en específico, cada departamento realizaba la compilación de su actividad. Los centros asistenciales y las oficinas locales de salubridad no contaban con personal preparado para registrar y revisar la calidad de la información que transmitían a la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. El número reducido de formularios oficiales para registrar información con frecuencia escaseaban.

Las publicaciones de datos sobre desarrollo económico y social del país durante los primeros 60 años del siglo xx fueron pocas. En 1914 se confeccionó el primer Anuario Estadístico de Cuba con los datos facilitados por las oficinas del gobierno o contenidas en publicaciones oficiales.<sup>5</sup> La Comisión Nacional de Estadística y Reforma Económica publicó un Anuario Estadístico para los años 1927-1933.<sup>5</sup> La Dirección General de Estadística del Ministerio de Hacienda editó en 1952 un Anuario Estadístico de Cuba; el segundo en 1956 los que continuaron hasta 1959.<sup>5</sup> Las estadísticas de nacimientos no fueron publicadas y las estadísticas de mortalidad se publicaron hasta 1952, las del año 1953 fueron publicadas en el último número del Boletín de Sanidad y Beneficencia del año 1959.

## ***DESARROLLO A PARTIR DE 1959***

A partir de 1959 se inician grandes transformaciones políticas, sociales y administrativas en el país. Con anterioridad a esta fecha no existía un verdadero sistema de estadísticas general y de salud en particular. La nacionalización de clínicas mutualistas y privadas, la incorporación al Ministerio de Salud Pública de los diferentes patronatos, del hospital universitario, de hospitales públicos de otros niveles de dirección y las casas de socorro, además la centralización normativa única del Sistema Nacional de Salud y la descentralización de actividades ejecutivas a los distintos niveles de la estructura del sistema, favorecieron desde un principio la organización de las estadísticas de salud en todo el territorio nacional con carácter uniforme.<sup>8</sup>

## **FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

La falta de personal capacitado en estadística de salud, obligó a enviar estudiantes a las escuelas de México, Brasil y Chile, los que a su regreso fueron los profesores de los cursos nacionales que comenzaron en 1961: El curso de Auxiliares de Estadística, en la Escuela Sanitaria, y el de Admisión, Archivo y Estadística Hospitalaria, en el hospital "Comandante Manuel Fajardo" (Álvarez Dedien Y. Ex-jefe de Estadística del Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba. Comunicación personal), ambos en La Habana. A estos cursos asistían alumnos de todo el país, en su mayoría trabajadores de la salud. A partir de 1962 se unificaron, aumentando su duración de 10 semanas hasta 6 meses. Ya en 1965 eran más de 100 las personas formadas en estas técnicas que ocuparon cargos a nivel de provincia y las unidades hospitalarias más complejas y otros niveles territoriales intermedios.

Con la ubicación de este personal en las recién creadas Direcciones Regionales de Salud (en aquella época para el Ministerio de Salud Pública se denominaban regiones a los espacios territoriales coincidentes con las provincias, excepto la provincia de Oriente, que por su extensión estaba dividida en dos: Oriente Norte con centro en Holguín y Oriente Sur con centro en Santiago de Cuba) ya en 1962 se cambia el flujo de la información de directo al Nivel Central hacia las regiones, donde eran objeto de una primera revisión y se realizaban tablas estadísticas de interés regional.

En 1964 se inician los cursos de segundo nivel, a los que asistieron los graduados de auxiliares. En estos cursos se formaron los profesores de las escuelas de auxiliares de las provincias y ya en 1966 existía una escuela de auxiliares de estadística en todas las provincias, excepto en Matanzas y Holguín. Los cursos de segundo nivel sólo se impartieron en La Habana. En 1970 se cambian los planes de estudio para un curso de 3 años de duración y graduado con nivel de Técnico en Estadística de Salud; el primero y tercer año en las aulas y el segundo año con trabajo en el Departamento de Estadística de una institución de salud. En 1981 comienza un nuevo plan para la formación de técnicos de la salud con alumnos procedentes del sistema general de educación, el que se mantuvo hasta 1991 en que se abandonó la formación para la incorporación al Sistema Nacional de Salud de graduados de Estadísticas Económicas. Se reinicia la formación de técnicos de estadísticas de salud en 1998 (Ríos Massabot NE. Ponencia de Mesa Redonda III Congreso de Bioestadística. La Habana, 2000). En la década de los años ochenta se iniciaron los cursos posbásicos para graduados de técnicos con varios perfiles de salida, entre ellos el perfil docente para los profesores.

En 1963 se efectuó un curso de codificación de mortalidad para personas de los departamentos de estadísticas de las provincias, las que a partir de esta fecha comienzan a clasificar las causas de muerte y a realizar tablas de mortalidad a este nivel.

La formación de codificadores de morbilidad comenzó en 1968 con la 8va. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Ya para ese año varios hospitales codificaban por la 7ma. Revisión CIE. En 1979 se realizó el cambio para la Novena y en el 2002 para la Décima Revisión.

Se incorpora la enseñanza de la estadística a los planes de estudios de la Escuela de Medicina en los primeros años de la década del sesenta, a los cursos de formación de enfermeras a finales de la misma década, a las residencias médicas de Administración de Salud, Epidemiología, Higiene y Nutrición y a la mayoría de los cursos para técnicos medios en la década del setenta.

En el primer quinquenio de la década de los años setenta se inició la especialización de médicos y estomatólogos en Bioestadística, incorporándose al desarrollo de los registros médicos y estadísticas continuas en el segundo quinquenio de la propia década.

Durante más de 40 años ha continuado la formación de cubanos en los cursos para técnicos medios y cursos de postgrado universitario de Estadística de Salud, Registros Médicos, Demografía y Clasificación Internacional de Enfermedades en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, México, Perú, Rusia y Venezuela. Bioestadísticos y Matemáticos que laboran en las estadísticas de salud, han alcanzado el doctorado en Ciencias en Checoslovaquia, Rumania, Rusia y Cuba. En igual período el país recibió asesorías de expertos en esas mismas disciplinas, en su mayoría funcionarios de organismos internacionales y especialistas de alto nivel en estadísticas e investigación en salud.

### **ORGANIZACIÓN DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS DE LAS ESTADÍSTICAS**

En septiembre de 1959 se crea la Dirección Nacional de Estadística, adscripta al Ministerio de Economía, hasta que se crea la Junta Central de Planificación (JUCEPLAN), la que es reorganizada y, a partir de 1962, se le denominó Dirección General de Estadística de la JUCEPLAN. Desde 1960 inicia la captación directa de información primaria sobre matrimonios, nacimientos (inscripciones) y de defunciones del Registro Civil. En estos primeros años cooperó con el Ministerio de Salud en la puesta al día de las estadísticas de mortalidad y en la publicación de los datos de todos estos años.

Las funciones que tenía la dirección de estadística de la JUCEPLAN pasaron por la Ley de Organización de la Administración Central del Estado, del año 1976, al Comité Estatal de Estadística, como el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del Gobierno en materia de estadística oficial del país,<sup>4</sup> siendo el encargado de la captación, procesamiento y publicación de la información y para ello creó el Sistema de Información de Estadística Nacional (SIE-N). La información que suministra este sistema no es suficiente para

algunos organismos; por tanto, éstos necesitan información más detallada; para conseguirla, cada organismo proponía para su aprobación al Comité Estatal de Estadística un sistema de información no contenida en el SIE-N, el mismo recibe el nombre de Sistema de Información de Estadística Complementario (SIE-C).<sup>9</sup> Este sistema es también de cobertura nacional y a partir del año 2001 su aprobación pasó a ser del nivel de cada jefe de organismo. Las funciones del Comité Estatal de Estadística, desde 1994, las ejerce la Oficina Nacional de Estadística del Ministerio de Economía y Planificación.<sup>10</sup>

Todos los indicadores estadísticos necesarios para la dirección y la administración del Ministerio de Salud Pública, deben estar contenidos en el SIE-N y el SIE-C. Los datos de ambos sistemas son publicados anualmente. Las principales publicaciones son: El Anuario Estadístico de Cuba, El Anuario Demográfico, El Anuario Estadístico de Salud, e Indicadores Básicos del País. Cada provincia publica sus indicadores básicos.

El Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública modificó su estructura organizativa para otra capaz de dar respuesta al procesamiento, no solo de estadística de mortalidad y enfermedades de declaración obligatoria, sino que además permitiera elaborar y publicar las estadísticas de recursos, servicios prestados, los indicadores que permitan evaluar los diferentes programas y desarrollar investigaciones a partir de los registros continuos. Se implantó, un sistema de supervisión de la calidad de los registros y procesamiento de los datos estadísticos para las provincias y sus unidades. A inicios de los años setenta cambió de denominación para Dirección Nacional de Estadística. Similar estructura y procedimientos se establecieron en las provincias. En la década del setenta se fueron incorporando diferentes medios de procesamiento automatizados en el nivel central y algunas provincias e instituciones nacionales. En el segundo quinquenio de los años 80 se introdujo en los departamentos de estadística de las provincias las primeras microcomputadoras personales, que fueron utilizadas para resumir la información de las unidades, enviando los ficheros con bases de datos y otros ya procesados a la Dirección Nacional de Estadísticas para obtener cifras nacionales. A finales de la década del noventa las microcomputadoras comenzaron a utilizarse para organizar registros y estadísticas en algunos hospitales.

#### LOS REGISTROS DE MORBILIDAD, RECURSOS Y SERVICIOS

Durante el primer quinquenio de la década del sesenta se diseñaron los formularios básicos que conforman la historia clínica; se cambió el formato de telegrama para la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria para tarjeta, la que se mantiene hasta hoy con ligeras modificaciones. El modelo No. 10 (para hospitales) sufrió cambios. Se creó un formulario para la recolección de

actividades de los policlínicos, servicio de nueva concepción en el país, instalados en las antiguas casas de socorro y en los locales en que funcionaron clínicas mutualistas pequeñas.

La necesidad de evaluar la diversidad de programas que el Ministerio de Salud Pública inició durante los primeros años del triunfo revolucionario, obligó a crear registros primarios y formularios de transmisión de información de un nivel a otro, los que fueron aprobados por la Dirección de Estadística de JUCEPLAN para su implantación el 1ro. de enero de 1966.

En el primer quinquenio de los años sesenta, a partir de las indicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la experiencia de los primeros graduados, se elaboró un Manual de Normas y Procedimientos para los Departamentos de Estadística de Hospitales, los que fueron revisados durante la Reunión Nacional de Administración de Salud Pública, celebrada en junio de 1968.<sup>11</sup> En esta reunión también se discutió una ponencia sobre indicadores de salud de la población. Lo aprobado de ambos documentos fue de obligatorio cumplimiento. En 1971 se revisaron las normas de hospitales y se crearon las del policlínico. En 1984 se realizó la revisión y aprobación de ambas normas y se crearon y aprobaron las de Centros de Higiene y Epidemiología.<sup>12</sup>

Las normas discutidas corresponden a la estructura, subordinación, funciones, organización y control de las actividades relacionadas con la inscripción y admisión de pacientes, organización y control de archivos de historia clínica y archivo general, control y entrega de turnos de consulta externa y aspectos muy generales de la Sección de Estadística, lo que obligó a partir de 1969 a emitir para cada uno de los programas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, que se evalúan mediante un sistema de indicadores, un manual llamado Sistema de Información Estadística (SIE) y a continuación el nombre del programa. Estos documentos contienen los objetivos, el control semántico de las variables que se registran, los procedimientos de registro y recolección y los principales indicadores a calcular de acuerdo con los objetivos a evaluar. Estos documentos de normación permiten a los supervisores comprobar la cobertura y la calidad de la información.

#### REGISTRO DE NACIMIENTOS

Por la Ley 1175 de 19 de marzo de 1965 se implantó en el país la definición de nacido vivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de esta separación, respira o manifiesta cualquier otro signo de vida, tal como: palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectiva de algún músculo sometido a la acción de la voluntad, haya o no sido cortado el cordón umbilical y esté o no

adherida la placenta. Todo producto de tal nacimiento es considerado como un nacido vivo.

La Ley 1215, promulgada el 21 de octubre de 1967, contribuyó a la eliminación del subregistro ya que establece la obligatoriedad de la inscripción en el Registro Civil de toda persona nacida viva. Dicha ley, reglamentada en la Resolución No. 169 del 20 de noviembre del propio año, expresa en su apartado segundo: cuando el parto tuviere lugar en una institución de asistencia médica del Ministerio de Salud Pública, la inscripción del recién nacido se practicará en la propia institución, siempre antes del egreso del recién nacido y dentro de un término máximo de 20 días posteriores al parto.<sup>9</sup>

### REGISTRO DE DEFUNCIONES

En la práctica, se conocía en 1960 la existencia de pequeños cementerios en zonas montañosas o apartadas, en los que se realizaban enterramientos sin certificación médica. Con el establecimiento del Servicio Médico Rural, la creación de hospitales en las montañas, la cobertura del país con servicios médicos y la ampliación constante de las comunicaciones, todo lo anterior desapareció en pocos años. No obstante, aún subsistían algunos trámites legales que en la práctica obstaculizaban la accesibilidad de la población para su cumplimiento tal como la legalización de la firma del médico que expedía el certificado de defunción, pues solo existían para este fin oficinas radicadas en las poblaciones cabeceras de cada municipio del país. En municipios muy extensos o montañosos, en épocas de lluvias, crecida de los ríos y otras dificultades, este trámite se hacía en la práctica casi imposible de cumplir, convirtiéndose de hecho en una fuente de subregistro.

El 15 de diciembre de 1968 se firmó la Resolución Ministerial de Salud Pública No. 513, que entraría en vigor el 1.º de febrero de 1969, en la cual se habilitan como centro de registro y recolección de certificado de defunción a las instituciones de salud a través de los directores de hospitales y de policlínicos de todo el territorio nacional, así como los jefes de archivo y estadísticas de sus respectivas dependencias, para garantizar la legalidad de las certificaciones médicas de defunción expedidas.<sup>13</sup> Con la cobertura territorial que ya alcanzaba el sistema de salud, los trámites se simplificaron enormemente. De 126 oficinas en el país, se llegó rápidamente y sin costo adicional apreciable a más de 600.

Los registros de mortalidad ya para 1970 alcanzaron la cobertura total del país y una integridad cercana al 100 %. Este hecho, unido a que en enero de 1973 se implantó el certificado de defunción perinatal y ya existía un registro adecuado de los eventos relacionados con ese período de la vida, permite realizar la investigación perinatal en 1973, y que Cuba fuera invitada como uno de los 9 países participantes en la investigación internacional, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulada: "Social and Biological Effects on Perinatal Mortality".<sup>14</sup>

En 1974 se realizó la primera evaluación de la cobertura de la Certificación Médica de la Defunción por la Dirección General de Estadística, de la JUCEPLAN. La metodología empleada fue directa y consistió en la comparación mediante apareamiento de listados. Al conjunto de registros, en que de una u otra manera se anotan las defunciones, se le denominó, a los efectos de la investigación, Registro no Oficial en oposición al Registro Oficial de Defunciones. El Registro no Oficial incluyó los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), los enterramientos en los cementerios y el Registro de Consumidores y el Registro Oficial incluyó los dos originales del certificado de defunción, o sea, el destinado al Ministerio de Salud Pública y el destinado al Registro del Estado Civil. De la confrontación entre las dos vías oficiales del certificado de defunción y de éstas con las listas no oficiales, se arriba a conclusiones muy consistentes sobre el subregistro de defunciones en el país (Junta Central de Planificación. Dirección Central de Estadística. Informe sobre la evolución de los Registros de Defunciones Vigentes. Prueba Piloto. Región Escambray. Departamento de Demografía. Abril, 1974). Durante el semestre abril-septiembre de 1974 se realizó el estudio nacional, comprobándose que durante el mismo habían fallecido 28 037 personas en el país, de las cuales 26 992 estaban registradas oficialmente y 1 045 no lo estaban, para un subregistro del 3,7 % de los fallecidos (Comité Estatal de Estadística. Dirección de Demografía. Evaluación en 1974 de los Registros de Defunciones).

Ese mismo año, la señora *Ruth Rice Puffer*, exdirectora de Estadística de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e investigadora internacional en ese campo, analizó en Cuba, como consultora de la OPS, los procedimientos para mejorar la calidad de las estadísticas vitales con énfasis especial en la infancia y concluyó en su informe a la organización que: mediante el estudio de los procedimientos y, en uso de la documentación disponible, el registro de los nacimientos y defunciones es prácticamente completo en Cuba.<sup>15</sup>

El estudio realizado en 1974, sirvió de acicate para continuar perfeccionando el registro y evidenció en qué dirección se debía trabajar. Se repitió la evaluación con similar metodología acortando el tiempo de estudio, pues en nuestro medio no se ha encontrado algo que indique que el subregistro se distribuya aleatoriamente en el tiempo. Esta evaluación arrojó un subregistro del 0,5 % (Informe de trabajo de 1984; Archivo de la Dirección Nacional de Estadística).<sup>11</sup> De una cobertura de la certificación médica de la defunción de aproximadamente el 90 % en 1960, se llegó al 96,3 % en 1974, alcanzando el 99,5 % en 1980.

En 1988 se organizó en la Dirección Nacional de Estadística el Centro Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades, el que inició sus actividades con una investigación, que tenía como objetivo realizar evaluación de la calidad de los datos generales de las causas de defunción registrada en el certificado médico. Para cumplir los objetivos propuestos, se obtuvo una muestra de los

fallecidos mayores de un año de julio-octubre de 1988. La representatividad de la muestra fue satisfactoria al compararla con los datos nacionales de ese mismo año. Entre el conjunto de datos generales que fueron verificados, la coincidencia en zona de residencia urbano o rural, la edad, el sexo y lugar de fallecimiento, fue superior al 98 %; y en municipio de residencia, la ocupación y el estado conyugal mostró una coincidencia ligeramente menor. La coincidencia de la causa básica de muerte del certificado original y la determinada por los árbitros, cuando la comparación se realizó empleando la lista de tabulación de 163 grupos de causas, el informe de la OMS de mortalidad, fue de 63,1 %. Los principales motivos de no coincidencia fueron: 11,2 % valoración médica diferente del caso por el árbitro; 9,5 % certificación médica incompleta, por falta de diagnóstico en la cadena o de localizaciones anatómicas incompletas y 8,7 % el árbitro contó para la redacción de su certificado con los resultados de la necropsia y el médico certificante no.<sup>16</sup>

El centro cubano continuó su trabajo con una investigación sobre causas múltiples de muerte,<sup>17</sup> participó en el estudio puente entre la 9na. y la 10ma. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades; actualmente con participación activa en el Forum de CIE de habla hispana, con sede en Washington, y en el Mortality Forum, con sede en Suecia (Mesa Machado AC. Especialista en Estadísticas Vitales. Comunicación personal).

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Al finalizar el siglo xx los Registros Médicos contaban con cobertura total del país, integridad muy próxima al 100 % e información de calidad. El nivel alcanzado pone de manifiesto cómo el Ministerio de Salud Pública, en particular, y el estado cubano, en general, han intervenido en la evolución de los mismos por estar íntimamente vinculados a la gestión de salud y sus resultados.

En este primer quinquenio del siglo xxi ha continuado el incremento de profesionales y técnicos cada vez más calificados y un desarrollo acelerado de la automatización a nivel de los centros asistenciales. Lo anterior facilita la captación de mayor número de indicadores para una evaluación integral de los servicios, éstos pueden ser nuevos o de mayor especificidad de los ya existentes.

Mantener con estos cambios los niveles de integridad y calidad exige de los Departamentos de Registros Médicos de los centros de salud, de los Departamentos de Estadística de las Direcciones Municipales y Provinciales del Poder Popular y de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública, sistematizar las supervisiones en cuanto al cumplimiento de las definiciones de las variables que se utilicen y de los procedimientos para el cálculo de los indicadores.

**SUMMARY: Cuba has relatively long work experience with population-based registries, particularly mortality registers. In spite of this, poor coverage and lack of comprehensive information had been permanent characteristics for over a century. At the colonial times, seven population censuses were conducted, two of them in the 18th century. During the 17th and the 18th centuries, the data sources for health statistics were baptism, burial, admission to and discharge from hospital register books. In the 19th century, Superior Health Board provisions about death certification, and the foundation of the Academy of Physical and Natural Sciences of Havana made it possible the submission of many scientific papers on health problems. These papers together with death notices used to be published in the medical journal of that time. In the 20th century, the collection of death certificates from the whole country was finally organized to provide nationwide statistics and notifiable disease reports and data whereas data collection was set to be only obtained from hospitals under the Public health and Welfare Department. In the 60's, the sub-register of death was set at 10 % and that of notifiable diseases at a much higher percentage. Birth statistics had never been published before whereas health resource and service statistics were incomplete. At the triumph of the Revolution, all the centers that rendered medical care to the population were incorporated into the Ministry of Public Health; besides, a governing body of the national statistics area was created. The joint work of the General Division of Statistics of the Central Planning Board (JUCEPLAN) and of the Ministry of Justice and the Ministry of Public Health allowed the latter to develop a work strategy to extend register coverage to almost 100 % and to perform research works aimed at evaluating coverage and the quality of the gathered data.**

*Key words:* medical registers, health statistics, life statistics, mortality.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro y Bachiller R. Centenario del nacimiento del Dr. Jorge Le Roy y Cassa. Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 37. Publicación del Consejo Científico del Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1968.
2. Cowley Angel L. Ensayo Estadístico Médico de la Mortalidad de la Diócesis de La Habana, durante el año 1843. Habana: imprenta del Gobierno; 1845.
3. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM). Universidad de La Habana. La Población de Cuba. La Habana: Editora Ciencias Sociales; 1976.
4. Cuba. Extracto del informe presentado por la Delegación Cubana en la 30 sesión de la Comisión Permanente para la Estadística del Consejo de Ayuda Mutua Económica. Estadística, No. 1, 1979.
5. Junta Superior de Sanidad de la Isla de Cuba. Informe Bidual Sanitario y Demográfico de la República de Cuba. Años 1902 y 1903. Tomado de la reproducción en Carlos J. Finlay, obras completas.
6. Anuario Demográfico de Cuba. Dirección General de Estadística. La Habana: Junta Central de Recuperación; 1962.
7. López Serrano E. Desarrollo histórico de las estadísticas sanitarias en Cuba. Rev Cubana Administ Salud 1976;(2):103-12.
8. Ríos Massabot NE, Tejeiro Fernández A. Evolución de la Mortalidad en Cuba. Un trienio de cada década del Período Revolucionario. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; (supl): (número monográfico).
9. Sabadí Rodríguez E. Características del Sistema Estadístico Nacional de Información. Rev Estadíst 1,1976;(1):79.
10. Artículo 3 del Decreto Ley 147 del 21 de abril de 1994, de la Reorganización de los Organismos de la Administración Central del Estado.
11. Normas de Estadística para Hospitales. Dirección General de Estadística. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1972.
12. Normas de Registros Médicos. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 1984.
13. Resolución Ministerial de Salud Pública No. 513 dic. 15, 1968. Archivo de la Dirección Nacional de Estadística de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública.
14. OMS. A who report on Social and Biological Effects on Perinatal Mortality. Report on an International Study Sponsored by the World health Organization, 1978.
15. Puffer R. Informe acerca de la Calidad de Estadísticas Vitales y sobre Investigaciones de Mortalidad Perinatal e Infantil en Cuba, 1 al 8 de mayo de 1974. OPS. Ref. AMOR 3513. Washington DC: OPS; 1974.
16. Ríos Massabot NE, Tejeiro Fernández A. Calidad de la Certificación Médica de Defunción. Centro Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1991.
17. Ríos Massabot NE, Mesa Machado A. Causas múltiples de muerte. Rev Cubana Hig Epidemiol; 1998;36(2):116-26.

Recibido: 8 de septiembre de 2004. Aprobado: 23 de mayo de 2005.  
Norma E. Ríos Massabot. Calle 15 No. 6609 entre 66 y 68. Playa.  
Ciudad de La Habana. Cuba. E-mail: eneida.rio@infomed.sld.cu

## EL HOMEÓPATA

Tenía el encanto añadido de ser homeópata clandestino y que lo mismo extraía un cálculo embolsado que uno del hígado, y, al igual que el anarquista Alirio Noguera de *Cien Años de Soledad*, usaba la homeopatía como anzuelo para ganarse a sus seguidores.

Saldívar D. García Márquez. *El viaje a la semilla. La biografía.* Alfaguara, Madrid; 1997. p. 69.