

Mortalidad infantil y condiciones de vida socioeconómicamente adversas: el caso de dos distritos poblacionales en Santiago de Cuba
Infant mortality and socioeconomically adverse living conditions: the case of two population districts in Santiago de Cuba

Lázaro Ibrahim Romero García^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3248-3110>

Sara Riccis Salas Palacios² <https://orcid.org/0000-0001-7478-2808>

Ventura Puente Saní³ <https://orcid.org/0000-0003-0731-1154>

¹Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lromerog@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La mortalidad infantil es un fenómeno sanitario relacionado directamente con las condiciones de vida deletéreas, tanto del hogar del infante como de factores socioeconómicos e higiénico-sanitarios adversos.

Objetivo: Caracterizar las desigualdades de la mortalidad infantil, según condiciones diferenciales de vida en dos distritos poblacionales de Santiago de Cuba.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de tipo ecológico exploratorio, en el municipio Santiago de Cuba, en el trienio 1995-1997. Las unidades de análisis estuvieron constituidas por las áreas de salud enmarcadas en dos distritos poblacionales de la ciudad.

Resultados: Se estratificaron ambos distritos poblacionales, según sus condiciones de vida, en asentamientos con condiciones de vida menos desfavorables y más



desfavorables. Se estimó mayor mortalidad infantil en el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables (8,7 fallecidos por 1000 nacidos vivos), donde predominaron como causas clínicas de muerte las asfixias, la anoxia e hipoxias y causas clínicas reducibles por buena atención en el parto.

Conclusiones: Se identificó un perfil diferencial de mortalidad infantil, según las condiciones de vida, al interior de los asentamientos poblacionales de los distritos urbanos de Santiago de Cuba. Los riesgos distintivos de muerte infantil fueron a expensas del componente neonatal, en lo fundamental por causas clínicas reducibles por buena atención en el parto.

Palabras clave: mortalidad infantil; mortalidad fetal; estratificación social; estado de salud.

ABSTRACT

Introduction: Infant mortality is a health phenomenon directly related to the deleterious living conditions of both the infant's home and adverse socioeconomic and sanitary factors.

Objective: To characterize inequalities in infant mortality according to differential living conditions in two populations districts of Santiago de Cuba.

Methods: A descriptive, exploratory ecological study was carried out in the municipality of Santiago de Cuba in 1995-1997. The units of analysis were constituted by the areas framed in two populations districts of the city.

Results: Both population districts were stratified, according to their living conditions, in settlements with less unfavorable and more unfavorable living conditions. Higher infant mortality was estimated in the settlement with more unfavorable living conditions (8.7 deaths per 1000 live births), where asphyxia, anoxia and hypoxia predominated as clinical causes of death and clinical causes reducible for good care at birth.

Conclusions: A differential profile of infant mortality, according to living conditions, was identified within the population settlements of the urban districts of Santiago de Cuba. The distinctive risks of infant death were at the expense of the neonatal component, mainly for clinical causes reducible by good care at birth.



Keywords: infant mortality; fetal mortality; social class; health status.

Recibido: 07/02/2024

Aprobado: 22/04/2024

Introducción

El proceso salud-enfermedad y las condiciones de vida se interrelacionan de una forma cambiante, transformándose y complementándose, mejorando o empeorando en sus diferentes momentos, según el grado y la velocidad de las fases de reproducción, así como del grado de profundidad y alcance de las acciones de salud y bienestar que se desarrollen en el interior de las comunidades. Estas realidades demuestran que las condiciones de vida pueden ser consideradas expresión directa de las desigualdades sanitarias de la sociedad y, en consecuencia, se asocian a perfiles diferenciales del proceso salud-enfermedad, lo cual genera inequidades y brechas, necesarias de ser identificadas y solventadas.⁽¹⁾

La crisis económica y social que vivió Cuba a principios de los años 90 del siglo pasado, la cual se extendió por más de una década como consecuencia de la desintegración de la extinta Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y el recrudecimiento del genocida bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los EE. UU. desde 1962 al país, provocó que los niveles de ingreso económico cayeran a su mínimo histórico, afectando considerablemente los bienes y los servicios en toda la nación. Toda esta realidad impactó negativamente los grupos más vulnerables; en particular, aumentó la mortalidad en los infantes menores de un año, uno de los fenómenos más lamentable que enfrentó el país.

El incremento diferencial de la mortalidad infantil en las disímiles condiciones de vida que fueron instaurándose en Cuba ante esta situación socio-histórica extrema fue estudiado en varios asentamientos poblacionales de la ciudad de Santiago de Cuba. Dicha investigación, supervisada por la entonces Facultad de Salud Pública de La



Habana y el Departamento de Maestría del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba⁽¹⁾, permitió identificar —a través de diferentes metodologías de estratificación epidemiológica— asentamientos poblacionales con diversas condiciones de vida al interior de la ciudad y reconocer riesgos de mortalidad infantil diferenciales, según dichas condiciones de vida, sobre la base metodológica multidimensional propuestas por el Dr. Pedro Luis Castellanos.⁽²⁾

Cabe señalar que el análisis de diferenciales de salud según condiciones de vida requiere de un tratamiento muy singular en Cuba. Esto se debe a que la estratificación de la población cubana en relación con sus condiciones de vida, según variables como el poder adquisitivo familiar, el nivel de instrucción de los miembros de la familia, el porcentaje de desempleo y otras categorías financieras no es viable, al no tener poder discriminatorio para la elaboración de indicadores en el contexto nacional, pues las transformaciones sustantivas y robustas llevadas cabo por el gobierno revolucionario han mediatizado las desigualdades injustas entre los diferentes estamentos sociales que conforman la sociedad actual de este país.

Sobre la base de todo lo expuesto anteriormente, el presente informe de investigación pretende dar continuidad al conocimiento y la socialización de los resultados del estudio de las condiciones de vida y su impacto en los diferenciales de la mortalidad infantil en asentamientos poblacionales de dicha ciudad, temática que ya fue reseñada en un artículo anterior (municipio habanero de La Lisa)⁽³⁾; lo que permitió recopilar información valiosa sobre esta etapa histórica, política y socioeconómicamente compleja de la Revolución cubana y de la salud pública revolucionaria; por lo que los resultados que se presentan pretenden caracterizar las desigualdades de la mortalidad infantil, según condiciones diferenciales de vida, en dos distritos poblacionales de Santiago de Cuba, entre los años 1995-1997.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional y descriptivo, del tipo ecológico exploratorio, en el municipio de Santiago de Cuba, en el trienio 1995-1997. Las unidades de análisis



estuvieron constituidas por las seis áreas de salud enmarcadas en dos distritos de la ciudad: José Martí y Abel Santamaría. Las condiciones de vida de las seis áreas se estudiaron sobre la base de la operacionalización metodológica propuesta por el Dr. Pedro Luis Castellanos.⁽²⁾

Las variables seleccionadas en cada dimensión fueron las siguientes:

Dimensión de los procesos ecológicos:

- Presencia de cuarterías y ciudadelas en la comunidad
- Presencia de hacinamiento en las viviendas
- Microvertederos en la comunidad
- Insuficiencia en el abasto de agua suministrada a los habitantes
- Presencia de fosas maura y fecalismo al aire libre
- Crianza de animales en el interior de las viviendas
- Polución ambiental asociada a industrias con emanaciones

Dimensión de los procesos biológicos:

- Presencia de embarazadas con alto riesgo obstétrico
- Presencia de embarazadas adolescentes (menores de 20 años)
- Población con 60 y más años de edad
- Niños desnutridos en la comunidad
- Presencia de minusválidos y discapacitados mentales

Dimensión de los procesos económicos:

- Insuficiente número de unidades de bienes y servicios enclavados en la comunidad
- Población atendida por la oficina de Asistencia social (personas sin amparo filial)
- Población con sueldo mínimo de 100 pesos cubanos
- Población en edad laboral desocupada
- Población femenina con nivel de instrucción primario o secundario
- Población femenina sin vínculo laboral estable



Dimensión de la conciencia y la conducta:

- Deserción escolar y laboral en la comunidad
- Presencia de madres solteras en la población
- Nivel de tabaquismo y alcoholismo en la población
- Potencial delictivo en la comunidad (hurto, lesiones, infligidas)
- Reyertas tumultuarias
- Juegos prohibidos

Para la estratificación de los territorios se conformó una comisión de expertos, constituida por profesionales e investigadores de la salud, funcionarios de las organizaciones de masas y del Poder Popular y líderes formales e informales de la comunidad. Los expertos, a través de un consenso, otorgaron puntajes a criterios básicamente subjetivos que, a juicio de los participantes en este proceso, identificaban a las dimensiones de las condiciones de vida. También mediante consenso, se otorgó puntuación desde 1 hasta 3, sobre la base de la siguiente escala de clasificación: presencia del criterio con intensidad mínima en la comunidad (1); presencia del criterio con intensidad moderada en la comunidad (2); presencia del criterio con intensidad máxima en la comunidad (3). Posteriormente, se sumaron los valores obtenidos (para cada variable y en cada dimensión) para las áreas de salud y se construyó una escala de tres intervalos de clase, donde el límite inferior del primer intervalo fue el valor mínimo y el límite superior del último fue el máximo. Las áreas de salud que clasificaron en el primer intervalo de la escala recibieron una puntuación de 1, en el segundo 2 puntos y en el tercero 3 puntos.

La escala final permitió clasificar a las diferentes áreas de salud de la siguiente manera: con condiciones de vida favorables (4-6 puntos); condiciones de vida menos desfavorables (7-9 puntos); condiciones de vida más desfavorables (10-12 puntos).

La información referente a las condiciones higiénico-epidemiológicas de los distritos se obtuvo de la Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología, de la Dirección Municipal de Servicios Comunales y de la Oficina Municipal del Ministerio de Trabajo



y Asistencia Social. El Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Salud ofreció la información para las variables de recursos humanos, así como lo referente a todas las variables de la dimensión de los procesos biológicos. La información sobre los fallecimientos se recopiló a partir de la base de datos de mortalidad de la Dirección Provincial de Salud de Santiago de Cuba. Para el procesamiento de toda la información fue utilizado el programa estadístico informático SPSS/PC, del sistema operativo MS-DOS. El riesgo de mortalidad infantil se computó mediante el cálculo de tasas centrales (promedio de defunciones en los tres años de estudio, dividido entre los nacidos vivos del año central del trienio).

Resultados

La clasificación de las áreas según condiciones de vida se observa en la tabla 1. Los mayores puntajes ponderados se computaron para las áreas de salud Julián Grimau y Frank País, con 11 puntos, seguido del área Armando García, con 10 puntos. Las ponderaciones más bajas las obtuvieron los centros asistenciales 30 de Noviembre, José Martí y Josué País, 8 puntos la primera y 9 para las dos restantes, respectivamente.

En base a los resultados anteriores, sustentados en la escala de clasificación final diseñada, fue posible identificar dos asentamientos poblacionales según condiciones de vida: el asentamiento poblacional con condiciones de vida menos desfavorables, conformado por las áreas de salud 30 de Noviembre, Josué País y José Martí; y el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables, que quedó estructurado por las áreas de salud Julián Grimau, Frank País y Armando García, en ese orden.



Tabla 1. Clasificación de las áreas de salud según condiciones de vida

Áreas de salud	Dimensiones								Total Ponderación
	Ecológica		Económica		Biológica		Conciencia y conducta		
	Puntaje	Pond.	Puntaje	Pond.	Puntaje	Pond.	Puntaje	Pond.	
Julián Grimau	21	3	16	3	9	2	18	3	11
Frank País	20	3	14	3	9	2	18	3	11
José Martí	18	2	12	2	9	2	16	3	9
Armando García	18	2	13	3	10	2	14	3	10
30 de Noviembre	14	2	12	2	10	2	12	2	8
Josué País	17	2	13	3	6	1	15	3	9

El asentamiento con condiciones menos favorables exhibió una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 7,1 fallecidos por 1000 nacidos vivos (NV); mientras que el asentamiento más desfavorable registró 11 defunciones de menores de un año (8,7 defunciones por 1000 NV), con incremento del riesgo de 18,3 % (tabla 2). Se precisaron riesgos superiores de muerte para ambos componentes de la mortalidad infantil (MI) en el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables, con una tasa de mortalidad neonatal de 6,3 fallecidos por 1000 NV frente a 4,7 defunciones por 1000 NV en el de condiciones menos desfavorables. En el componente posneonatal, el riesgo fue de 2,4 defunciones por 1000 NV, en contraposición con 2,3 defunciones por 1000 NV en el asentamiento menos desfavorable.

Tabla 2. Mortalidad infantil según componentes y condiciones de vida

Componentes de la mortalidad infantil	Condiciones de vida					
	Menos desfavorables			Más desfavorables		
	Defunciones promedio	%	Tasas	Defunciones promedio	%	Tasas
Neonatal	6	66,7	4,7	8	72,7	6,3
Postneonatal	3	33,3	2,3	3	27,3	2,4
Total	9	100,0	7,1	11	100,0	8,7

La MI según causa clínica de muerte (tabla 3) estimó mayor riesgo para el rubro de las asfixias, anoxia e hipoxias (3,1 fallecidos por 1000 NV), en el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables; el peso porcentual menor lo exhibieron las categorías de las malformaciones congénitas y la sepsis, en ese orden, que en ambos asentamientos registraron tasas similares de 2,4 y 1,6 defunciones por 1000 NV, respectivamente.



Tabla 3. Mortalidad infantil según causas de muerte y condiciones de vida

Causa clínica de muerte	Condiciones de vida					
	Menos desfavorables			Más desfavorables		
	Defunciones promedio	%	Tasas	Defunciones promedio	%	Tasas
Asfixias, anoxia e hipoxias	3	33,3	2,4	4	36,3	3,1
Malformaciones congénitas	3	33,3	2,4	3	27,3	2,4
Sepsis	2	22,2	1,6	2	18,2	1,6
Otras causas definidas	1	11,2	0,8	2	18,2	1,6
Total	9	100,0	7,1	11	100,0	8,7

El asentamiento con condiciones de vida más desfavorables identificó riesgos superiores para las muertes reducibles por buena atención en el parto y las reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz, con tasas de 3,1 y 2,4 defunciones por 1000 NV, respectivamente. Las causas difícilmente evitables fueron prácticamente similares en ambos asentamientos (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad infantil según criterios de evitabilidad de la muerte

Criterios de evitabilidad de la muerte	Condiciones de vida			
	Menos desfavorables		Más desfavorables	
	Defunciones promedio	Tasas	Defunciones promedio	Tasas
Reducibles por buena atención en el parto	3	2,4	4	3,1
Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz	2	1,6	3	2,4
No evitables	4	3,2	4	3,1
Total	9	7,1	11	8,7

Discusión

En la serie, los resultados que se presentan se corresponden con la realidad distintiva de cada una de las áreas de salud involucradas en el análisis y, en consecuencia, son esperados. Es conocido que el asentamiento que presenta el estado habitacional de su universo de viviendas en peor estado constructivo es el de condiciones de vida más desfavorables, por estar constituido por comunidades muy antiguas, con deterioro profundo de la habitabilidad de las viviendas y pobre urbanización de las nuevas que se han ido construyendo desde la década de los años 60 del siglo pasado; donde el



porcentaje mayor de viviendas con mal estado constructivo se ubica en el área de salud Frank País. Es necesario reconocer que las puntuaciones asignadas por los expertos, relacionada con la presencia de cuarterías y ciudadelas en los asentamientos fue inferior para las áreas de salud José Martí (1 punto), Josué País y 30 de Noviembre, pertenecientes al asentamiento con condiciones de vida menos desfavorables.

La presencia de vectores transmisores de enfermedades y la crianza de animales domésticos en el interior de las viviendas fueron otras dos variables de la dimensión ecológica que presentaron puntuaciones elevadas para el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables, lo que refuerza el panorama deletéreo de las condiciones higiénico-sanitarias que subsisten en estos enclaves poblacionales, en contraste con el otro asentamiento.

En el análisis comparativo entre ambos asentamientos para la dimensión económica se destaca, fundamentalmente, que en el asentamiento con condiciones de vida más desfavorables existió la preeminencia de la población en edad laboral desocupada y las mujeres jóvenes sin vínculo laboral estable (subempleo), así como la población atendida por la oficina de asistencia social. En lo referente a la dimensión de la conciencia y la conducta, también es evidente que el estado de las variables en el asentamiento más desfavorecido es marcadamente desventajoso al asentamiento de referencia (menos desfavorable), pues alcanza puntuaciones máximas para casi todos los indicadores analizados, lo que evidencia un deterioro significativo de los procesos relacionados con las interrelaciones de los grupos humanos que lo integran, en lo concerniente a las normas de convivencia, hábitos y estilos de vida, así como de las relaciones de los habitantes con sus congéneres.

La realidad antes descrita está en consonancia con el hecho de que en la década de los años 90 del siglo pasado las condiciones de vida de Cuba estaban afectadas por profundas dificultades económicas y sociales, determinadas, esencialmente, por dos factores: la desaparición de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y el campo socialista —países con los cuales el país mantenía relaciones de intercambio comercial preferenciales, mediante mecanismos de integración inclusivos— y el recrudecimiento del injusto e inhumano bloqueo de los Estados Unidos a la Isla. A esta etapa del desarrollo socio-histórico de la nación se le hizo llamar periodo especial en



tiempos de paz. La repercusión de los problemas económicos sobre las condiciones de vida de la población tuvo su expresión mayor en la drástica reducción del transporte público, los recortes programados de la energía eléctrica, la carencia sustancial de alimentos y los medicamentos, los materiales de la construcción, la caída del poder adquisitivo del peso cubano, etc. Estas circunstancias adversas impactaron negativamente en el estado de salud y bienestar de todos los cubanos. A pesar de estas carencias socioeconómicas profundas, la salud materno-infantil mantuvo indicadores satisfactorios, por la acción y la voluntad expresa de la gobernanza política, con la consecuente disminución progresiva de la MI, en específico; aunque sí se constataron fisuras diferenciales al interior de los asentamientos poblacionales, relacionadas con condiciones particulares de su existencia. El gobierno revolucionario, desde el punto de vista de la política social, mantuvo la canasta básica de alimentos subsidiados, acceso a la educación y atención médica gratuita universal, perfeccionado con el plan del Médico y la Enfermera de la familia; se brindó protección a los grupos vulnerables de la población (niños, ancianos, mujeres, enfermos y discapacitados), lo que contribuyó a amortiguar el impacto social de la situación desfavorable existente.

Todas las medidas tomadas por la dirigencia política del país para que la población cubana enfrentara, en la menor magnitud posible, este estado de privación de bienes y servicios, condicionó la homogenización de las condiciones de vida al interior de los diferentes estratos sociales y comunidades, lo que posibilitó que el análisis de los diferenciales de salud según las condiciones de vida se realizara a través de otras variables e indicadores, diferentes a los que comúnmente son utilizados por la mayoría de otros investigadores. A pesar de considerarse verosímil la clasificación que se presenta, sin embargo, se es de la opinión que resultó imperfecta la escala que posibilitó tal procedimiento metodológico; limitante que asumen los autores, al tener certeza de que pudo haber sido otro el resultado final de la estratificación territorial, de haberse realizado por los expertos el procedimiento de asignación de puntajes y clasificación de forma más refinada, sobre la base del entorno común que le es inherente a dos de las áreas de salud estudiadas: 30 de Noviembre y Armando García. En tal caso, la clasificación por condiciones de vida de los distritos hubiese podido concluir según las siguientes tres categorías, teniendo en consideración la



uniformidad caracterológica que las particulariza, desde lo medio-ambiental, socio-histórico, urbanístico y cultural:

- Condiciones de vida favorables: 30 de Noviembre y Armando García
- Condiciones de vida menos desfavorables: José Martí y Josué País
- Condiciones de vida desfavorables: Julián Grimau y Frank País

No obstante, se evidencian diferencias incuestionables en los dos asentamientos resultantes, pues el que presentó condiciones de vida menos desfavorables exhibe mejor estado constructivo de la vivienda, condiciones ambientales e higiénico-sanitarias menos adversas y estilos de vida y costumbres más depuradas, que el asentamiento con desmedro acentuado de sus condiciones existenciales. De igual forma, tal estado acrecentadamente desfavorable, identificado en las áreas de salud del distrito poblacional José Martí, condiciona el patrón de MI incrementado que presenta dicho enclave poblacional, en relación con el otro distrito.

Los referentes teóricos sobre la temática manifiestan concordancia con los resultados encontrados, en relación con la singular, compleja y dinámica asociación entre la MI y las condiciones de vida. En el ámbito nacional, resultan medulares las investigaciones que lleva a cabo la Escuela Nacional de Salud Pública sobre las condiciones de vida y su relación con perfiles diferenciales de morbilidad y mortalidad, bajo diferentes metodologías y estratificadores métricos. Destacan los trabajos de Pría Barros MC⁽⁴⁾ y García Milián AJ.⁽⁵⁾ Recientemente, Romero García LR,⁽³⁾ recupera hallazgos de una investigación realizada en esta misma institución académica, que ilustra los diferenciales de la MI en condiciones excepcionales de dificultades socioeconómicas en un municipio de La Habana.

En el espacio latinoamericano y caribeño, son loables los aportes investigativos sobre esta temática en las últimas dos décadas. Noboa Cruz H,⁽⁶⁾ expresa que la distribución de la MI y sus dos componentes (neonatal y posneonatal) en el mundo, en las Américas y en el Ecuador, resulta ser más elevada en poblaciones bajo regímenes de pobreza y pobreza extrema.



En un documento de la República del Perú,⁽⁷⁾ se señala la presencia de diferencias notorias y niveles de MI en el interior del país relativamente altos, que están relacionados con altos índices de pobreza. Este informe evidencia que la TMI en el área rural es 56,3 % mayor que en la urbana; en las mujeres sin ningún nivel educativo es 184 % mayor que en las que tienen educación universitaria; es 35,3 % mayor cuando la vivienda no tiene alumbrado eléctrico; 45,1 % mayor cuando el piso es de tierra; 49,4 % mayor cuando el servicio higiénico no tiene conexión a la red pública y 45,9 % mayor cuando no tiene agua de red pública. En este sentido, Bossio JC y sus colaboradores,⁽⁸⁾ plantean que 99 % de las muertes neonatales se producen en los países de medianos o bajos ingresos, especialmente en África y el sur de Asia.

Referente a las rubros clínicos de la MI, un documento colombiano⁽⁹⁾ ilustra que entre las causas fundamentales de MI se registran la prematuridad/inmaturidad con 3 defunciones por cada 1000 NV, seguida de la asfixia y causas relacionadas. Giraldo Marín IC *et al*,⁽¹⁰⁾ reconocen que la prematuridad fue preeminente en la cuarta parte de los fallecidos. Cantero Noguera CJ y sus colaboradores,⁽¹¹⁾ encuentran que la afectación cardiaca fue la principal causa de muerte neonatal, seguida de afectación respiratoria y el síndrome genético.

En un estudio realizado en Minas Gerais, Brasil,⁽¹²⁾ se sostiene que cerca de 46,8 % de las muertes por causas reducibles en menores de 5 años ocurrieron en el periodo neonatal. Se observó que los municipios con altos índices de mortalidad infantil fueron los que presentaron menor índice de desarrollo humano.

Un informe de la provincia argentina de Misiones,⁽¹³⁾ declara que 73 % de la mortalidad neonatal en el año 2021 fue por causas reducibles, mientras que 75 % resultó ser reducible para el componente posneonatal, fundamentalmente en el parto (32 %) y reducible por prevención y tratamiento en 38 %. Otro informe colombiano⁽¹⁴⁾ evidencia que 84,3 % del total de las muertes perinatales y neonatales notificadas pudieron ser evitadas y que la pobreza continúa siendo el azote fundamental que las genera.

En el contexto de los países con elevado nivel de desarrollo socioeconómico también han sido expuestas las desigualdades en salud al interior de dichas sociedades. Resulta ejemplificante un informe irlandés⁽¹⁵⁾ que reconoce que las madres afrodescendientes



experimentaron TMI significativamente más altas en el periodo analizado, siendo entre 1,5 y 2 veces superiores a las de las madres nacidas en Irlanda; resultado que evidencia inequidades importantes al interior de esta sociedad, realidad que graba la presencia de desigualdades monetarias y raciales injustas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 hacen prevalecer la oportunidad y el derecho de los niños y las niñas al disfrute pleno de sus derechos, donde el derecho a la vida y al bienestar constituye la piedra angular de tales propósitos. Es la razón por la que se insta a las diferentes organizaciones internacionales, a los gobiernos y a las diferentes instituciones estatales y privadas a desplegar ingentes esfuerzos para seguir reduciendo los niveles de MI en las diferentes regiones del planeta, mediante la atención esmerada, multidisciplinaria y de calidad a la niñez, que asegure su sobrevivencia, seguridad y prosperidad.

A modo de conclusión, en la casuística se identifica un perfil diferencial de la mortalidad infantil, según las condiciones de vida al interior de los asentamientos poblacionales de los distritos urbanos José Martí y Abel Santamaría de Santiago de Cuba en el periodo de análisis, asociado, en lo fundamental, al deterioro higiénico-epidemiológico y medio-ambiental del asentamiento con condiciones de vida más desfavorables. Los riesgos distintivos de muerte infantil fueron a expensa del componente neonatal, con génesis en causas clínicas reducibles por buena atención en el parto y por diagnóstico y tratamiento temprano.

Referencias bibliográficas

1. Corral Martín A, Pría Barros MC. Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud. Rev Cuban Med Gen Integr. 2017 [citado 21/02/2023];33(3). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/385/155>
2. Castellanos PL. Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. Actas del I Congreso



Iberoamericano de Epidemiología. Granada: Sociedad Iberoamericana de Epidemiología; 1992.

3. Romero García LI, Puente Saní V. Condiciones de vida en situaciones excepcionales y su influencia en la mortalidad infantil: hallazgos de referencia. Medisan (Santiago de Cuba). 2023 [citado 21/02/2023];27(2):1-16. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4594/pdf>

4. Pría Barros MC. Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. Rev Cuban Med Gen Integr. 2006 [citado 21/02/2023];22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004

5. García Milián AJ, Pría Barros MC, Martín X. Condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en el consumo de medicamentos. En: Hidalgo López-Chávez V, Perojo Páez VM. (Compiladoras). Equidad social y salud. Investigaciones en la Cuba actual. La Habana: Publicaciones Acuario; 2019 [citado 21/02/2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Vilma-Hidalgo-2/publication/334119233_EQUIDAD_SOCIAL_Y_SALUD_INVESTIGACIONES_EN_LA_CUBA_ACTUAL/links/5d18204ba6fdcc2462b0d968/EQUIDAD-SOCIAL-Y-SALUD-INVESTIGACIONES-EN-LA-CUBA-ACTUAL.pdf?

6. Noboa Cruz H. Mortalidad Infantil en el Ecuador: tragedia sin resolver. Quito: ECOGRAF; 2020 [citado 21/02/2023]. Disponible en: http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/figess/figess_figess015.pdf

7. Padilla Trejo A. Perú: Mortalidad infantil y sus diferenciales según departamento, provincia y distrito 2017. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2022 [citado 21/02/2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1865/libro.pdf

8. Bossio JC, Sanchis I, Herrero MB, Armando GA, Arias SJ. Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Argentina, 1980-2017. Rev Panam Salud Publica. 2020 [citado 21/02/2023];44:e127. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52915/v44e1272020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



9. Serna Trejos JS, Bermúdez Moyano SG. Estado epidemiológico de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia, 2022. Rev Peru Ginecol Obstet. 2023 [citado 21/02/2023];69(1):1-2. Disponible en: <http://51.222.106/index.php/RPGO/article/download/2490/2730/7371>
10. Giraldo Marín IC, Henao Urrea LI, Zapata Franco MC. Caracterización sociodemográfica y clínica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía 2018-2021, Rionegro (Antioquia). Rev. CES Salud Pública y Epi. 2022 [citado 21/02/2023];1(2):3-17. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/spe/article/download/6965/3784/42240>
11. Cantero Noguera CJ, Colmán Gómez DB, Oviedo Ramírez SR, Cordone Ramos AM. Características clínicas de la mortalidad neonatal en un hospital de tercer nivel del Paraguay: un estudio observaciones retrospectivo. Med. Clín. Soc. 2023 [citado 21/02/2024];7(2):107-12. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/mcs/v7n2/2521-2281-mcs-7-02-107.pdf>
12. Da Silva AF, Silva JP. Mortalidad infantil prevenible en Minas Gerais: perfil epidemiológico y espacial. Rev. Bioet. 2020 [citado 21/02/2024];28(2):276-80. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FbJLWx3fbmBrJSmk4xWwhSx/?lang=es&format=pdf>
13. Ministerio de Salud Pública. Cuadros y Gráficos Mortalidad Infantil según criterios de Reducibilidad Año 2021. Misiones Provincia. Argentina. 2022 [citado 21/02/2024]. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2022/05/Reducibilidad-2021-1.pdf>
14. Rozo Gutiérrez N, Ávila Mellizo G. Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018. Rev Chil Salud Pública. 2021 [citado 21/02/2024];25(1):51-62. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/65196/68523/235345>
15. Duffy K, Connolly S, Nolan A, Maître B. Unequal chances? Inequalities in mortality in Ireland. Dublin: Economic and Social Research Institute. Research Series 145; 2022



[citado 21/02/2024]. Disponible en:
https://www.esri.ie/system/files/publications/RS145_3.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Contribución de los autores

Lázaro Ibrahim Romero García: Investigación, conceptualización, metodología, curación de datos, administración del proyecto, redacción–borrador original, redacción–revisión y edición. (70 %)

Sara Riccis Salas Palacios: Investigación y revisión. (20 %)

Ventura Puente Saní: Revisión y edición. (10 %)

