

Mortalidad extrahospitalaria en Santiago de Cuba desde 2013 hasta 2022

Out-of-hospital mortality in Santiago de Cuba from 2013 to 2022

Ariadna Domínguez Mateos¹ <https://orcid.org/0009-0006-1720-0713>

María del Carmen Díaz Medina² <https://orcid.org/0009-0006-1720-0713>

Luis Eugenio Valdés García^{3*} <https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Departamento de Salud Pública. Santiago de Cuba, Cuba.

² Dirección General de Salud. Departamento de estadísticas. Santiago de Cuba, Cuba.

³ Instituto Finlay de Vacunas. Dirección de Investigaciones Clínicas y Evaluación de Impacto. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: valdez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La mortalidad es una de las variables demográficas más relevantes y se considera una fuente de indicadores confiables del bienestar. Según el lugar donde ocurre el deceso, esta se clasifica en intrahospitalaria o extrahospitalaria.

Objetivo: Describir algunos rasgos de la mortalidad extrahospitalaria en la provincia Santiago de Cuba en el periodo 2013-2022.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, la población de estudio fueron 37 641 fallecidos extrahospitalarios, se utilizó como fuente de información el registro de fallecidos del departamento de estadísticas de la Dirección General de salud y se usaron como medidas de resumen las tasas y el porcentaje.



Resultados: Se halló un incremento significativo de la mortalidad durante los años 2021-2022. El 87,0 % de los fallecidos tenían edades por encima de los 60 años, los municipios Palma Soriano, II Frente, III Frente y Guamá fueron los de mayores índices. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares fueron las principales causas de muerte, Además, se detectó un incremento de las neumonías, enfermedad de Parkinson, el Alzheimer y la demencia.

Conclusiones: Es necesario el control de la mortalidad extrahospitalaria en Santiago de Cuba, realizar nuevos estudios que identifiquen factores de riesgo para su ocurrencia y evaluar la influencia de la calidad de los servicios prestados en particular al adulto mayor, grupo etario que aporta más del 85,0 % a este fenómeno, donde la familia debe desempeñar un rol protagónico.

Palabras clave: Mortalidad extrahospitalaria; vigilancia epidemiológica; determinantes sociales de salud.

ABSTRACT

Introduction: Mortality is one of the most relevant demographic variables and is considered a reliable indicator of well-being. Depending on where the death occurs, it is classified as in-hospital or out-of-hospital.

Objective: To describe some characteristics of out-of-hospital mortality in Santiago de Cuba province during the period 2013-2022.

Method: A descriptive, cross-sectional, observational study was conducted. The study population consisted of 37,641 out-of-hospital deaths. The data source was the death registry of the statistics department of the General Health Direction. Rates and percentages were used as summary measures.

Results: A significant increase in mortality was found during the years 2021-2022. The 87.0 % of the deceased were over 60 years of age. The municipalities of Palma Soriano II Frente, III Frente, and Guama had the highest rates. Cardiovascular diseases, malignant tumors, and cerebrovascular diseases were the leading causes of death. In addition, an increase in pneumonia, Parkinson's disease, Alzheimer's disease and dementia was observed.



Conclusions: Out-of-hospital mortality in Santiago de Cuba requires monitoring and further studies are necessary to identify risk factors and the influence of the quality of services provided, particularly to older adults, needs to be evaluated. This age group accounts for more than 85 % of deaths in this phenomenon, and families must play a leading role in this process.

Keywords: Out-of-hospital mortality; epidemiological surveillance; health social determinants.

Recibido: 18/03/2026

Aprobado: 26/05/2026

Introducción

La mortalidad es una de las variables demográficas más relevantes en la población, ya que la información sobre la misma es considerada como fuente de indicadores confiables del bienestar, aun cuando ella, por sí sola, no contribuya de forma significativa a la explicación de la acción de los mecanismos causales que dan lugar a este fenómeno social, en tanto es solo la forma visible y transfigurada de un proceso más complejo y acumulativo de trastornos biológicos que pueden finalizar en una defunción, que es lo que en última instancia se registra con mejor o peor calidad y que está determinada por una combinación de condicionantes sociales y médicas.

El estudio de la mortalidad resulta muy útil para comprender mejor la acción combinada de factores de diversa índole, tanto internos como externos. Entre estos factores resaltan: el tamaño de la población; su grado de homogeneidad cultural; el condicionamiento geográfico; y el carácter instrumental de las condiciones económicas en que la población se desenvuelve, cuya raíz se encuentra en las relaciones sociales de producción imperantes. Asimismo, se debe considerar la presencia de factores externos, que siempre han actuado



de una u otra forma en la historia de las naciones y que se entrelazan con una voluntad política en el campo especializado.

La mortalidad extra o pre hospitalaria es un fenómeno poco estudiado en Cuba, las características del Sistema Nacional de Salud (universalidad, regionalización, accesibilidad absoluta, gratuidad), ofrecen las posibilidades que las personas enfermas reciban una atención médica adecuada en ambientes hospitalarios.

Según la Organization Mundial de la Salud (OMS) el índice de camas hospitalarias debe ser 2,5 x 1000 habitantes, sin embargo, muchos países no logran alcanzar esta cifra, en Cuba durante el 2024 la cifra fue de 4,8 y en la provincia Santiago de Cuba de 5,2.^(1,2)

En los 60 en Inglaterra y otros países europeos, surgieron los "**cuidados paliativos**" en respuesta a la reacción de pacientes y familiares con enfermedades en estadíos terminales que preferían los tiempos finales de vida pasarlos junto a sus familiares y no en una institución hospitalaria.

Los cuidados paliativos son un tipo de atención médica especializada que se centra en aliviar el dolor y otros síntomas de una enfermedad grave, además de considerar los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad en conjunto con tratamientos específicos.⁽³⁾

Existen tres principios básicos de la bioética:

- Cualquier persona tiene derecho a recibir los cuidados médicos y paliativos que le permitan una vida digna hasta el último día de vida (principio de justicia).
- Realizar los procedimientos médicos adecuados que busquen la calidad de vida más que cantidad, no caer en el error del nihilismo terapéutico, ni aplicar a los ancianos procedimientos muy invasivos que conlleven al incremento de los costos, prolongar la agonía y aliviar el sufrimiento próximo a la muerte (principio de la beneficencia y no maleficencia).
- Se respetará el deseo del adulto mayor para escoger cómo, cuándo y dónde morir.⁽⁴⁾



Sobre el lugar donde ocurre la muerte, según los expertos se señalan tres factores que determinan este escenario:

- Las características socio-demográficas; entre las cuales se citan la edad, sexo, nivel educacional, zona geográfica en la que resides, de ahí que presenten mayor frecuencia de muerte en sus casas, mujeres, personas ancianas, de alto nivel educativo y los residentes en zonas urbanas.
- Características relacionadas con la salud; entre estas se encuentra el tipo de enfermedad, la discapacidad que esta ocasiona, la duración y los tipos de tratamiento requeridos. También existen enfermedades que requieren tratamientos específicos o el uso de tecnología que solo puede aplicarse en un ambiente hospitalario.
- Recursos personales y sociales; aquí se destacan las características del sistema de soporte formal e informal, en específico de familiares que asumen el cuidado de enfermos en fase terminal en sus hogares. En algunos países en las últimas décadas han surgido redes y grupos de apoyo social que ha inducido un incremento de fallecimientos a nivel domiciliario. También se ha visto que aquellos con buen soporte familiar y con un cuidador más joven tienen mayor tendencia a morir en casa.⁽⁵⁾

En China, el 92,0 % de ancianos con edades entre 80 y 105 años morían en sus casas. En EE. UU., en el 2017, el 29,8 % de las personas murieron en el hospital, mientras 31,0 % en sus casas y 21,0 % en hogares de ancianos. Con enfermedad de Alzheimer 40,0 % fallecieron en sus casas y 30,0 % en hospitales, cabe destacar que la proporción fue mayor entre las mujeres.^(6,7)

La revisión bibliográfica mostró que eran escasos los trabajos sobre mortalidad extra-hospitalaria y la mayoría de los casos eran atribuidos a causas específicas, como la mortalidad por infarto agudo de miocardio, muertes accidentales y por violencia.

En la provincia Cienfuegos, Morera Álvarez y Portell del Sol realizaron estudios sobre el tema y la Dra. Adianis González, en el municipio Habana del Este lo mencionó, aunque se refirió a causas de muertes específicas.^(8,9,10)



En la provincia Santiago de Cuba esta modalidad de la mortalidad ha mostrado una tendencia ascendente y por ello se propuso realizar una caracterización de la misma, siendo el objetivo fundamental del presente estudio

Método

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y ecológico en la provincia Santiago de Cuba, que incluyó 94 323 fallecidos registrados entre 2013 y 2022, de ellos el 34,9 % ocurrieron en el domicilio. Se utilizaron como fuentes de información las bases de datos de mortalidad del departamento de estadísticas de la dirección general de salud y se tomaron en cuenta variables demográficas y epidemiológicas, entre ellas: la edad, el sexo, el municipio de residencia, el año del fallecimiento, el lugar en que ocurrió el mismo y la causa.

Los datos obtenidos fueron procesados en computadora, mediante el programa EXCEL de Microsoft Office 2016. Los resultados fueron presentados en tablas mediante números absolutos, porcentajes y tasas de mortalidad.

Resultados

En el periodo estudiado se registraron 94 323 defunciones para un promedio anual de 9 432, lo que mostró una tendencia ascendente.

Del total de muertes, 37 641 ocurrieron fuera de instituciones de salud (36,8 %) y de estas 32 958 (34,9 %) fueron en el domicilio. Un total de 13 996 defunciones (14,8 %) se registraron en los cuerpos de guardias y solo el 41,1 % falleció ingresado en alguna unidad hospitalaria, (tabla1).

Tabla 1. Fallecidos según lugar de ocurrencia de la muerte

Año	Domicilio	Otro lugar	Ing. Hosp.	C/G hosp.	Policlínico	Otro C.Méd.	Ignorado	Total defunc
-----	-----------	------------	------------	-----------	-------------	-------------	----------	--------------



2013	2 663	514	3 512	979	NR	353	1	8 022
2014	2 713	516	3 319	1 065	NR	312	3	7 928
2015	2 942	449	3 593	1 212	NR	337	6	8 539
2016	2 754	496	3 459	1 146	NR	277	9	8 141
2017	3 106	511	3 818	1 405	NR	375	13	9 228
2018	3 047	445	3 820	1 416	282	61	1	9 072
2019	3 317	436	3 948	1 364	313	66	6	9 450
2020	3 636	415	3 874	1 611	353	63	2	9 954
2021	4 733	458	5 446	2 290	537	110	11	13 585
2022	4 047	443	4 007	1 508	332	62	5	10 404

El 87,0 % de los fallecidos eran mayores de 60 años, grupo de edades que definían el ascenso de la tendencia, no siendo así para los menores de 60 años.

La tendencia general de la mortalidad extra-hospitalaria fue ascendente; la tasa en 2013 fue de 301,6 y en 2022 de 432,1 por 10⁵ habitantes, con un cambio relativo del 43,3 %. En los grupos de edades menores de 40 años fue estacionaria; en el grupo de 40-59 ascendente y muy marcado en los mayores de 60 años.

De las defunciones registradas en el domicilio, 126 fueron pacientes menores de 20 años (0,4 %), 431 con edades entre 20 y 39 años (1,3 %); en el grupo etario de 40 a 59 años la cifra ascendió a 3740 (11,3 %), mientras que en el de 60 a 79 años fue de 13 314 (40,4 %) y entre los mayores de 80 años fue de 15 347 (46,6 %). Por otro lado, 54,9 % de los fallecidos a nivel domiciliario fueron del sexo masculino.

Tabla 2. Fallecidos según grupos de edades por años



Años	Grupos de edades				
	< de 20	20-39	40-59	60-79	80 y más
2013	16	51	317	1 098	1 181
2014	17	45	296	1 091	1 264
2015	11	41	349	1 217	1 324
2016	14	43	342	1 096	1 259
2017	6	40	359	1 295	1 406
2018	11	40	364	1 269	1 363
2019	11	39	405	1 362	1 500
2020	9	48	435	1 438	1 706
2021	12	40	450	1 789	2 442
2022	19	44	423	1 659	1 902
Total	126	431	3740	13 314	15 347

Todos los municipios mostraron una tendencia ascendente en la mortalidad domiciliaria y los municipios, donde se registró una mayor variación porcentual y se destacaron los municipios de Contramaestre, II Frente. Songo La Maya, Santiago de Cuba, Guamá y III Frente.

Los que presentaron las mayores proporciones de mortalidad extrahospitalaria fueron Palma Soriano, II Frente, III Frente y Guamá (>40,0 %). Los tres últimos corresponden a municipios donde un importante porcentaje de la población reside en áreas rurales, además, la cobertura hospitalaria con servicios especializados como Cardiología, Oncología, Medicina Interna, Terapia Intensiva y otros no está disponible. Palma Soriano utiliza como unidad dotada de servicios especializados el hospital Clínico-Quirúrgico Ambrosio Grillo, que se ubica a 30 km de distancia de la ciudad de Palma Soriano.

Tabla 3. Fallecidos en el domicilio según municipios

Municipios	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Contramaestre	291	233	313	285	299	317	330	373	488	407	3 336
J. A. Mella	227	243	241	241	270	269	287	267	552	304	957
San Luis	227	206	211	237	221	189	231	225	325	279	2 351
II Frente	67	83	101	84	114	108	136	130	153	152	1 128
Songo la Maya	238	221	254	256	277	302	350	328	413	374	3 014
Santiago de Cuba	1 209	1 351	1 404	1 310	1 530	1 431	1 541	1 792	2 248	1 914	15 730
Palma Soriano	418	400	436	366	425	468	478	492	671	606	4 760
III Frente	62	59	71	59	84	64	86	84	122	101	792



Guamá	67	78	64	70	84	78	77	121	151	100	890
Total	2 663	2 713	2 942	2 754	3 106	3 047	3 317	3 636	4 733	4 047	32 958

Las causas de muerte con mayores índices de mortalidad domiciliaria fueron la artrosis (75,1 %), las lesiones autoinflingidas (59,2 %), los trastornos mentales debido al alcohol, la enfermedad de Parkinson (47,5 %), los tumores malignos (47,0 %), las enfermedades del corazón (43,2 %) y la demencia y enfermedad de Alzheimer (43,0 %). Por otro lado, los menores índices fueron muertes por SIDA (10,0 %), influenza y neumonía (15,0 %), cirrosis hepática (25,2 %) y diabetes mellitus (30,0 %).

Las causas de muerte que mostraron mayores índices de variación hacia el incremento fueron: las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades mentales y de Alzheimer, la influenza y la neumonía, la cirrosis, los accidentes, otras afecciones crónicas del hígado y la enfermedad de Parkinson.

Tabla 4. Fallecidos en el domicilio según causas de muerte

Causas	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Enfermedades del corazón	744	743	892	796	936	875	984	1 178	1 945	1 528	10621
Tumores malignos	867	875	861	848	907	887	936	1 032	1 138	975	9 326
Enf. cerebrovasculares	191	224	216	230	254	294	321	334	360	353	2 777
Accidentes	166	186	181	198	206	204	227	205	249	237	2 059
Demencia y enfermedad de Alzheimer	137	143	161	136	164	154	167	199	249	220	1 730
Influenza y neumonía	82	67	77	83	107	110	125	113	177	196	1 137
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	89	74	94	93	107	94	119	106	109	106	991
Lesiones autoinflingidas	55	50	61	58	55	52	63	68	65	64	591
Diabetes mellitus	72	57	64	43	43	44	64	58	76	47	568
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	47	49	53	52	55	64	54	58	58	54	544
Trastornos mentales debidos al uso del alcohol	35	36	47	44	51	57	57	46	41	20	434
Artrosis	26	26	41	19	25	35	30	30	35	23	290



Cirrosis y otras afecciones crónicas del hígado	19	21	26	20	29	30	21	34	35	37	272
Enfermedad de Parkinson	9	15	25	13	25	18	17	27	26	17	192
Agresiones	17	9	9	10	11	7	6	9	9	10	97

La tabla 5 describe que, de los fallecidos por artrosis, 99,3 % tenían edades por encima de los 60 años, mientras que, de los fallecidos por lesiones autoinfligidas, 50,0 % eran menores de 60 años. Llamó la atención que el 94,0 % de los fallecidos por accidentes eran mayores de 60 años; en estos, las caídas accidentales desempeñaron un rol determinante. Otro aspecto relevante fue que, de los fallecidos por trastornos mentales debidos al uso del alcohol, el 50,0 % eran menores de 50 años, y que, de las muertes por tumores malignos, 17,0 % eran menores de 60 años.

Tabla 5. Distribución según principales causas de muerte por años y grupos de edades.

Causas de muerte	Edad	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2022	Total	2019	2020	2021
Artrosis	< 60 ^a	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0
	60-79	5	4	7	1	0	5	5	43	8	2	6
	80 +	21	22	34	18	25	30	18	245	21	28	28
Trastornos mentales debidos al uso del alcohol	< 60 ^a	17	16	26	22	30	23	10	217	34	21	18
	60-79	15	19	21	21	20	31	10	201	23	22	19
	80 +	3	1	0	1	1	3	0	16	0	3	4
Enfermedad de Parkinson	< 60 ^a	0	0	1	0	3	0	0	11	3	3	1
	60-79	6	9	13	8	11	11	7	96	5	14	12
	80 +	3	6	11	5	11	7	10	85	9	10	13
Lesiones autoinfligidas	< 60 ^a	24	29	24	36	30	26	38	296	31	30	27
	60-79	24	15	22	13	16	18	16	202	23	28	27
	80 +	7	6	15	9	9	8	10	94	9	10	11
Demencia y enfermedad de Alzheimer	< 60 ^a	0	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1
	60-79	33	38	42	30	38	43	53	419	40	44	58
	80 +	104	103	118	104	125	110	166	1 399	126	152	190
Accidentes	< 60 ^a	15	18	13	11	7	13	16	129	5	19	12
	60-79	29	37	38	41	44	39	51	422	49	40	54
	80 +	122	131	130	146	155	152	170	1 508	173	146	183
Tumores malignos	< 60 ^a	134	138	139	144	146	146	179	1 570	165	182	197
	60-79	460	426	448	446	492	467	511	4 817	488	519	560
	80 +	273	311	274	258	269	274	285	2 939	283	331	381
Enfermedades del corazón	< 60 ^a	108	71	94	100	98	115	121	1 094	121	125	141
	60-79	306	314	378	308	406	339	643	4 256	423	448	691
	80 +	330	358	420	388	432	421	764	5 271	440	605	1 113



Discusión

El lugar donde las personas fallecen está asociado a diversos factores, entre ellos los socio-demográficos (edad, sexo, educación, lugar de residencia, creencias religiosas y tradiciones), aquellos relacionados con los problemas y los servicios de salud (padecer enfermedades crónicas como el cáncer, las ECV y la diabetes mellitus) propias de tratamientos prolongados y que por lo general tienen evolución desfavorable y los factores relacionados con los recursos individuales y sociales de que disponen tanto el enfermo como su familia y la solvencia económica.⁽¹¹⁾

En el periodo analizado, el porcentaje de defunciones ocurridas en el domicilio resultó inferior al mostrado por Morera Álvarez y cols. en Cienfuegos en 2016, que alcanzó un 86,4 %⁽⁸⁾ y al reportado por Portell del Sol y cols. de la misma provincia, en un estudio de la mortalidad del decenio 2013-2022, quienes mostraron que el 48,2 % de las muertes ocurrieron en los domicilios.⁽⁹⁾ También este índice estuvo por debajo del informado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México, que fue de 47,3 %, ⁽¹²⁾ mientras que en Estados Unidos este índice apenas alcanza un 34,5 %.⁽⁶⁾

La mortalidad mostró una tendencia ascendente, en especial a partir del 2017 y de forma muy particular durante los años 2020 y 2021, lo que influyó de manera indiscutible en esta variación la ocurrencia de la epidemia de la Covid-19, cuando las medidas de restricción de movilidad por un lado y la presión sobre los servicios especializados por el otro deben haber tenido un impacto negativo sobre estos.⁽¹³⁾

Según cifras esperadas de la variación habitual de la mortalidad domiciliaria para el año 2019 era de 2 942 defunciones como cifra esperada se registraron 3 317, para el 2020 la cifra esperada era de 3 047 y el número ascendió a 3 636 y en el 2021 de 3 016 como cifra esperada la registrada fue de 4 733.

En estos incrementos las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos tuvieron una cifra significativa y en menor cuantía neumonías e influenza, así como los accidentes y diabetes mellitus.

Mathieu et al. revisaron en 2024 el exceso de mortalidad informado por algunos países como Rusia, EEUU, Brasil y China durante la pandemia de COVID-19 lo que demostró que



ese exceso se calcula cuando se halla la diferencia entre el número de muertes registradas y esperadas si no se hubiera producido la pandemia y relacionan los excesos de muertes con algún subregistro de fallecidos a causa de la infección por SARS CoV 2 y muertes atribuibles a otras causas y condiciones, generadas por la crisis de la pandemia^(14,15) En estos dos años el incremento observado en las defunciones por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos fue significativo y en menor cuantía neumonías e influenza, así como los accidentes y diabetes mellitus.

En cuanto a la variable edad los resultados fueron similares a los mostrados en otros estudios nacionales e internacionales, donde el mayor porcentaje de defunciones fuera de las instituciones hospitalarias se observó en personas mayores de 60 años y en especial por encima de los 80 años.^(6,10,16)

Cabe destacar que en esta variación influían de manera significativa las causas de muerte, donde las enfermedades crónicas no transmisibles aportaban las mayores cifras; estas entidades muchas veces conllevaban a estadías prolongadas y pronósticos no favorables, y familiares y pacientes preferían estar en casa y no en los hospitales. Por otro lado, había eventos súbitos como el infarto cardíaco, las arritmias y el paro cardíaco, que eran causas frecuentes de mortalidad extrahospitalaria.

Un estudio en Las Tunas identificó un grupo de aspectos relevantes en este tipo de evento aportando mayor porcentaje el sexo masculino con el grupo de edad de más de 60 años, con antecedentes de trastornos cardiovasculares entre otros.⁽¹⁷⁾

No podemos dejar de tomar en cuenta que el mantener a un paciente ingresado en una institución, implica para el resto de la familia un cambio en la dinámica del grupo, sobre todo en nuestro país, donde muchas veces en la alimentación y acompañamiento al paciente, los restantes miembros del núcleo tienen un papel protagónico.

Por otro lado, la mortalidad extrahospitalaria en edades jóvenes se asocia a causas violentas (accidentes, homicidios, suicidios), las cuales en nuestro país han mostrado reducciones, un estudio realizado en la provincia Guantánamo concluyó que alrededor de un 42,0 % de estas defunciones fueron evitables si se mejoraran los servicios integrados de urgencias médicas (SIUM).⁽¹⁸⁾



Otra causa importante de mortalidad extrahospitalaria entre los jóvenes son los accidentes y entre estos los de tránsito y el ahogamiento por sumersión. De los primeros hay que destacar el incremento de accidentes de tránsito por colisiones e impactos en motos, tipo de vehículo que ha incrementado la circulación de manera significativa en el país, donde el conducir a altas velocidades, el consumo de alcohol y no respetar las señales de tránsito figuran entre las principales causas de estos eventos.

Por último, entre los accidentes vale la pena destacar las caídas, las cuales ocupan la primera causa de mortalidad por accidentes ya que estas ocurren con mayor frecuencia entre adultos mayores.⁽¹⁹⁾

Las mayores proporciones de fallecidos extrahospitalarios se observaron en municipios con predominio de áreas rurales, donde la cobertura de servicios especializados era escasa o faltaba. Este factor no solo influía en la accesibilidad del servicio hospitalario, sino en las dificultades que enfrentaba la familia para la atención del ingresado en estas instituciones y los problemas de transportación con la consecuente carga económica que implicaba.

Hoy día con los problemas de accesibilidad a los hospitales, sobre todo en horarios nocturnos y madrugadas hace pronosticar un posible incremento de la mortalidad extrahospitalaria, en especial a las de causa cardiovasculares, de ahí la importancia de revisar las opciones asistenciales que existen en los cuerpos de guardia de los policlínicos, y en especial la capacitación de los médicos en maniobras de reanimación y dotación de medicamentos e instrumentos (carros de paro) que permitan brindar este tipo de atención. Santos y cols. en Manzanillo hallaron que apenas el 20,0 % de los profesionales que laboraban en servicios de emergencia de la Atención Primaria de Salud (APS) no estaban capacitados de forma correcta en el tratamiento de estos eventos.⁽²⁰⁾

En cuanto a las principales causas de muertes entre las defunciones extrahospitalarias llamó la atención que un elevado número de las personas que fallecen por artrosis mueren en el domicilio, lo cual pudiera estar relacionado con las mismas limitaciones motoras que provoca la afección, en segundo lugar las lesiones autoinflingidas con cerca de un 60,0 %, lo que traduce la seriedad y gravedad de los intentos suicidas que llegan a consumarse y por último los trastornos mentales debido al alcohol, lo que nos conduce a pensar que la atención de la familia hacia la enfermedad de estos pacientes podía ser subvalorada, los



cuales muchas veces eran rechazados por la familia y la sociedad, caían en situaciones de desamparo y se tornaban vulnerables a fallecer sin la debida atención médica. Situación similar fue observada en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

A modo de conclusión, es importante destacar que la transición demográfica que viene ocurriendo en el país, con un notable envejecimiento de la población nos indica que la frecuencia de algunas entidades propias de las edades avanzadas elevará su frecuencia y prevalencia, por tanto, de no implementar acciones preventivas sobre la ocurrencia de muertes extrahospitalarias este indicador aumente en el futuro inmediato.

Los resultados evidencian que la mortalidad extrahospitalaria no es un fenómeno homogéneo ni aleatorio; responde a patrones territoriales y causales que requieren intervenciones diferenciadas, como el refuerzo de los equipos de atención primaria en los municipios de mayor riesgo y la creación de rutas de urgencia extrahospitalaria para el adulto mayor.

Referencias bibliográficas

- 1.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2024 [citado 10/03/2025]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf>
- 2.Santiago de Cuba. Dirección Provincial de Salud. Departamento de Registros Médicos y Estadística. Anuario Estadístico Provincial 2023.Santiago de Cuba: Departamento de Registros Médicos y Estadística; 2023 [citado 10/03/2025]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2024/09/Anuario-Estad%C3%ADstico-de-Salud-2023-EDICION-2024.pdf>
- 3.Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; © 1998-2026 [actualización 23 oct 2024; citado 10/03/2025]. Palliative Care; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/palliative-care/about/pac-2038463>



- 4.Vargas Machado CA. Tendencias y principios en las corrientes bioéticas. Revista Colombiana De Bioética; 2021[citado 02/02/2026];16(2): e3077. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3077/3271>
- 5.Yi-Qi W, Xu-Hong L. Factors influencing home-based death among older adults in mainland China: An application of Andersen behavioral model. Death Studies; 2025 [citado 02/02/2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/394816800_Factors_influencing_home-based_death_among_older_adults_in_mainland_China_An_application_of_Andersen_behavioral_model
6. Mansoor T, Shahid D, Gupta K, Abramov D, Virani SS, Minhas AMK. Causes of death across different locations in the United States, 2015 to 2022. Proceedings (Baylor University Medical Center). 2025 [citado 02/02/2026] ;38(4): 454-9. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12184141/pdf/UBMC_38_2480979.pdf
- 7.Cross S, Haider JW. Changes in the place of death in the United States. N Engl J Med. 2019 [citado 02/02/2026];381(24): 2369-23. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1911892>
- 8.Owen JE, Goode KT, Haley W. E End of life care and reactions to death in African-American and White family caregivers of relatives with Alzheimer disease. Omega. J Death Dying. 2001 [citado 02/02/2026];43(4): 349-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/WilliamHale2/publication/10915265_End_of_Life_Care_and_Reactions_to_Death_in_AfricanAmerican_and_White_Family_Caregivers_of_Relatives_with_Alzheimer's_Disease/links/5421bd970cf26120b79fadb8/End-of-Life-Care-and-Reactions-to-Death-in-African-American-and-White-Family-Caregivers-of-Relatives-with-Alzheimers-Disease.pdf
- 9.Morera-Álvarez O, Madruga-Jiménez D, Romero Castro L. Mortalidad extra hospitalaria en el municipio de Cienfuegos, 2016. Medisur. 2019 [citado 26/05/2026]; 18(1):21-9. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4129/3016>
10. Portell del Sol J, Pedraza Alejo D, Alejo Padrón Y, Castro Morejón L, Santeiro Pérez L, Sarmiento Albelo Y. Comportamiento de la mortalidad en la provincia Cienfuegos en el



período 2013-2022. Revista Finlay. 2024 [citado 13/03/2026];14(4):426-35. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1374/2478>

11.González González A, Barros Hernández JC, Rodríguez Duarte K. Mortalidad extrahospitalaria en Habana del Este. Enero-agosto 2023-24. Revista Mapa. 2025 [citado 13/03/2026]; 5(41):84-102 Disponible en: <https://www.revistamapa.org/index.php/es/article/view/529/861>

12.López RJH, López RO. Sobre la muerte: a quien pueda interesar . Rev Colomb Anestesiología. 2012 [citado 13/03/2026];1: 40(3):195-8 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n3/v40n3a06.pdf>

13.México. Secretaria de salud. Boletín Epidemiológico .Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2020 [citado 04/02/2026]; 37(53): 2-67. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/614743/sem53.pdf>

14. Valdés García LE, Sagaró Del Campo NM, Garzón Morales G, Mora Arias ME, Domínguez Mateos A, Rodríguez Valdés A. Efectos de la COVID-19 sobre los servicios de salud en Santiago de Cuba, 2020. Rev Cub Sal Públ. 2022 [citado 04/02/2026]; 48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662022000200010&lng=es

15. Mathieu E, Ritchie H, Rodés Guirao L, Appel C, Gavrilov D, Giattino CH, et al. Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19). Our Worldin Data. 2020 [citado 04/02/2026]. Disponible en: <https://archive.ourworldindata.org/20260604-064624/excess-mortality-covid.html>

16. Espinosa Brito AD. Más sobre el exceso de muertes por la pandemia de COVID-19. Rev. cuba. hig. epidemiol. 2023 [citado 04/02/2026];60: e1378. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v60/1561-3003-hie-60-e1378.pdf>

17. Sánchez Pérez AL, Román Sánchez YG. Análisis de la mortalidad en México a partir de la perspectiva de género. Debate feminista. 2023 [citado 04/02/2026];66: 253-88.. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/dfem/v66/2594-066X-dfem-66-253.pdf>

18.Cazull Imbert DI, Hernández Heredia DR, Estrada González DA. Mortalidad prehospitalaria por trauma en el adulto. Rev Inf Cient. 2005 [citado 04/02/2026];46(2) . Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1535/2941>

19.Moraga Espinoza C, Toloza Torres L, Hernández Osses M. Enfermedades, factores asociados a riesgo de caídas y sus consecuencias en el adulto mayor. RCMFR. 2024 [citado 4



/02/2026];16(1): e899. Disponible en:

<https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/899/800>

20. Santos Fonseca RS, Casado Méndez PR, Jiménez Almaguer D, Cordoví Álvarez L Clotilde, Méndez Jiménez O, Tornés Quesada LM. Nivel de información sobre reanimación cardiopulmonar en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018 [citado 04/02/2026];34(3):9-19. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252018000300003&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Conceptualización: Ariadna Domínguez Mateos35 %, María del Carmen Díaz Medina35 %.

Curación de datos: María del Carmen Díaz Medina, Luis E. Valdés García 30 %

Análisis formal: Ariadna Domínguez Mateos, Luis E. Valdés García

Investigación: Luis E. Valdés García, María del Carmen Díaz Medina

Metodología: Ariadna Domínguez Mateos, Luis E. Valdés García

Administración del proyecto: Ariadna Domínguez Mateos

Supervisión: Luis E. Valdés García

Validación: María del Carmen Díaz Medina, Ariadna Domínguez Mateos

Visualización: Luis E. Valdés García

Revisores: Dra.Adriana Rodríguez Valdés

Dra. Maribel Vaillant Rodríguez

Correctora: MSc.Delaine Núñez Carbonell

