

Estudio sobre enfermedades diarreicas agudas

1.—INTRODUCCION.

Las enfermedades diarreicas agudas habitualmente conocidas en nuestro medio con el nombre de Gastroenteritis, constituyen la primera causa de muerte en los niños menores de 1 año y una de las más importantes en el resto de la población infantil del País.

Es por ese motivo que el Ministerio de Salud Pública se trazó como meta en el cuatrienio de 1962 a 1965 el disminuir la mortalidad infantil y la incidencia de infecciones gastrointestinales. El presente trabajo tiene como finalidad dar un nuevo paso de avance en la lucha contra este tipo de enfermedad que constituye un mal íntimamente ligado y más aún producido y mantenido por el subdesarrollo económico.

La condición de semi-colonia mantenida en nuestra patria hasta el triunfo de la Revolución, permitió que pagáramos un alto tributo en vidas humanas de lo que hoy consideramos como nuestro más preciado tesoro: la niñez.

Esta situación, a pesar de los profundos cambios socio-económicos que ha introducido nuestra Revolución en el País, explica el por qué aún hoy esta-

mos sufriendo las consecuencias de esa terrible herencia del pasado.

2.—EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN CUBA.

- 2.1. *Mortalidad.* Para obtener un conocimiento real de la magnitud y características de las enfermedades diarreicas en nuestro País, hemos considerado bajo esta denominación, todos aquellos procesos mórbidos que se caracterizan por tener como sintomatología dominante la diarrea aguda, independientemente de su etiología y de la múltiple terminología con que habitualmente se la denomina.

Por lo tanto, en las tabulaciones efectuadas para estudiar la mortalidad por estas causas, se han incluido los certificados de defunción por: gastroenteritis, toxicosis, vómitos y diarreas, síndrome diarreico, colitis, enterocolitis, deshidratación, salmonelosis, shiguclosis, disentería bacilar, diarrea del recién nacido, diarrea, acidosis. Se han tabulado con este criterio los certificados de defunción correspondientes a los años 1961 y 1962. Para los cálculos de las tasas nacionales, regionales y zonales, se han utilizado los estimados de población de Juceplán, para 1962.

Este estimado se consideró como dato censal para los efectos de obtener la población de 1961 mediante el método aritmético de incremento intercensal.

2.1.1. *Magnitud del problema:*

En 1961 se registraron 3,594 defunciones por enfermedades diarreicas con una tasa de 52.1 x 100,000 habitantes, elevándose estas cifras en 1962 a 4,157 defunciones, o sea, 53 muertes más que en el año anterior, lo que significó un alza de la tasa a 59.2 x 100,000 habitantes.

2.1.2. *Distribución por Regionales.*

En el año 1961 la tasa más alta 82.6 correspondió a la Regional de Oriente Sur con un total de 1,058 defunciones, lo que representa el 29.4% del total del país. La tasa más baja (29.9) a la Regional de Las Villas, con 357 defunciones y el 9.8% del total. En 1962 nuevamente la tasa más alta corresponde a Oriente Sur aunque sin mostrar incremento en relación al año anterior; todas las demás Regionales aumentaron sus tasas en grado variable, correspondiendo los mayores aumentos a las Regionales de la Habana, Las Villas y Camagüey; éstas tres Regionales tuvieron la mayor responsabilidad en el incremento de la mortalidad registrada en el país, ya que de un total de 563 defunciones de aumento, 483 corresponden a las mismas. Especial atención merece La Regional de Las Villas que tuvo un aumento de 208 defunciones con relación a la cifra de 1961.

En algunos Términos Municipales el riesgo de morir por enfermedades diarreicas agudas es extraordinariamente alto. Señala-

remos como ejemplos el Municipio de Campechuela, en Oriente Sur, con tasas de 162.7 y 200.3 x 100,000, para los años 1961 y 1962, respectivamente; en esta misma Regional el Municipio de Manzanillo registró también tasas de mortalidad muy elevadas: 126.0 y 122.9, para estos mismos años. El Municipio de Camagüey, cabecera de Provincia, tuvo en 1962 la tasa más alta de la Regional: 111.2 x 100,000. Especial mención merece el Término Municipal de Marianao donde en 1962 se registró un total de 328 defunciones que determinaron una tasa de 98.6; la más alta de la Provincia, que es el doble de la tasa promedio de la misma, y más del doble de la correspondiente al vecino Municipio de la Habana.

Como observación de carácter general, queremos señalar que las áreas que registraron mayores tasas de mortalidad son aquellas que podríamos denominar de "urbanismo patológico", es decir, donde existe concentración de población con densidad urbana y condiciones de saneamiento básico de características rurales. (Ausencia de alcantarillado, acueductos parciales o inexistentes, etc.) Por ejemplo, en la Provincia de la Habana, se observaba que la tasa es más alta en la "Gran Habana", población casi exclusivamente urbana, en comparación con el resto de los Municipios, con una proporción de población rural mucho mayor, tasas de 54.5 y 36.0 respectivamente). Este mayor riesgo de la población urbana se acentúa respecto a los niños y especialmente para los menores de un

año: "Gran Habana" y "Resto Municipios" registran tasas específicas de 2169.2 y 1024.9 respectivamente, para 1962.

2.1.3. *Distribución por meses.*

La distribución porcentual de las defunciones por meses revela tendencia a la concentración de las mismas en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre que representan en conjunto el 44.9 y el 50.8% del total de las defunciones para los años 61 y 62 respectivamente.

Debemos destacar el notorio incremento del número de defunciones registradas en los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 1962 con respecto al año precedente, ya que en estos meses se registraron 496 defunciones más, lo que significa la casi totalidad del incremento anual. Esta alza estacional fue especialmente acusada en las Regionales de La Habana, Las Villas y Camagüey, alcanzando su acmé en el mes de Julio.

2.1.4. *Distribución por grupos de edad.*

El estudio de la distribución por edades de la mortalidad pone de manifiesto que el riesgo de morir de los menores de un año es extraordinariamente más elevado que en cualquier otro grupo de edad, puesto que las tasas específicas que le corresponden, 1306.9 y 1451.8 para 1961 y 1962 respectivamente, son considerablemente más altas que las tasas del grupo de 1 a 4 años, (62.2 y 65.7), que es el que le sigue en riesgo. En términos de participación porcentual, el grupo de los menores de un año representa casi el 80% de las defunciones registradas en cada uno de estos años. Alrededor del 90% de todas las defunciones correspondieron a menores de 5 años.

En este grupo se observa una participación porcentual decreciente a medida que se avanza en edad desde los menores de un mes hasta los 4 años, lo

cual nos permite deducir que el riesgo de morir es considerablemente mayor en los primeros meses de la vida.

De las cifras expuestas queda de manifiesto la alta vulnerabilidad del grupo de los menores de 1 año, hecho que debe ser especialmente considerado para la correcta orientación de los programas de control.

2.1.5. *Distribución por sexo.*

Tanto en 1961 como en 1962 se observa un mayor riesgo de morir por esta enfermedad en el sexo masculino, puesto que en ambos años las tasas específicas fueron más elevadas para este sexo.

2.2. *Morbilidad.*

El conocimiento actual sobre la posible incidencia de las enfermedades diarreicas, es aún muy incompleta y sólo disponemos de alguna información reunida en forma sistemática, mediante el procedimiento de la notificación, en algunas zonales de las Direcciones Regionales de Matanzas y Pinar del Río.

Lo parcial de la información disponible sólo permite una orientación de carácter muy general con respecto a las características epidemiológicas de la enfermedad, que podemos resumir en los siguientes aspectos:

2.2.1. En la Provincia de Pinar del Río, el 60.9% de las notificaciones correspondió a casos residentes en medio urbano.

Este mismo estudio, referido a Municipios seleccionados por su mejor notificación, eleva la notificación correspondiente a medio urbano al 69.5%. Cabe señalar que en la Provincia de Pinar del Río la mayor parte de la población es rural, 66% del total, según el censo de 1953. Lo

anterior permitiría suponer que la morbilidad en medio urbano es más elevada, si la notificación es uniforme.

- 2.2.2. Tanto en la Provincia de Matanzas como en la de Pinar del Río, más del 50% del total de notificaciones se agrupa en los meses de Junio, Julio, Agosto y Septiembre.

La distribución porcentual por meses, se eleva bruscamente en el mes de Junio al doble de lo notificado en Mayo, alcanzándose la máxima incidencia en el mes de Julio.

- 2.2.3. La distribución por edades de la morbilidad en la provincia de Matanzas, revela que el 42.2% del total de 10127 notificaciones registradas, corresponde a menores de un año, y un 11.4% a casos adultos. (15 años y más). Entre 5246 notificaciones de los Municipios de Candelaria, Guane y Mariel, un 34.1% corresponde a menores de un año.

En Matanzas de acuerdo a la información disponible, la letalidad más alta correspondería a los menores de un mes con 7.5% siguiéndole el grupo de 1 a 11 meses con 3.1%.

- 2.2.4. La distribución por sexo de los casos notificados en Pinar del Río, muestra una mayor incidencia en el sexo masculino, 53.4, lo que está en concordancia con las observaciones hechas con relación a la mortalidad.

- 2.2.5. Hemos considerado de interés para efectos administrativos, establecer una estimación de la "letalidad probable" de las enfermedades diarreicas, relacionando el número de casos registrados en aquellos Municipios que mantuvieron durante 1962,

una notificación más completa y constante, con las defunciones registradas en los mismos. Este índice sólo tiene un valor relativo, para efectos de orientación general, puesto que no relaciona el total de casos producidos con las defunciones, sino más bien considera los casos diagnosticados en dependencias del Minsap. De acuerdo a lo anterior esta letalidad sería de 0.6% como máximo, lo que significa que por cada muerte los establecimientos asistenciales del Ministerio deben diagnosticar y atender aproximadamente 200 enfermos. Estimamos de interés precisar este índice en futuros estudios pues puede ser utilizado como un elemento de juicio de valor para planificar las necesidades de recursos para afrontar, a nivel de los servicios asistenciales, la demanda que sobre ellos recaiga en el futuro.

2.3. *Letalidad intrahospitalaria:*

- 2.3.1. Considerando Hospitales de todo el País, Servicios de Pediatría y Hospitales Infantiles de las Ciudades Capitales de Provincia, se registra una letalidad intrahospitalaria de 8.1% para 1962. De un total de 13617 niños ingresados por diarrea aguda, fallecieron 1108, en 13 establecimientos hospitalarios considerados en el estudio.

La mayor parte de los Hospitales registraron tasas de letalidad muy próximas a este promedio nacional, exceptuándose los Hospitales Pediátricos de la Habana que registran una letalidad más alta.

- 2.3.2. Los datos correspondientes a los Hospitales de Matanzas, Cárde-

nas, Camagüey y Holguín, permiten observar que la letalidad experimenta un notorio aumento en los meses de Agosto y Septiembre, 12.4 y 8.9% considerablemente más alta que el promedio anual 5.7% y que la observada en los meses de invierno en los cuales la letalidad varía de un 2 a un 4%. Nos parece de especial interés técnico-administrativo señalar este mayor riesgo de morir que se observa en los meses indicados, pues esta situación requiere de medidas especiales en cuanto a disponibilidad de recursos, en especial de personal, para solventar en la medida de lo posible, este mayor riesgo estacional.

2.3.3. El análisis de la letalidad intrahospitalaria por grupos de edad, en base a la información de 5 Hospitales de diversas Regionales, nos permite apreciar que los enfermos menores de un año son los que tienen el más alto riesgo de morir: 10.5% con ligeras variaciones en los diferentes establecimientos considerados.

El grupo de 1 a 4 años, tiene un riesgo de morir tres veces menor: 3.6%. Sobre los 5 años de edad, la letalidad baja aún más y fluctúa alrededor del 2%.

Este mayor riesgo de morir de los menores de un año determina que la gran mayoría de las defunciones por diarreas agudas, ocurridas en Hospitales correspondan a este grupo, el cual representa el 80.7% del total de defunciones por esta causa.

2.3.4. En cuanto a letalidad según sexo, los datos de tres Hospitales, Pinar del Río, Matanzas y Holguín, muestran una letalidad ligeramente superior en el sexo

femenino con relación al masculino con tasas de 6.5 y 5.4% respectivamente.

2.4. *Investigación etiológica. Estudios microbiológicos realizados.*

2.4.1. Una de las principales preocupaciones de los Centros de Higiene y Epidemiología, desde su constitución en el año 1962, ha sido impulsar la investigación etiológica de sus laboratorios. Es así como ya se pueden presentar los resultados de los primeros miles de coprocultivos realizados. En 4,531 muestras obtenidas en enfermos diarreicos y en pesquisas dirigidas a supuestos sanos cuya ocupación habitual los relaciona con niños pequeños, se han costatado 254 muestras positivas, es decir, un 5.6%.

De éstas, 204 corresponden a Salmonelas, o sea, el 80.3% de los positivos, y 50 a Shigella.

Es importante señalar que en el 1.4% de los presuntos sanos examinados se ha encontrado positividad a Salmonelas o Shigella. Consideramos estos resultados solo como un primer aporte a un estudio que debe efectuarse en una escala mucho mayor y que deberá orientarse a una investigación dirigida a la búsqueda del mayor número de agentes etiológicos, de acuerdo a las posibilidades técnicas.

2.4.2. En el Instituto Nacional de Higiene de la Habana, se efectuó en un estudio de 203 coprocultivos en pacientes del Sagrado Corazón, de las cuales el 80% eran niños.

De estas muestras, 134 resultaron positivos a algún tipo de gérmenes, es decir, el 66.2% del total examinado.

El germen más habitualmente encontrado fueron la E. Coli, (42.5% de los positivos) a la cual se le atribuye probable rol patógeno por ser el único germen aislado en muestras de niños con diarrea aguda. Salmone-lla, Prosteur Morgagni, Shigella y gérmenes que se describen como ocasionalmente patógenos tales como el Providencie y Hafnia. En este Instituto, se tificaron 59 Salmonellas aisladas, observándose que la mayor parte correspondió a S. Tiphimurium, 44, es decir, el 69.5% del total.

3.- Principales problemas de Higiene Ambiental y de los alimentos en relación con las enfermedades diarreicas agudas.

En Cuba considerando los principales de estos factores podemos describir el siguiente panorama:

3.1.-Abastecimiento de agua.

De 306 poblaciones de más de 1,000 habitantes, solamente 146 tienen sistemas de acueductos y de éstos, son muy pocos, los que suministran agua suficiente y de buena calidad sanitaria. En el anexo pueden apreciarse la relación de estos sistemas, en los que hemos detallado las principales poblaciones de cada Regional de Salud, y si constan o no de este importante servicio. Puede afirmarse que ninguna de ellas recibe agua de buena calidad las 24 horas del día.

3.2.-Disposición de residuales líquidos: (Humanos e industriales).

De estas 306 poblaciones sólo 12 pueden considerarse que parcialmente llenan este requisito. Se puede afirmar que ninguna de nuestras poblaciones de más de 1,000 habitantes, con la excepción de Holguín y Santiago de Cuba cuyas redes recolectoras cubren un 80%

del área de las mismas, tiene este servicio completo. Como ejemplo podemos citar: Pinar del Río, Habana, Santa Clara, Cienfuegos y Camagüey, que tienen red de alcantarillado parciales y cuyos residuales reunidos por la red crean problemas sanitarios. Los no recogidos también son fuente de muchos males sanitarios.

Nuestras principales industrias situadas en las cercanías de las corrientes superficiales, las utilizan para disponer en ellas sus residuales contaminándolas, así tenemos como ejemplo: El río San Juan, por la destillería San Juan. El río Sagua La Grande por los Ingenios: George Washington, Carlos Valiño, Mariana Grajales, Héctor Rodríguez y Antonio Finalet; el Río Agabama, por el Central Escambray. También otros ríos por descargas de residuales domésticos, como el Almendares, el Quibús, y el Jaimanitas, por los albañales de la Habana y Marianao. El río Luyanó y el Martín Pérez; por descargas de albañales de la Habana. El río Yarayó por el matadero de Santiago de Cuba, etc.

También se puede citar la contaminación de las Bahías de la Habana, Santiago de Cuba y de Cienfuegos por los albañales de las respectivas ciudades.

Si a lo anterior le sumamos todas las poblaciones que no tienen este servicio y además todas aquellas industrias grandes, como los Ingenios azucareros, destilerías, mataderos, etc., que también carecen de tratamiento para sus residuales líquidos, sabremos que en este aspecto la Higiene Ambiental cubana se encuentra huérfana de protección.

3.3.-Recogida y disposición final de las basuras:

Es este factor uno de los que favorece el desarrollo de otro factor que amenaza la Higiene Ambiental, como son los vectores, la basura mal recolectada y peor dispuesta en su proceso final es

fuelle de molestias, tales como humos, olores, criaderos de insectos y roedores.

Es rara la población cubana que no tiene un vertedero a cielo abierto, práctica antisanitaria corriente, que es uno de los focos que contaminan nuestro ambiente como ejemplo podemos citar la disposición final de la basura en la Habana, Santiago de Cuba, Cienfuegos, Camagüey, Santa Clara, etc.

3.4.—*Vectores:*

En este aspecto podemos decir que los tres factores anteriores mencionados contribuyen grandemente al desarrollo de los vectores perjudiciales a la Higiene Ambiental.

La falta de agua hace proliferar gran cantidad de depósitos de agua que mal manipulados se convierten en criaderos de mosquitos. La carencia de sistemas de disposición de los residuales líquidos, contribuye a la creación de pozos negros y fosas, así como a que los residuales corran por cunetas y zanjas constituyendo las mismas criaderos de mosquitos y moscas. La deficiente recogida y disposición final de las basuras, la indiscriminada situación de los botadores de las mismas, contribuyen a la procreación de moscas, mosquitos y roedores.

3.5.—*Alimentos:*

En cuanto al saneamiento de los alimentos, sólo en las poblaciones, principalmente en las mayores, se tiene un poco de control sobre la calidad de los mismos. Los centros de producción, tales como, vaquerías, mataderos, mercados, fábricas de procesar alimentos, dejan mucho que desear en cuanto a sus condiciones ambientales. Sus mismos residuales, las afectan, así como las condicionales de abastecimiento de agua, disposición de residuales, limpieza, etc. deben ser muy mejoradas para poder garantizar la calidad y la pureza de los alimentos que producimos.

Como ejemplo de todo ello podemos citar, además de lo dicho anteriormente; los análisis que diariamente se realizan, demostrativos de que debe mejorarse la manipulación de los alimentos, así como los centros donde los mismos se confeccionan y procesan.

Como ejemplo de los déficits sanitarios en relación a alimentos, particularizaremos en el punto siguiente algunos aspectos en relación a la producción, conservación y transporte de la leche, en consideración a la gran importancia epidemiológica de este alimento y a su relación con los procesos gastrointestinales.

3.6.—*Aspectos sanitarios de la leche:*

La leche que se consume en el país, es producida en condiciones de bajo nivel higiénico sanitario. Los abastecimientos de agua suelen ser pozos sin protección sanitaria y las excretas no tienen una disposición capaz de impedir la contaminación de las aguas de consumo. Es común ver, cerca de los lugares de ordeño, cerdos, gallinas y otros animales, que determinan que el proceso inicial, el ordeño, con frecuencia se realice en condiciones ambientales sumamente desfavorables.

Una gran cantidad de salas de ordeño, carecen de agua o el agua que utilizan está contaminada, las excretas animales se acumulan en el piso formando capas superpuestas que propician la procreación de moscas; otra cantidad no menos considerable, ordeñan a cielo descubierto. La leche se manipula en pésimas condiciones de higiene, ubres sucias, manos sucias, cubos y botijas mal lavadas y sin ninguna refrigeración. Su distribución, tanto a la planta que la procesa, como al domicilio del consumidor, es inadecuada y deficiente; otras veces, las botijas son dejadas largas horas en el camino hasta que son recogidas por el camión de la planta.

Es sabido que la leche es por sí, un magnífico medio de cultivo y que la temperatura ambiente favorece, en grado sumo, la multiplicación bacteriana, llegando en pocas horas a millones de bacterias por centímetro cúbico.

Muchas de estas bacterias son patógenas para el hombre. Además, la leche con un elevado contenido bacteriano, aunque se trate de organismos muertos, es responsable de muchos de los cuadros entéricos que se presentan en el hombre.

Es conveniente consignar, que esta situación no se aminora con el proceso de la pasteurización, ya que el tratamiento térmico no tiene la virtud de transmutar la calidad de una leche mala en buena, sin contar que, en muchas Plantas, no se realiza un perfecto control del proceso térmico, ni se cumplen con los requisitos de higiene que impidan la contaminación posterior de la leche.

Estas consideraciones están avaladas por los datos obtenidos en encuestas recientemente realizadas en las Direcciones Regionales de Pinar del Río, Matanzas, Camagüey y Oriente Norte.

4.—BASES PARA PROGRAMAS DE CONTROL

4.1. *Medidas que requieren la participación del gobierno:*

Serán tratados a nivel del gobierno central por el nivel ministerial y a nivel regional por el Director Regional de Salud Pública con los organismos de gobierno en las provincias respectivas.

Se refieren en líneas generales a la reparación y ampliación de los acueductos y alcantarillados existentes; planificación de las nuevas obras sanitarias en relación con la creación de nuevos centros de población; sistemas de recolección y disposición final de basuras; cumplimiento de normas sanitarias en

la industria de alimentos y en la manipulación y expendio de los mismos, etc.

4.2. *Medidas que pondrán en práctica las dependencias del Ministerio de Salud Pública.*

4.2.1. *Director Regional de Salud Pública*

La lucha contra la Gastroenteritis a nivel de cada provincia será responsabilidad total del Director Regional, quien orientará y dirigirá las actividades que programen su Consejo de Dirección y la Comisión Regional de Gastroenteritis.

Tendrá la responsabilidad de ponerla en conocimiento del partido y discutirlo a nivel de la JUCEI provincial.

Tendrá la responsabilidad de discutirlo a nivel provincial en la Comisión Provincial de Salud del Pueblo y entregar a cada organismo las tareas concretas que hayan sido aprobadas a nivel de la Comisión Nacional de Salud del Pueblo para que sean ejecutados por los mismos.

Tendrá la responsabilidad de ir al rápido desarrollo de las Escuelas de Educación para la Salud a nivel de todas las zonales y distritos. Verificará en forma permanente que en esta lucha participen las unidades ejecutoras tanto asistenciales como de Higiene y Epidemiología y que se establezcan en todas las zonales las coordinaciones necesarias con todos los demás organismos del Estado y organizaciones de masa.

La Dirección Regional tendrá a su cargo velar porque la Programación de la lucha contra la Gastroenteritis esté basada en las normas generales dictadas a nivel nacional y que se exponen a continuación.

4.2.2. De la Subsecretaría de Higiene y Epidemiología.

A) *Instituto Nacional de Higiene*: Queda responsabilizado para que todos los centros de Higiene y Epidemiología tengan el material necesario en relación a la población de su regional para realizar un número adecuado de coprocultivos y exámenes bacteriológicos y químicos con técnicas uniformes que permitan establecer conclusiones científicas sobre la etiología de los casos que concurren a los Hospitales y Policlínicos y además servirá de centro de tipificación de micro-organismos. Ver Anexo 1)

B) *Centro de Higiene y Epidemiología*.

El centro de higiene y epidemiología es la unidad ejecutora regional que tendrá la responsabilidad (siguiendo las normas establecidas en el programa nacional) de programar todas las actividades que deben desarrollarse en la provincia en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, en lo que a higiene y epidemiología se refiere.

1.—Dejar establecido en cada municipio el estudio de la mortalidad y morbilidad de gastroenteritis con gráficas que permitan comparar objetivamente el año 1962 con el desarrollo de la curva que represente la mortalidad del año 1963.

2.—Dejar establecido como en el estudio nacional, las relaciones de cifras de mortalidad con las condiciones de Higiene Ambiental, agua, leche, higiene de la vivienda, índice de moscas, animales en zonas urbanas, residuales, etc., dándole a cada zonal las orientaciones necesarias para que planteando las soluciones inmediatas de estos problemas, puedan ir al control real de esa enfermedad.

3.—El centro de Higiene y Epidemiología tendrá la responsabilidad de un informe mensual a la Subsecretaría sobre el desarrollo de la campaña en los distintos municipios durante cada mes del año 1963, estos informes serán remitidos siempre en los 5 primeros días del mes siguiente al que se informa. El centro de Higiene y Epidemiología tendrá la responsabilidad de establecer el índice de moscas en cada municipio en su zona urbana tratando de establecer gráficamente la disminución de los mismos a medida que avanza la campaña desarrollando también las gráficas de mortalidad y morbilidad de esta enfermedad. El Centro de Higiene y Epidemiología a través de cada zonal tendrá que dictar las medidas necesarias en cada municipio y por cada uno de sus barrios de la forma en que la población tratará el agua de consumo, hirviéndola, clorándola o yodándola, la forma en que dispondrá la basura, y el cuidado que en cada caso se deberá tener con los alimentos y los residuales.

Todas las actividades que programe el Centro de Higiene y Epidemiología para desarrollar la lucha contra las Enfermedades Diarreicas agudas, serán previamente discutidas con el Director Regional a nivel de su Consejo de Dirección.

C) *Depto. Nacional de Educación para la Salud*.

La Educación para la salud en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas, (gastroenteritis)

Se proyectará fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- 1.—Equipo de Salud
- 2.—La Escuela
- 3.—Organización de Masa

1.—Equipo de Salud.

1 - 1.- Información por el Director del Equipo de salud a sus miembros en relación a:

A.—Enfermedades diarreicas agudas en nuestro país.

B.—Situación actual de la Gastroenteritis; y

C.—Proyecciones y alcance de la lucha contra la misma.

1 - 2.- Explicación por el responsable de Higiene y Epidemiología del Equipo, de todo lo relacionado con la Gastroenteritis. Señalando sus causas directas e indirectas.

1 - 3. Desarrollo por cada departamento de ciclos educativos para orientar y adiestrar al personal correspondiente en las distintas tareas que contempló el programa de la lucha contra la Gastroenteritis, enfatizando el aspecto educativo.

1 - 4. Estudio e identificación por parte de los integrantes del equipo de Salud, de todos los materiales Educativos y Divulgativos a utilizar en la lucha contra la Gastroenteritis.

2.—La Escuela.

2 - 1.- Coordinación de Salud Pública, en los distintos niveles, con los departamentos de educación, Sindicato de Trabajadores de la Enseñanza y de las Ciencias y Consejos de Escuelas para:

A) Información general sobre las enfermedades diarreicas.

B) Programa de la lucha contra las enfermedades diarreicas.

C) Participación y responsabilidad del Magisterio con el programa:

a) Recepción de sugerencias de de los maestros sobre su mejor colaboración al programa.

b) Identificación de los mismos con los materiales elaborados para su utilización en las escuelas y recomendaciones para su empleo.

c) Estimular la creación de grupos escolares para actividades sanitarias en el aula, la escuela y sus alrededores con la utilización de los Pioneros en los mismos.

3.—Organismos de masas y colectividad en general

3 - 1. Información y Orientación por el Director del Equipo a la JUCEI y al PURS de la importancia humana y política de la lucha contra las enfermedades diarreicas, situación actual, proyecciones y alcance, así como la importancia de su participación en la misma.

3 - 2 . Informaciones y orientaciones en igual sentido a las Comisiones de Salud del Pueblo (CDR : FMC : ANAP : CRC (R) : UJC : UES : CTCR : SANTAE : MINED : MINSAP, etc.) a los distintos niveles.

3 - 3. Distribución de tareas específicas a los distintos organismos que componen dicha comisión.

3 - 4- Orientación a los responsables de salud en conocimientos básicos de las enfermedades diarreicas, sus causas productoras, fuentes de contaminación, medios de propagación y forma de combatirla.

3 -5. Identificación del Responsable de Salud con los materiales educativos de que dispondrá para sus labores en el programa.

3 - 6. Desarrollo de un programa educativo a través del radio, prensa, televisión, perifoneo, vallas, carteles, afiches y murales.

Materiales educativos proyectados para la lucha contra las enfermedades diarreicas

1.—Folletos ilustrados con especificaciones sobre contaminación, transmisión y forma de combatir la gastroenteritis.

- 2.—Folleto sobre lactancia materna.
- 3.—Panfletos sobre la mosca.
- 4.—Carteles didácticos.
- 5.—Panfletos sobre letrinas.
- 6.—Folleto sobre atención y cuidados al recién nacido.
- 7.—Estos materiales serán utilizados por el equipo de salud, la escuela y los responsables de salud de los organismos de masa.
- 8.—Láminas para colorear por los escolares sobre los aspectos básicos de las enfermedades diarreicas.
- 9.—Mural sobre aspectos de las enfermedades diarreicas para ser utilizados en centros de trabajo y en lugares de reunión en general.
- 10.—Afiches orientadores sobre las enfermedades diarreicas para situar en lugares estratégicos.
- 11.—Calcomanías para fijar en vehículos, vidrieras, etc.
- 12.—Vistas fijas para su exhibición en las Salas de Cines.
- 13.—Temas de orientación técnica sobre educación para la salud y las enfermedades diarreicas, para ser utilizadas por los Directores de Equipos de Salud y por los maestros.
- 14.—Vallas.

4.2.3. *De la Subsecretaría de Asistencia Médica:*

Departamento Nacional Mujer-Niño

- 1º Todos los obstetras, pediatras y enfermeras obstétricas y pediátricas, deben estudiar el folleto de Lactancia Natural editado por el Dpto. Mujer-Niño, que les servirá de orientación en la labor educativa que deben realizar con las madres.
- 2º Los obstetras y enfermeras obstétricas, deben realizar una intensa educación en las Consultas de Embarazadas, sobre las ventajas de la lactancia materna, así como las medi-

das higienodietéticas y manera de acondicionar mejor las glándulas mamarias y pezones, para la consecución de una lactancia natural satisfactoria.

- 3º En las Maternidades donde se está desarrollando la sico-profilaxis del parto, el pediatra o enfermera de niños debe dar una charla sobre la lactancia materna dentro del ciclo de conferencias programado.
- 4º Los pediatras o enfermeras de niños, darán charlas sobre la lactancia durante el puerperio a un grupo de madres, en forma tal, que todas participen de las mismas, según las orientaciones del folleto que se envía a este fin.
- 5º Se entregará a las madres un folleto ilustrativo sobre los Cuidados y Técnicas de la Lactancia Materna (Del pecho a su hijo)
- 6º Todo el personal que trabaje en Maternidad con las madres y sus hijos debe estar perfectamente instruido y educado, a través de charlas, folletos, etc., de cómo lograr una lactancia materna satisfactoria.
- 7º Los pediatras y enfermeras de niños de las Consultas de Puericultura de las Maternidades y Policlínicos realizarán una labor educativa en favor de la lactancia materna.
- 8º En las Consultas de Puericultura de las Maternidades y Policlínicos se llevará una relación de los niños de menos de 6 meses que reciben lactancia materna, artificial o mixta, a través de un "Modelo" que llevará la enfermera o auxiliar de enfermera de niños, lo que servirá para evaluar el progreso que se obtenga.
- 9º Coordinar con el Dpto. de Educación para la Salud, una constante campaña a través de la radio, televisión, folletos y revistas populares en pro de la lactancia materna.

- 10º Lograr que la F.M.C. tenga entre sus principales Metas un plan en favor de la lactancia materna.

Normas para la consecución de una lactancia satisfactoria en los Policlínicos, Maternidades y Hospitales generales con servicio de obstetricia y pediatría

A) *Durante el embarazo.*

I) *Educación de la Embarazada desde las primeras consultas*

- a) Ventajas de la alimentación al pecho.
- b) Enseñarle que es el curso natural de los acontecimientos.
- c) Combatir el temor a la incapacidad, la "neurosis" de la maternidad".
- d) Rectificar conceptos erróneos.
- e) Qué es el calostro.
- f) La pérdida de peso inicial del recién nacido. La diarrea transicional.
- g) Que no gana peso, ni pierde el tono de las mamas.

II) *Medidas Higienodietéticas.*

- a) Aseo diario.
- b) Aseo de los pechos.
- c) Baños de sol.
- d) Vitaminoterapia A, C, D, y B.
- e) Control del peso.
- f) Régimen dietético adecuado.

III) *Preparación de las glándulas mamarias y de los pezones.*

- a) Inspección de los pechos, asegurando a la gestante que son aptos para su función.
- b) Uso de ajustadores adecuados, que mantengan las mamas levantadas. Cambio de los mismos a medida que aquellos aumenten de volumen.
- c) A partir del 6to. mes, baños de aires: 10 a 15 minutos en la ca-

ma diariamente, con los pechos descubiertos.

- d) Alargamiento de los pezones planos o invertidos, en el consultorio: enseñanza posterior a la embarazada.
- e) Durante el último mes de embarazo; expresión manual de los pechos.
- f) Evitar el empleo de unguento y masajes del pezón.
- g) Las costras del pezón formadas por el calostro no se arrancan; se eliminan manteniendo durante unas horas una torunda de gasa impregnada de vaselina estéril.

B) *Después del Parto.*

- 1.—Disponer del doble número de camas de púerperas que de gestantes, para poder prolongar la estada puerperal por lo menos 3 ó 4 días, y preferentemente 5 días.
- 2.—En las Maternidades de varios pisos y con cuneros se colocarán las púerperas en el mismo piso en que se encuentran los recién nacidos, evitándose así las dificultades del traslado de los mismos para lactar.
- 3.—Los prematuros de más de 4 libras con buena succión, debe tratarse que reciban la lactancia materna, prolongando la estancia de la madre hasta que tenga 5 libras y sean dados de alta, en aquellas Instituciones en que esto sea posible.
- 4.—No se prepararán biberones de leche durante los primeros 4 días, excepto por una contraindicación real de la lactancia materna, que debe suscribir el médico en la Historia Clínica. Esto favorece psicológica y fisiológicamente la lactancia ma-

terna y por otro lado, se puede evaluar correctamente el por qué no ha sido empleada la lactancia materna.

- 5.—Durante las primeras 12 horas no se dará al recién nacido nada por la boca.
- 6.—Si tiene vómitos o tuvo una ligera asfixia, se espera 24 horas.
- 7.—Si muestra alguna patología o enfermedad, se esperará para alimentarlo, la indicación del pediatra.
- 8.—A las 12 horas de nacido se comenzará a dar el pecho, cada 3 horas, durante 3 minutos. Inmediatamente después le administra agua y té, carbohidratos al 5%.
- 9.—Al segundo día puede ponerse al niño 5 minutos en cada pecho; cuando la secreción láctea es suficiente, 10 minutos de cada pecho, alternando, en tetadas sucesivas, el pecho que se da primero, al segundo. Es preferible dar un solo pecho alterno en cada toma, si la madre tiene suficiente leche.
- 10.—Hasta que la madre tenga leche, puede darse suero glucosado, 1 ó 2 onzas, a continuación del pecho y así se evitará la administración de fórmulas lácteas por lo menos durante los primeros cuatro días.
- 11.—Las madres lactarán a sus hijos, todas a la misma hora, un ejemplo de horario: 5 a. m., 8 a. m., 11 a. m. 2 p. m., 5 p. m., 8 p. m. La toma siguiente es de suero glucosado y por la madrugada se descansa.
- 12.—Una serie de medidas que se deben poner en práctica a fin de crear y reforzar los reflejos

condicionados de la lactancia.

- a) 10 a 15 minutos antes de dar el pecho las madres se preparan para la próxima lactancia, lavándose las manos y los pechos, a una indicación de la enfermera, y otros estímulos como el sonido de un timbre.
 - b) A los 15 ó 20 minutos, a una nueva orden, las madres quitan a los niños del pecho, exprimiendo después la leche hasta que cesa de fluir en chorro.
 - c) Los estímulos reforzantes pueden ser diversos, según el servicio que se trate; la simple orden de la enfermera de turno, el empleo de timbres, luces de colores en las salas o mejor, el empleo combinado de estos medios.
- 13.—La madre debe ser citada dentro de la primera semana después del alta para la primera consulta de puericultura en que se insistirá en la lactancia materna. Esto es de suma importancia, pues es en los primeros 10 días de nacido el niño es que se decide el futuro de su alimentación.
 - 14.—La lactancia materna se mantendrá hasta los 3 meses y preferentemente los 6 primeros meses de vida.
 - 15.—El destete no se debe realizar durante los meses de verano, debiéndose prolongar éste, si la terminación normada anteriormente coincide con ese período de tiempo.
 - 16.—En casos de trastornos digestivos y de gastroenteritis, no se debe suspender la lactancia materna, salvo en algunas oca-

siones y siempre en forma transitoria 12 ó 24 horas, extrayéndose la madre la leche durante ese período de tiempo. La leche materna es el mejor alimento que se puede emplear en la realimentación de un niño que tiene gastroenteritis.

- 17.—Después del parto, la madre mantendrá las mismas medidas higienodietéticas señaladas durante el embarazo.

Policlínicos:

- 1.—Se deben separar los niños que tienen diarreas de los otros niños. Los niños con diarreas deben ser atendidos en consultas o locales distintos a donde se atienden los demás niños. Donde sea posible se deben separar también el local de inscripción y área de espera.
- 2.—Los niños con diarrea que acuden al Cuerpo de Guardia, deben ser examinados en el local o *consulta de gastroenteritis en el horario en que haya consulta, dándose prioridad a los casos graves*. En horas fuera de consulta el médico de guardia debe examinar al niño también en el local o consulta de gastroenteritis.
- 3.—Se tratará que en el local o consulta de gastroenteritis exista un lavabo de manos. La mesa de reconocimiento debe ser cubierta por papel desechable para cada niño o en su lugar tener medios para su desinfección, después de examinado cada niño.
- 4.—Donde haya más de un médico de niños, uno o varios se dedicarán a atender a los niños con gastroenteritis. Cuando sólo hay un médico de niños éste debe atender a los niños con gastroenteritis en una consulta o local distinto a donde se atienden los otros niños.

- 5.—El personal que trabaja en la consulta o local de gastroenteritis se tratará de que tengan batas para trabajar en el mismo, con las cuales no podrá salir hacia otro departamento.
- 6.—En los Policlínicos en que se pueda se deben recoger muestras de heces fecales para coprocultivos y examen parasitológico en las consultas o locales de gastroenteritis, en forma coordinada con el Centro de Higiene y Epidemiología para lo primero. Una copia de los resultados se debe enviar al Policlínico.
- 7.—Se deben remitir para su ingreso los casos *de deshidratación severa y los distróficos y prematuros aún con deshidratación ligera, con las copias de los coprocultivos realizados, sean positivos o no*.

Hospitales:

I) Consulta Externa y Cuerpo de Guardia.

- 1.—Todo lo señalado en los puntos del 1 al 6 de lo referente a los Policlínicos.
- 2.—Se deben ingresar todos los casos que presentan deshidratación severa, así como los distróficos y prematuros aún con deshidratación ligera. En los Hospitales en que sea posible se debe ingresar todo niño que necesite hidratación.

II) Salas.

- 1.—*Se deben crear Salas de Gastroenteritis en los Hospitales Generales y aumentar el número de éstas en los Hospitales Infantiles, durante los meses de mayo a agosto, ambos inclusive, a expensas de las camas de otros servicios no urgentes. Igualmente esta medida se debe*

mantener en cualquier otro período del año si fuese necesario.

- 2.—El personal de los servicios suprimidos pasan a trabajar en estas nuevas Salas, bajo la supervisión de un Jefe Pediatra y Enfermera de niños.
- 3.—El personal que trabaja en las Salas de Gastroenteritis debe ser fijo e instruido por los pediatras para mejorar la atención de los niños enfermos.
- 4.—En los Hospitales Generales los médicos de niños, además del pase de visita de la mañana deben hacer otro por la tarde o noche, así como de estar localizados para cualquier caso grave que se le consulte por el médico de guardia.
- 5.—En los Hospitales Infantiles durante los meses de verano todos los especialistas de niños deben hacer guardia en las Salas, además de las guardias habituales de los médicos generales y residentes.
- 6.—En los Hospitales Infantiles se tratará de crear una Sala donde ingresen todos los casos graves de gastroenteritis, debiendo tener el suficiente personal médico y auxiliar para la mejor atención de los niños. Tan pronto pase el estado de gravedad los niños deben ser trasladados a otras Salas, de acuerdo con el resultado de los coprocultivos donde ésto sea posible.
- 7.—El tratamiento de los niños con gastroenteritis, incluyendo las transfusiones de sangre deben de realizarse en la misma Sala.

III) *Lucha contra las infecciones cruzadas.*

A) *Del personal*

- 1.—El personal de las Salas de Gastroenteritis y del Departamento Dietético, además de ser fijo, se le indicará coprocultivo examen parasitológico de heces fecales periódicamente, de ser posible cada mes.
- 2.—En las Salas de Gastroenteritis sólo pueden estar el personal médico y auxiliar que trabaja en el mismo. Cuando un médico u otro empleado tenga que entrar en la Sala tendrá *que ponerse bata que se quitará al salir*. Igualmente tiene que hacer el médico y la enfermera que trabaja y tienen que hacerlo en otro servicio.
- 3.—El médico, enfermera y los empleados *deben lavarse las manos cada vez que atienden a un niño*.
- 4.—*La empleada de limpieza no debe de atender al niño, ni sus alimentos.*
- 5.—Está prohibido la visita de los padres y acompañantes en general, aun en los casos graves, explicándoles lo peligroso que sería para los demás familiares del hogar y la comunidad.
- 6.—Al alta de cada niño el médico o la enfermera debe instruir a la madre como evitar la gastroenteritis.

De las ropas y equipos:

- 7.—En toda Sala o Cubículo se tratará de poner un lavamanos o en su defecto una palangana para lavarse las manos y otra con desinfectante. También puede ser una palangana y alcohol.

- 8.—Los pañales y sabanitas usadas deben de colocarse en un recipiente de metal preferentemente con tapa o carrito *que se pueda fácilmente lavar y desinfectar diariamente*. Los pañales y sabanitas usados deben colocarse inmediatamente en un carrito o recipiente con tapa, de metal preferentemente, que se llevará directamente a la lavandería. Si el recipiente no es grande, no hay más remedio que pasar la ropa sucia a sacos, por la empleada de limpieza, quién lo llevará lo más pronto posible a la lavandería. Estos sacos, también deben de lavarse diariamente.
- 9.—La ropa usada de las Salas de Gastroenteritis deben lavarse primero independientemente de las otras ropas, según instrucciones especiales de lavandería.
- 10.—*No se recomiendan sillitas de defecación ni sillas en las Salas de Gastroenteritis, permaneciendo siempre los niños en sus cunas.*
- 11.—Los utensilios de limpieza en las Salas de Gastroenteritis no se pueden utilizar en la limpieza de pasillos y otras Salas.
- 12.—La mesa de reconocimiento del cuarto de curaciones debe desinfectarse cada vez que se coloque en la misma un niño.
- 13.—Inmediatamente después del alta de un niño la cama con su bastidor se lavarán, desinfectarán con medios químicos y pondrán al sol.

B) *Del Departamento de Dietética*

- 1.—El Departamento Dietético debe estar organizado de tal manera que una enfermera o auxiliar de enfermera sea respon-

sable del mismo, auxiliada por una empleada entrenada.

- 2.—Se empleará la esterilización final de las fórmulas de leche en todos los Hogares Cunas y Hospitales dotados de autoclave empleándose biberones cubiertos. Por ningún motivo en la Sala se debe tocar el teto.
- 3.—Se emplearán fórmulas de leche tipos que reducen el tiempo de trabajo del personal y facilitan la mejor atención de los procedimientos que aseguran preparaciones no contaminadas.
- 4.—En los Hospitales Infantiles, Maternidades, Materno Infantil se debe de hacer un estudio bacteriológico a las fórmulas de leche y teto de los biberones de las Salas una vez por semana por lo menos, preferentemente diario, y en los Hospitales Generales una vez quincenalmente.

IV) *Supervisión de la lucha contra la Gastroenteritis.*

El director del Hospital y el Jefe del Servicio de Pediatría y los Jefes de los Servicios de Gastroenteritis son los responsables de la mejor atención de estas Salas y del cumplimiento de las normas establecidas. Tienen que trabajar coordinadamente con el Centro de Higiene y Epidemiología. Para realizar esta labor tienen que *analizar mensualmente los datos siguientes:*

- 1.—*Número total de casos de gastroenteritis atendidos en la Consulta de Gastroenteritis.*
- 2.—*Número de ingresos por gastroenteritis.*
- 3.—*Estadía de los niños con gastroenteritis.*

- 5.—Mortalidad de los niños ingresados con gastroenteritis antes y después de 48 horas del ingreso.
- 6.—Número de coprocultivos realizados en las Consultas y Salas de Gastroenteritis. Porcentaje de los coprocultivos positivos.
- 7.—Mortalidad por gastroenteritis menos de 1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 14 años.
- 8.—Porcentaje de prematuros y niños con desnutrición (menos del 20% del peso ideal) en los niños fallecidos por gastroenteritis.
- 9.—Revisión de las historias clínicas de los niños fallecidos por gastroenteritis, para saber si el esquema de hidratación y el tratamiento han sido correcto. Igualmente se debe de investigar si el tratamiento ha sido cumplido con la rapidez que requiere el estado del niño.

4.2.4. De la Sub-secretaría de Economía.

Tareas a cumplir por el Departamento de Estadísticas en relación a las luchas contra las enfermedades diarreicas.

1.—A nivel de las Unidades Ejecutoras.

1.1.—Hospitales

El Departamento de Estadística del Hospital será el responsable de obtener *diariamente* los datos estadísticos siguientes:

- a) Número de casos de diarreas aguda atendidas en el cuerpo de guardia.
- b) Número de casos atendidos en la consulta externa.
- c) Número de ingresos por gastroenteritis.
- d) Número de egresos de las salas de gastroenteritis.
- e) Censo diario de pacientes y ca-

mas disponibles en dichas salas.

- f) Defunciones por gastroenteritis, antes y después de 48 horas de ingreso.
- g) Edad y estado de inmadurez o desnutrición del fallecido.
- i) Número de coprocultivos realizados a los pacientes en consultas en salas de Gastroenteritis.

INFORME MENSUAL.

Con estos datos, se deberá elaborar un informe mensual que será elevado al Director de la Institución antes del día 5 de cada mes.

Este Informe Especial de Gastroenteritis, contendrá:

- a) Total mensual de casos atendidos en el Cuerpo de Guardia y consulta externa, clasificados por Zona Urbana y Zona Rural, y si han recibido Tratamiento Médico anterior.
- b) Número de ingresos y reingresos durante el mes por gastroenteritis clasificados por grupos de edades (28 días, 1-11 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años, 5-14 años, de 15 a 54 y 55 y + años).
- c) Número total de egresos.
- d) Número de egresos vivos durante el mes.
- e) Número de fallecidos por gastroenteritis clasificados antes y después de 48 horas de ingresos y por grupo de edad.
- f) Porcentaje de fallecidos prematuros y niños con desnutrición en relación a los niños fallecidos por gastroenteritis. Expresar su alimentación: Leche Materna, de Vaca, o enlatada.
- g) Estadía de niños con gastroenteritis.

- h) Índice ocupacional en las salas de gastroenteritis.
- i) Número de coprocultivos realizados a los pacientes de estas salas. Dicho Informe deberá ser redactado por triplicado.

Original y copia: Se enviará antes del día 5 de cada mes al Departamento Regional de Estadística.

Triplicado: Quedará en la Unidad Ejecutora como constancia.

IMPORTANTE: A fin de poder mantener completa la estadística del año se debe realizar un informe correspondiente a los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril que contenga como mínimo los epígrafes a), b) y c).

Se sugiere obtener datos, de los ingresos mensuales durante el año 1962 y trazar la gráfica correspondiente para que sirva de comparación con el año actual.

1.2.—*Policlínicos:*

Enviaré mensualmente:
Informe Especial de Gastroenteritis, conteniendo el número de casos de esta enfermedad consultando durante el mes, distribuido por los grupos de edad ya citados.

Envío de copias:

Original y copia.

Se enviará antes del día 5 de cada mes al Departamento Regional de Estadística.

Triplicado:

Quedará en la Unidad Ejecutora como constancia.

2.3.—*Informe semanal:*

Las Unidades Ejecutoras enviarán los sábados a primera hora a los Servicios de Higiene y Epidemiología una relación de casos atendidos por enfermedades diarreicas

agudas en la semana anterior, donde se consigna nombre, dirección, edad y se han efectuado exámenes bacteriológicos o no, a fin de poder ejercer el correspondiente control epidemiológico donde sea posible. Si existe alguna dificultad de orden práctico esta información podrá sustituirse por una relación numérica global de casos atendidos sin ninguna otra especificación.

2.—*A nivel de las Direcciones Zonales y Distritales.*

2.1.—Recibiré los informes provenientes de las unidades ejecutoras de la Zonal o del Distrito.

2.2.—Los Servicios de Estadísticas a nivel zonal o distrital (donde existan) deberán confeccionar con los informes recibidos en coordinación con los Servicios de Higiene y Epidemiología un informe Zonal o Distrital. Se hará la gráfica correspondiente a este año y se compara con las de 1961-1962.

2.3.—Los Servicios de Higiene y Epidemiología de las Direcciones Zonales enviarán lo más rápidamente posible un informe global de casos consultados en la zona, a las Direcciones Distritales o a los Centros de Higiene y Epidemiología, donde no existan aquellas.

3.—*A nivel de las Direcciones Regionales:*

3.1.—La Sección de Estadística de Higiene y Epidemiología del Dpto. Regional de Estadística, será la encargada de la recepción, control de recepción, tabulación y presentación de los datos recibidos del nivel local. Solicitaré también los reparos que estime necesario.

3.2.—Con estos datos confeccionaré un consolidado mensual que enviaré conjuntamente con los originales

recibidos al Departamento de Estadística del MINSAP. antes de los días 15 de cada mes.

- 3.3.—Este informe consolidado mensual deberá hacerse por conducto reglamentario a todos los Responsables de Frentes de Trabajo de la Regional y responsables de las Unidades Ejecutoras.
- 3.4.—La Sección de Estadística de Higiene y Epidemiología a solicitud de la Sub-Dirección de Higiene y Epidemiología confeccionará con los datos de defunciones por enfermedades diarreicas de 1961-1962 el correspondiente gráfico, que servirá de control para comparación con las defunciones registradas durante este año.
- 3.5.—El responsable del Departamento de Estadística deberá realizar los pasos necesarios para que la Sección de Estadística de Higiene y Epidemiología conozca rápidamente las defunciones por Enfermedades Diarreicas que van recibiendo. Se hará el consolidado mensual correspondiente, distribuido según RESIDENCIA HABITUAL y grupos de edad (-28 días, 1-11 meses, 1 año, 2 años, 3 años, 4 años 15-54 años, 15.54 años y 55 y más años).
- 3.6.—Este consolidado mensual de defunciones por enfermedades diarreicas será también enviado al Departamento de Estadística del MINSAP, y a las Unidades Ejecutoras responsables de Frentes de Trabajo de la Regional antes del día 15 de cada mes.

4.—A nivel del Departamento Nacional de Estadística.

El Departamento de Estadística de Nivel Nacional será el encargado de la recepción, revisión, procesa-

miento, presentación y análisis de los datos llegados de los Departamentos Regionales de Estadísticas.

- 4.1.—Realizará un consolidado mensual de todas las regionales que hará llegar por conducto reglamentario a todos los responsables de los frentes de Trabajo del MINSAP, y de las Direcciones Regionales.
- 4.2.—Colaborará con la Dirección de Epidemiología en la confección y utilización de los controles gráficos correspondientes de la enfermedad.

4.2.5. De la Subsecretaría de Suministros Médicos:

Por acuerdo del Consejo de Dirección del Ministro se le dará prioridad a los pedidos de materiales necesarios en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

POR TANTO: Los pedidos de estos materiales se harán separados del resto, especificando claramente que son para la Campaña contra la Gastroenteritis, debiendo los almacenes regionales concederle prioridad en su despacho.

Los materiales que por cualquier motivo no existan a nivel regional serán solicitados al almacén nacional, destacando también que son para esta Campaña.

El almacén nacional concederá prioridad a estos pedidos los que serán servidos con la rapidez necesaria. Las Unidades Ejecutoras deben con la debida antelación presentar una solicitud de medicamentos y otros suministros a sus respectivos almacenes regionales de acuerdo con sus necesidades a fin de viabilizar la entrega oportuna de los mismos. En esta forma se logrará que se haga el minimum de pedidos de urgencia.

4.3—Participación de las organizaciones de masas.

A) Tareas concretas de la FMC.

Para cumplir con el postulado de que "LOS NIÑOS NACEN PARA SER FELICES": las tareas concretas de esta organización en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas serán:

1) Divulgación por todos los medios y órganos de esta organización de las medidas aconsejadas por el MINSAP para luchar contra esta enfermedad.

2) Participar a todos los niveles; nacional, regional y zonal en las Escuelas de Educación para la Salud donde se desarrollarán temas adecuados a la lucha contra esta enfermedad.

3) Integrarse al igual que en la campaña de Vacunación Anti-Poliomielítica en todas las Comisiones de Salud del pueblo para desarrollar las actividades necesarias de acuerdo con lo que se planifique y programe dentro de su zonal respectiva.

4) Incrementar siguiendo las orientaciones de Educación para la Salud la lactancia materna dentro de las federadas, como primer paso para que la madre cubana defienda a su hijo contra las enfermedades diarreicas agudas.

5) Establecer sistema de emulación entre las federadas de los distintos municipios en cuanto a la "FEDERADA DE CASA MAS LIMPIA".

B) Tareas concretas de los CDR.

1) Divulgación por todos los medios y órganos de esta organización de las medidas aconsejadas por el MINSAP para la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

2) Lograr que todos los Responsables de Salud de los C. D. R. participen y a todos los niveles, zonal, regional y nacional en las escuelas de Educación para la Salud donde se desarrollarán temas adecuados para la lucha contra estas enfermedades.

3) Que los responsables de salud designados para formar parte de las Comisiones de Salud del pueblo se integren a las mismas en la forma que se hizo en la campaña de vacunación anti-poliomielítica para desarrollar las actividades necesarias de acuerdo con lo que se planifique y programe dentro de su zonal respectiva.

4) Organizar siguiendo las orientaciones del MINSAP a nivel de cada CDR la forma de limpieza más correcta de la cuadra y el mejor método para contribuir a la adecuada recogida de basura por parte de los equipos de que dispone la JUCEI correspondiente de cada municipio.

5) Organizar audiencias sanitarias en todas las cuadras, zonas rurales, y en todos los lugares en que exista la organización, en las que se tratarán temas escogidos y siempre que se pueda con personal técnico preparado para orientar correctamente en la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

6) Señalar el sábado "COMO DIA DE LA LIMPIEZA DE LA SEMANA" donde todos los miembros del CDR a nivel de cuadra, zona rural o dondequiera que exista la organización; ese día, desarrollarán actividades para la recogida y destrucción de las basuras a nivel de casas, calles y solares yermos, soterrando las mismas en solares próximos o quemándolas, esto último bajo la vigilancia de los propios compañeros de los CDR, con la Dirección Técnica de Personal del MINSAP.

7) Controlar los latones, o depósitos con su tapa para la recogida de basuras a nivel de cuadra, zona rural, etc., y establecer el mejor cuidado de los mismos, como puntos para el frente de Salud en la Emulación Nacional.

8) Discutir a nivel de cuadra y en todas las audiencias sanitarias la influencia de determinados animales en la producción de la gastro-enteritis.

9) Influir a nivel de las colectividades en posibles medidas de solución mediante el traslado de los animales fuera de las zonas urbanas, planteando la creación de corrales comunes separados de los núcleos urbanos de población.

10) Incluir en los puntos del frente de Salud Pública dentro de la Emulación Nacional, el Distrito, Seccional y casa del C.D.R. más limpio.

11) Promover trabajos voluntarios para solucionar problemas sanitarios menores.

C) *Tareas concretas de UJC:*

1) Divulgación por los medios y órganos de esta organización de todas las medidas organizadas por este Ministerio para luchar contra enfermedades diarreicas agudas.

2) Lograr que los miembros de esta organización participen en el país a todos los niveles, zonal, regional y nacional en las Escuelas de Educación para la Salud donde se desarrollarán temas adecuados para la lucha contra esta enfermedad.

3) Que los responsables de esta organización designados en las comisiones zonales y regionales así como nacional, se integren para desarrollar las actividades necesarias de acuerdo con lo que se planifique y programe dentro de su zonal respectiva.

4) Llevar a la Unión de Estudiantes de Secundaria Básica a un sistema de emulación de la "Escuela más limpia" y del escolar que más cumpla con los hábitos higiénicos.

5) Participar por el UES a nivel de cuadra en el sábado de limpieza que crearán los CDR recogiendo, quemando o soterrando las basuras a nivel de cuadra.

6) Plantear en todas las actividades de esta organización la importancia política que en el desarrollo de nuestro proceso tienen que el joven comunista

desarrolle hábitos de higiene personal y colectiva.

7) Ir a la organización de seminarios de higiene a nivel de escuelas con participación de profesores y demás trabajadores de la enseñanza.

8) Orientar en la necesidad de que los pioneros participen en forma activa en este trabajo contra las enfermedades diarreicas agudas y que quede establecido que cada pionero será "GUARDIAN DE LA LIMPIEZA".

9) Utilizar todo los medios de publicidad y todas las organizaciones para que el pueblo entero reconozca y vea en cada pionero un vigilante de la limpieza de la ciudad.

10) Programar la posibilidad de que el Departamento de Educación para la Salud a nivel nacional y de cada Regional pueda llevar a los pioneros los conocimientos necesarios para que cumplan con el deber de ser vigilantes de la limpieza.

11) Establecer el pionero sanitario entre los círculos de pioneros, a nivel de escuela y en el Palacio de los Pioneros.

12) Disponer del espacio necesario, para que la revista El Pionero publique en todos sus números artículos con enfoques adecuados a la higiene y el cuidado de la salud.

13) Lograr la participación de grupos de pioneros en programas televisados y radiales donde se enfoquen problemas de salud e higiene.

D) *Tareas concretas del ANAP:*

1) Divulgación por los medios y órganos de esta organización de todas las medidas aconsejadas por el Ministerio para la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

2) Lograr que todos los miembros de esta organización participen en las zonas rurales, en las escuelas de educación que se puedan crear por los mé-

dicos del servicio médico-social-rural y por el maestro de vanguardia.

3) Lograr que donde sea posible se integre algún miembro del ANAP a la Comisión Zonal de Salud del Pueblo para el desarrollo de las actividades necesarias en esta zona contra la gastroenteritis.

4) Incrementar la construcción e instalación de letrinas sanitarias utilizando los materiales disponibles en la zona, siguiendo las normas del MINSAP.

5) Incrementar el cumplimiento de las normas sanitarias entre todos los productores de leche, miembros de la ANAP.

6) Favorecer el mejoramiento sanitario de los pozos a nivel de los miembros de esta organización.

7) Responsabilizar a esta organización en aplicar en la zona rural todas las demás medidas que se hayan programado para las zonas urbanas y que la realidad las permite hacer aplicables.

E) *Tareas concretas de CTC:*

1) Divulgación por todos los medios y órganos de esta organización de las medidas aconsejadas por el Ministerio para la lucha contra la gastro-enteritis.

2) Bajar por las vías de esa organización la necesidad de que todos los sindicatos participen a nivel de su centro de trabajo en medidas adecuadas de higiene personal y colectivo para la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas creando la fábrica o el centro de trabajo más limpio.

3) Lograr que en forma específica participen en la lucha contra estas enfermedades los compañeros del Sindicato de la Medicina, del Sindicato de los Gastronómicos y del Sindicato de la Enseñanza, designando un miembro de cada uno de ellos para que los represente en la comisión de salud del pueblo

a nivel municipal o zonal regional y nacional.

4) Premiar dentro de un sistema de emulación adecuado a trabajadora que siendo madre lacte a su hijo.

5) Cumplir las tareas programadas en el frente de higiene del trabajo.

F) *Tareas concretas de la Cruz Roja:*

1) Divulgación por todos los medios y órganos de esta organización de las medidas aconsejadas por el MINSAP para la lucha contra las enfermedades diarreicas agudas.

2) Lograr que todos los miembros de esta organización participen en el país a todos los niveles, zonal y regional en las escuelas de Educación para la Salud donde se desarrollarán temas adecuados para la lucha contra esta enfermedad.

3) Que los responsables de esta organización la representen a nivel de las comisiones de salud del pueblo en los distintos niveles y se integren al trabajo en la forma que lo hicieron en la campaña anti-polio-mielítica.

4) Que se establezca por parte de la Cruz Roja el sistema de emulación de premio mensual sobre Higiene personal y el premio al local de Cruz Roja de más limpieza en todo el país.

5) Que todos los miembros de la Cruz Roja participen en todas las actividades que se desarrollen a nivel de provincia o de sus municipios para luchar contra esta enfermedad.

6) Integrarse a las actividades dentro de los hospitales y Policlínicos.

5.—ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y ESTADISTICO

Mortalidad por diarreas agudas.

Cuba y Direcciones Regionales.

Distribución por Municipios.

" por meses.

" por edades.

" por sexo.

Morbilidad.
 Estadísticas de las provincias de Pinar del Río y Matanzas.
 Letalidad Intrahospitalaria.
 Investigaciones Microbiológicas.
 En los laboratorios de los Centros de Higiene y Epidemiología.

En el Instituto Nacional de Higiene y Microbiología.
 Higiene Ambiental.
 Resumen de los principales problemas de Abastecimiento de Agua y Eliminación de Excretas, por Regionales.
 Encuesta preliminar sobre lactancia materna en Matanzas y La Habana.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
 PORCENTAJES Y TASAS POR REGIONES
 REPUBLICA DE CUBA
 1961 y 1962

REGIONALES	No. Def.	%	TASAS	1962		
				No. Def.	%	TASAS
Pinar del Río	243	6.8	48.9	251	6.0	49.8
La Habana	847	23.6	44.2	988	23.7	50.5
Matanzas	185	5.1	42.6	191	4.6	43.1
Las Villas	351	9.8	29.9	559	13.4	46.9
Camagüey	421	11.7	57.1	555	13.4	73.6
Oriente Norte	489	13.6	57.0	540	13.0	62.1
Oriente Sur	1058	29.4	82.6	1073	25.7	82.4
Total	3594	100.0	52.1	4157	100.0	59.2

Tasas X 100,000 habitantes.

Fuente: Depto. Estadística MINSAP.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
 DISTRIBUCION PORCENTUAL POR MESES
 REPUBLICA DE CUBA
 1961 — 1962

MESES	1961		1962	
	No. Def.	%	No. Def.	%
Enero	205	5.7	303	7.3
Febrero	183	5.1	225	5.4
Marzo	233	3.5	228	5.5
Abril	251	7.0	246	5.9
Mayo	234	6.5	251	6.0
Junio	378	10.5	380	9.1
Julio	481	13.4	765	18.4
Agosto	403	11.2	545	13.1
Septiembre	352	9.8	422	10.2
Octubre	343	9.5	343	8.3
Noviembre	230	6.4	205	4.9
Diciembre	301	8.4	244	5.9
Total:	3594	100.0	4157	100.0

Fuente: Depto. Estadística MINSAP.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES

REPUBLICA DE CUBA

1961 — 1962

GRUPOS DE EDADES	1961			1962		
	No. Def.	%	TASAS	No. Def.	%	TASAS
— 1 año	2838	79.0	1306.9	3210	77.3	1451.8
1 — 4 años	476	13.2	62.2	512	12.3	65.7
5 — 14 años	48	1.3	32.2	60	1.4	4.0
15 y + años	215	6.0	39.1	351	8.4	7.8
Edad ignorada	17	0.5	—	24	0.6	—
TOTAL	3594	100.0	52.1	4157	100.0	59.2

Tasas específicas por 100,000 habitantes.

Fuente: Depto. Estadística MINSAP.

DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDADES EN MENORES DE 5 AÑOS

REPUBLICA DE CUBA

1961 — 1962

EDADES	1961		1962	
	No. Def.	%	No. Def.	%
0 — 29 días	594	17.9	610	16.4
1 — 11 meses	2,244	67.7	2,600	69.8
1 año	319	9.6	368	9.9
2 años	96	2.9	101	2.7
3 años	35	1.1	28	0.8
4 años	26	0.8	15	0.4
TOTAL (—5 años)	3,314	100.0	3,722	100.0

Fuente: Departamento de Estadística.

CASOS, DEFUNCIONES Y LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA
POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS*

REPUBLICA DE CUBA

1 9 6 2

HOSPITAL	CASOS	DEFUNCIONES	LETALIDAD
Guanajay	48	4	8.3
Civil de Pinar del Río	1104	81	7.3
William Soler	1706	186	10.9
Angel A. Aballí	950	97	10.2
Pedro Borrás Astorga	776	137	17.6
Provincial de Matanzas	1253	63	5.0
Cárdenas	1289	81	6.2
Infantil de Santa Clara	811	77	9.5
San J. de Dios de Camagüey	1933	108	5.6
General de Holguín	902	56	6.2
Provincial de Stgo. de Cuba	113	4	3.5
Infantil de Stgo. de Cuba	2211	183	8.3
Palma Soriano	521	31	5.9
TOTAL:	13617	1108	8.1

(*) Solo se consideran los Hospitales Infantiles y los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales que se estiman más representativos de cada regional.

Fuente: Departamento de Estadística de los hospitales mencionados.

INGRESOS, DEFUNCIONES Y LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA
POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN 4

HOSPITALES SELECCIONADOS*

DISTRIBUCION POR MESES

REPUBLICA DE CUBA

1 9 6 2

MESES	INGRESOS	DEFUNCIONES	LETALIDAD
Enero	318	8	2.5
Febrero	313	7	2.2
Marzo	404	18	4.4
Abril	368	15	4.0
Mayo	475	21	4.4
Junio	631	29	4.6
Julio	954	54	5.6
Agosto	630	78	12.4
Septiembre	425	38	8.9
Octubre	312	17	5.4
Noviembre	216	9	4.1
Diciembre	331	14	4.2
TOTAL	5,377	308	5.7

(*) Fuente: Departamento de Estadísticas de los Hospitales de Matanzas, Cárdenas, Camagüey y Holguín.

INGRESOS, DEFUNCIONES Y LETALIDAD INTRA-HOSPITALARIA POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN LOS HOSPITALES DE CAMAGUEY, HOLGUIN, MATANZAS Y CARDENAS

DISTRIBUCION POR MESES
REPUBLICA DE CUBA

1 9 6 2

MESES	Hosp. San J. de Dios (Camaguey)		Hosp. Gral de Holguin		Hosp. Provincial Matanzas		Hospital de Cárdenas	
	Ingreso	Defunc.	Letalidad	Ingreso	Defunc.	Letalidad	Ingreso	Defunc.
Enero	140	3	2.2	42	3	7.1	95	1
Febrero	185	1	0.5	40	4	10.0	56	—
Marzo	202	10	5.0	66	2	3.0	66	4
Abril	169	6	3.5	92	2	2.2	57	4
Mayo	175	13	7.4	111	4	3.6	126	3
Junio	212	7	3.3	121	11	9.1	143	4
Julio	228	16	7.0	91	9	9.9	241	14
Agosto	206	23	13.6	90	4	4.5	130	15
Septiembre	170	11	6.5	70	6	8.6	79	11
Octubre	81	6	7.4	71	5	7.0	91	5
Noviembre	77	4	5.2	42	2	4.8	52	—
Diciembre	88	3	3.4	66	4	6.0	117	2
CUBA	1933	108	5.6	902	56	6.2	1253	63

Fuente: Departamento de Estadísticas hospitalares de Camaguey, Holguin, Matanzas y Cárdenas.

CASOS, DEFUNCIONES Y LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN LOS HOSPITALES DE PINAR DEL RIO, HOLGUIN, CARDENAS Y MATANZAS

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES
REPUBLICA DE CUBA

1 9 6 2

GRUPOS DE EDAD	C. Pinar del Río			Gral de Holguin			Cárdenas			Provl. de Matanzas		
	C	D	T	C	D	T	C	D	T	C	D	T
Menos 1 año	693	71	10.2	389	35	9.0	506	65	12.8	653	53	8.1
1 a 4 años	262	8	3.1	279	11	3.9	329	9	2.7	342		
5 a 14 años	50	1	2.0	75	1	1.3	135			98	2	2.0
15 y más	99	1	1.0	149	9	6.0	319	7	2.2	160	8	5.0
TOTAL	1184	81	7.3	902	56	6.2	1289	81	6.2	1253	63	5.0

Fuente: Departamento de Estadística de los hospitales mencionados.

**CASOS, DEFUNCIONES Y LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA
POR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN LOS HOSPITALES DE PINAR
DEL RIO, HOLGUIN Y MATANZAS
DISTRIBUCION POR SEXO
REPUBLICA DE CUBA
1 9 6 2**

HOSPITAL	MASCULINO			FEMENINO			TOTAL		
	Casos	Def.	Let.	Casos	Def.	Let.	Casos	Def.	Let.
Civil de P. del Río	636	42	6.6	566	39	6.9	1202	81	6.7
Gral. de Holguín	681	27	5.6	421	29	6.9	902	56	6.2
Prov. Matanzas	693	30	4.3	560	33	5.9	1253	62	5.0
TOTAL	1819	99	5.4	1547	101	6.5	3357	199	5.9

Fuente: Departamento de Estadística de los Hospitales mencionados.

**LETALIDAD INTRAHOSPITALARIA
POR ENFERMEDADES DIARREICAS
DISTRIBUCION POR MESES
HOSPITAL CIVIL DE PINAR DEL RIO
1 9 6 2**

Meses	Casos	Muertes	% Letalidad
Enero	66	4	6.1
Febrero	48	5	10.4
Marzo	83	7	8.3
Abril	69	3	4.3
Mayo	77	4	5.3
Junio	87	7	8.0
Julio	128	6	4.7
Agosto	110	7	6.4
Septiembre	152	11	7.2
Octubre	110	12	10.9
Noviembre	99	6	6.1
Diciembre	75	9	12.0
TOTAL	1,104	81	7.3

Fuente: Dpto. Estadística
Dirección Regional de Pinar del Río.

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS
DISTRIBUCION POR GRUPOS
DE EDADES
HOSPITAL CIVIL DE PINAR DEL RIO
1 9 6 2**

Grupo de Edades	No.	Defunciones	
		No.	%
— 1 año	71		87.7
1 — 4	8		9.9
5 — 4	1		1.2
15 y más	1		1.2
TOTAL	81		100.0

Fuente: Dpto. Estadística Dirección
Regional de Pinar del Río.

**CENTRO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA
"MARTIRES DE PINO TRES"**

**CASOS, MUERTES Y LETALIDAD POR
DIARREAS AGUDAS**

DISTRIBUCION POR MESES

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -
CAMAGUEY**

**DIRECCION REGIONAL DE
CAMAGUEY**

1 9 6 2

Meses	Casos	Muertes	% Letalidad
Enero	140	3	2.2
Febrero	185	1	0.5
Marzo	202	10	5.0
Abril	169	6	3.5
Mayo	175	13	7.4
Junio	212	7	3.3
Julio	228	16	7.0
Agosto	206	28	13.6
Septiembre	170	11	6.5
Octubre	81	6	7.4
Noviembre	77	4	5.2
Diciembre	88	3	3.4
TOTAL	1,933	108	5.6%

Fuente: Dpto. Estadística Hospital San
Juan de Dios de Camagüey.

COPROCULTIVOS REALIZADOS POR LOS CENTROS DE HIGIENE Y
 EPIDEMIOLOGIA
 POSITIVIDAD SALMONELLAS Y SHIGELLAS
 DISTRIBUCION POR REGIONALES
 REPUBLICA DE CUBA
 1962 — 1963

Regional	N. de Muestras Examinadas	Muestras Positivas	% de positividad salmonellas		Positivas shigellas
Pinar del Río	858	86	10.0	84	2
✓Habana	252	31	12.3	12	19
Matanzas	249	40	16.0	37	3
Las Villas	938	23	2.4	6	17
Camagüey	932	2	0.2	1	1
Ote. Norte	922	37	4.0	32	5
Ote. Sur	380	35	9.2	32	3
Total	4.531	254	5.6	204	50

(*) De enero a marzo, 1963 solamente.

Fuente: Departamento de Estadística de las Regiones señaladas.

COPROCULTIVOS REALIZADOS EN
 ENFERMOS ATENDIDOS EN LA CLI-
 NICA SAGRADO CORAZON, LA HABA-
 NA, POR EL INSTITUTO NACIONAL
 DE HIGIENE - NOVIEMBRE 1962 A
 MARZO DE 1963

Coprocultivos realizados	Coprocultivos positivos	% de positividad
203	134	66.2

Agentes etiológicos aislados y porcenta-
 je que representan del total de coprocul-
 tivos positivos y del total de exámenes
 realizados.

Agente Etiológico	No. de Casos	% de los positivos	% del total
Salmonella	11	8.2	5.4
Shigella	2	1.5	1.0
Arizona	2	1.5	1.0
Estafilococo			
Aureo	1	0.7	0.5
E. Coli (x)	57	42.5	28.3
Proteus			
Morgagni	18	13.4	8.9
Proteus Retgerie	4	3.0	1.9
Ballerup	8	6.0	3.9
Hafnia (xx)	10	7.5	4.9
Providen- cia (xx)	21	15.7	10.4
TOTAL	134	100.0	66.2

NOTA: El 80% de las muestras corres-
 ponden a niños.

(x) Unico germen en muestras de enfer-
 mos con diarreas agudas.

TIPIFICACION DE 59 CASOS
 SALMONELOSIS
 INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE
 HABANA, 1963

Tipos	Nro.
S. Tiphimurium	41
S. Tippi	2
S. Butantam	1
S. Pensacola	1
S. Israel	1
S. Gatuni	1
S. Nyborg	1
S. Alabama	1
S. Seremban	1
S. Meleagridis	1
S. Pollorum	1
S. Westhampton	1
TOTAL	59

Fuente: Instituto Nacional de Higiene.

REGIONAL DE PINAR DEL RIO

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Pinar del Río		Acueducto	25% de la población	Fosas Mouras y pozos absorbentes. Pozos negros y letrinas.
Artemisa		Acueducto		Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Guanajay		Acueducto		"
Consolación del Sur		Acueducto		"
Los Palacios	Tomas individuales en río	Pozos individuales		"
Guane	Acueducto			"

De los 29 núcleos de más de 1,000 habitantes que existen en la Provincia, sólo 16 tienen servicio de acueducto y de estos 2 son de agua superficial. El resto se abastece de pozos individuales y de corrientes superficiales por tomas directas. En cuanto a la disposición de residuales, sólo la Ciudad de Pinar del Río, tiene servicio de alcantarillado al que está conectado el 25% de las viviendas, el resto de esta población y de las demás, dispone sus excretas en una pequeña proporción, por medio de sistemas de fosas mouras y pozos absorbentes, los demás lo hacen a pozos negros y por medio de letrinas, o carece de este servicio.

REGIONAL HABANA

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Habana		Acueducto	65% de la población	Fosas Mouras y pozos absorbentes. Pozos negros y letrinas.
Marianao		Acueducto		"
Guanabacoa		Acueducto	30% de la población	"
Güines		Acueducto		"
Regla		Acueducto		"
Bauta		Acueducto		"
Güira de Melena		Acueducto		"
San Antonio de los Baños		Acueducto		"
San José de las Lajas		Acueducto		"

De los 55 núcleos de población de más de 1,000 habitantes, 11 no tienen servicio de acueducto. De los 44 que lo tienen, con fuentes en corrientes superficiales y el resto subterránea. En cuanto a la disposición de residuales, sólo La Habana tiene sistema de alcantarillado bastante deficiente. El resto de las poblaciones tienen en pequeña proporción sistemas de fosas mouras y pozos absorbentes, abundando los pozos negros, las letrinas y muchas viviendas no constan de ninguna clase de estos servicios. La población rural está en peores condiciones: se abastecen de aguas superficiales o sub-superficiales (freáticas) casi siempre poluidas y disponen sus excretas en letrinas o por medio del fecalismo.

REGIONAL DE MATANZAS

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Matanzas		Acueducto		Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Cárdenas		Acueducto		"
Colón		Acueducto		"
Jovellanos		Acueducto		"
Jagüey Grande		Pozos individuales		"
Pedro Betancourt		Pozos individuales		"
Perico		Pozos individuales		"

De los 39 núcleos de población de más de 1,000 habitantes que existen en esta Regional, 12 no tienen servicio de acueductos. De los 28 restantes, uno utiliza agua superficial y 27 agua subterránea.

La disposición de residuales se realiza por sistemas de fosas mouras y pozos absorbentes, en pequeñas proporciones, abundan los pozos negros y letrinas. También muchas viviendas carecen de sistema.

La Zona Rural se abastece de agua principalmente de pozos criollos y una pequeña parte de agua superficial y las excretas las disponen por medio de letrinas. Existe en esta zona el fecalismo.

REGIONAL DE LAS VILLAS

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Santa Clara	Acueducto	Pozos	40% de la población	Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Cienfuegos	Acueducto		60% de la población	"
Sancti-Spíritus	Acueducto		10% de la población	"
Sagua la Grande	Acueducto	Acueducto	20% de la población	"
Trinidad	Acueducto			"
Caibarién		Acueducto	15% Poblac.	"
Cruces				"

De los 61 núcleos de población de más de 1,000 habitantes que hay en esta Regional, 40 no tienen servicios de acueducto y de los 21 restantes, 11 se surten en todo en parte de agua superficial, teniendo solamente 10 como fuente de abasto, aguas subterráneas.

De estos 61 núcleos de población, solamente dos se pueden considerar que tienen sistemas de alcantarillado y otras tres lo tienen muy rudimentario.

La zona rural se abastece principalmente de pozos criollos y de agua superficial mientras dispone sus excretas en letrinas y sobre la superficie del suelo, (fecalismo).

REGIONAL DE CAMAGUEY

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Camagüey	Acueducto	Pozos	50% de la población	Fosa Moura y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Ciego de Avila		Acueducto	10% de la población	"
Florida		Acueducto y Pozos		"
Morón		Pozos		"
Nuevitas		Acueducto y Pozos		"

De los 38 núcleos de población de más de 1,000 habitantes que hay en esta Regional, 18 no poseen acueducto y de los 20 restantes, 4 se abastecen de agua superficial, mientras 16 lo hacen de agua subterránea. De toda la población de la Provincia, sólo el 36% está abastecida por acueducto y el resto lo hace de ríos, arroyos y pozos.

La disposición rural dispone sus excretas en letrinas y sobre la superficie del suelo, mientras se abastece de agua de ríos, arroyos y pozos, sin ninguna garantía sanitaria.

REGIONAL ORIENTE NORTE (HOLGUIN)

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Holguín		Acueducto	80% de la población	
Victoria de las Tunas		Pozos		Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Sagua de Tánamo		Acueducto	80% de la población	
Antilla		Pozos		Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Banes		Acueducto	50% de la población	"

De los 31 núcleos de población que hay en esta Regional, 13 no tienen acueducto y de los 18 que lo poseen, 13 se abastecen de agua superficial.

La disposición de los residuales se hacen 3 de los núcleos de población por alcantarillado, mientras los 28 restantes no poseen este servicio.

La población rural se abastece de aguas superficiales y de pozos criollos mientras sus excretas las disponen en letrinas o sobre la superficie del suelo. (Fecalismo).

REGIONAL ORIENTE SUR (SANTIAGO DE CUBA)

Poblaciones	Abastecimiento de Agua		Disposición de Residuales	
	Superficial	Subterránea	Alcantarillado	OTROS
Santiago de Cuba	Acueducto	Acueducto	80% de la población	
Guantánamo	Acueducto		20% de la población	
Manzanillo		Acueducto		Fosas Mouras y pozo absorbente. Pozos negros y letrinas.
Palma Soriano	Acueducto			"
San Luis		Acueducto		"

De los 42 núcleos de población de más de 1,000 habitantes que hay en esta Regional, 14 no poseen acueducto y de los 28 que lo poseen, 23 utilizan en todo o en partes, aguas superficiales.

De estos núcleos 2 tienen alcantarillado mientras algunos de los restantes tienen sistemas parciales de cloacas.

La población rural se abastece de aguas superficiales y de pozos criollos mientras dispone sus excretas en letrinas o sobre el suelo.

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA
HOSPITAL DE MATERNIDAD DE MATANZAS
MARZO 25 AL 30 DE 1963

Grupos de Edades	No. de Niños Encuestados	SI	Lactancia Materna	
			%	NO
De menos de 1 mes	12	10	83.3	2
De 1 mes	44	36	81.8	8
De 2 meses	23	10	43.4	13
De 3 meses	14	6	42.8	8
De 4 meses	22	11	50.0	11
De 5 meses	19	7	36.8	12
De 6 meses	15	5	33.3	10
TOTAL	149	85	57.0	64

Fuente: Dpto. Estadística Regional Matanzas.

TIPO DE ALIMENTACION RECIBIDA POR 1628 NIÑOS MENORES DE UN AÑO
ENCUESTADOS EN LA "MATERNIDAD A. ARIAS"

ABRIL 1963

EIDADES	MATERNA		MIXTA		ARTIFICIAL		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1 - 10 días	161	58.7	56	20.5	57	20.8	274	100.0
11 - 28 días	233	50.2	91	19.6	140	30.2	464	100.0
1 mes	110	31.9	77	22.4	157	45.7	344	100.0
2 meses	59	25.3	46	19.8	128	54.9	233	100.0
3 meses	29	26.9	17	15.7	62	57.4	108	100.0
4 - 5 meses	18	18.3	13	13.3	67	68.4	98	100.0
TOTAL - 6 meses:	610	40.1	300	19.7	611	40.2	1521	100.0
+ 6 meses:	9	8.4	8	7.5	90	84.1	107	100.0
T O T A L :	619	38.0	308	18.9	701	43.1	1628	100.0