

## Salud materno-infantil en Cuba: Situación actual y perspectivas

Por los Dres.:

R. RIVERÓN CORTEGUERA,\* F. VALDES LAZO\*\* y R. RODRIGUEZ CASTRO\*\*\*

Riverón Corteguera, R. y otros. *Salud materno-infantil en Cuba: Situación actual y perspectivas*. Rev Cub Ped 50: 5, 1978.

Se plantean los programas y actividades que se desarrollaron desde los primeros años de la década de 1960 destinados a mejorar en sentido general la salud del pueblo. Se expone la situación actual de la salud materno-infantil, y se analizan la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, unidades para la atención materno-infantil, personal de enfermería, organización de la atención materno-infantil, programas de atención integral a la mujer y al niño. Se exponen las perspectivas de trabajo en los próximos años, encaminado a mantener los éxitos alcanzados, así como a solucionar otros problemas —producto del desarrollo obtenido— y que actualmente son considerados.

Desde los primeros años de la década de 1960 se comenzaron a desarrollar actividades y programas destinados a mejorar de manera general la salud del pueblo. Al mismo tiempo se iniciaron transformaciones políticas, sociales y económicas que fueron encaminadas a mejorar el nivel de vida de la población. Se creó un Sistema Nacional de Salud, se estableció por ley, el Servicio Médico Social, se amplió la cobertura de atención médica, se construyeron hospita-

les en las zonas más apartadas de la isla, se iniciaron programas de vacunación masiva, se incrementó la formación de personal médico y paramédico. Se aumentó el número de camas y se iniciaron programas dirigidos a resolver los problemas de salud más apremiantes. Es así como se llevaron y llevan a cabo las campañas de vacunación contra la poliomielitis, el programa de lucha contra la gastroenteritis, el programa de erradicación del paludismo. Se incrementó el parto institucional y otras campañas. Muy tempranamente se tomó la decisión de priorizar la atención materno-infantil como una forma de garantizar que las generaciones futuras tuvieran un crecimiento y desarrollo acorde con las necesidades que exigía la nueva sociedad que se comenzaba a construir. Al mismo tiempo se incrementaron los servicios de salud al adulto, y se inició la transformación de una medicina asistencial curativa por una medicina preven-

\* Especialista de II grado en administración de salud y de I grado en pediatría. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

\*\* Especialista de I grado en pediatría. Jefe del departamento materno-infantil y secretario del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

\*\*\* Especialista de I grado en obstetricia y ginecología y jefe del Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia del Ministerio de Salud Pública.

tiva. Se comenzó la formación de personal dedicado a epidemiología, higiene, medicina del trabajo y otras especialidades que nunca habían sido con anterioridad preocupación para la salud pública cubana, así como también se aumentó el número de los hogares de ancianos y se crearon los hogares maternos de impedidos físicos y mentales y de recuperación; se transformó la atención psiquiátrica al enfermo crónico y muchos otros aspectos de la salud pública en general.<sup>1-6</sup>

Han pasado 18 años y la salud materno-infantil se ha desarrollado considerablemente en nuestro país. El objetivo de este trabajo es analizar los indicadores, actividades y programas existentes en la actualidad y trazarnos las perspectivas de trabajo para los años futuros. Durante el tiempo transcurrido hemos tenido que afrontar los problemas de mayor envergadura en el campo de la atención a la madre y al niño; sin embargo, no todos han podido ser solucionados. En los próximos años deberá trabajarse intensamente para mantener los éxitos alcanzados e ir a la atención de otros problemas que no fueron tratados adecuadamente durante este período, y de otros que han surgido como parte del desarro-

llo que se ha alcanzado y que en sus inicios no fueron considerados.

Al exponer la situación actual de la salud materno-infantil, analizaremos la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, unidades para la atención materno-infantil, personal de enfermería, organización de la atención materno-infantil, y los programas de atención integral a la mujer y al niño. Al final expondremos las perspectivas de trabajo en los próximos años.

### Población

La estructura de la población de Cuba (gráfico 1) de acuerdo con el censo efectuado en 1970 registraba: 36,7% de menores de 15 años; 57,5% de 15 a 64 años y sólo 5,8% de 65 y más años. En 1976 teníamos una población de 9 464 300 habitantes, de los cuales el 36,4% era menor de 15 años; 57,0% de 15 a 64; y 6,6% de 65 años y más. En la actualidad tenemos una densidad de población que oscila alrededor de 85 habitantes por km.<sup>2</sup>

### Natalidad

La natalidad en Cuba ha tenido variaciones desde 1959 hasta el momento

Gráfico 1

POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDADES, CUBA, 1953, 1959, 1970 y 1976

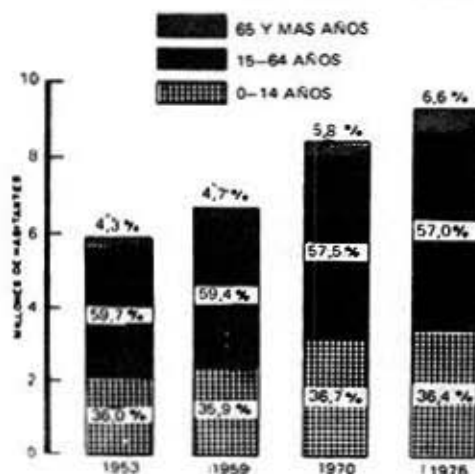
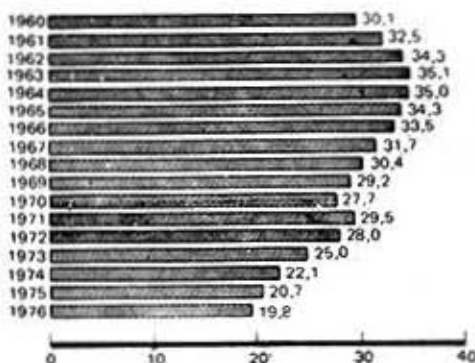


Gráfico 2

NATALIDAD  
CUBA 1960-1976



Fuente: Informe anual de actividades del Ministerio de Salud Pública 1976.

actual (gráfico 2). Al inicio de los años 60 hubo un incremento de ésta que alcanzó la cifra más elevada en 1965 cuando hubo 267 611 nacidos vivos, lo que representó una tasa de 34,3 por cada 1 000 habitantes. A partir de esta fecha esta cifra comenzó a declinar progresivamente con un ligero incremento en 1971, hasta el año 1976 en que alcanzó 188 118 nacidos vivos para una tasa de natalidad de 19,9 por cada 1 000 habitantes, aunque se mantuvo con tendencia descendente hacia los próximos años.<sup>1</sup>

### Crecimiento demográfico

El crecimiento demográfico a partir de 1970 se ha presentado según se expone en el cuadro 1, con una tendencia descendente. Así por ejemplo, en 1970 el crecimiento vegetativo fue de 2,14%, y se elevó en 1971 a 2,35%, para en 1972 iniciar un descenso progresivo hasta 1976 en que se registra 1,43%.

### Recursos humanos

En 1977 nuestro país cuenta con un médico por cada 800 habitantes. En lo referente a la atención materno infantil existe 1 ginecobstetra por cada 9 850 habitantes, lo que representa el 8,0% del total de médicos y 1 pediatra por cada 5 730 habitantes o por 2 000 habitantes menores de 15 años, lo que representa el 13,8% del total de médicos del país (gráfico 3).

CUADRO 1  
CRECIMIENTO DEMOGRAFICO  
CUBA 1970-1976

Años	Natalidad	Mortalidad general 0/00 Hab.	Crecimiento demográfico 0/00
1970	27,7	6,3	21,4
1971	29,5	6,0	23,5
1972	28,0	5,6	22,4
1973	25,0	5,6	19,4
1974	22,1	5,8	16,3
1975	20,7	5,5	15,2
1976	19,8	5,6	14,3

Fuente: Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

### Personal de enfermería

En 1977 teníamos en el país 806 enfermeras obstétricas, 1 549 enfermeras pediátricas y 7 175 auxiliares de enfermería pediátrica. Además completan la atención materno infantil 234 enfermeras con cursos de posgrado en neonatología y un grupo numeroso de enfermeras y auxiliares de enfermería general que prestan sus servicios en salas de hospitales infantiles y de ginecobstetricia. Actualmente tenemos en formación 1 180 alumnas de enfermería pediátrica y 343 de enfermería obstétrica.<sup>5</sup>

### Recursos-camas

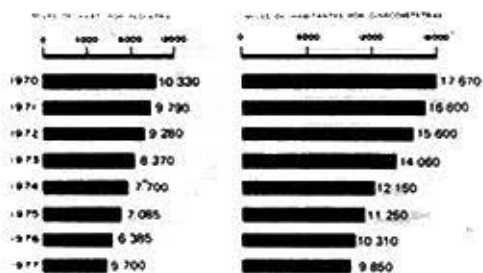
Cuba en 1977 (gráfico 4) tiene 5 093 camas dedicadas a obstetricia para un indicador de 0,5 camas por cada 1 000 habitantes, y 9 808 camas pediátricas para un indicador de 1,0 por cada 1 000 habitantes. En el país hay 42 842 camas para un indicador de 4,5 camas por cada 1 000 habitantes.

### Unidades para la atención materno infantil

Al finalizar 1976 existían en el país 345 policlínicos, de los cuales, en el

### Gráfico 3

RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION MATERNOINFANTIL. PROPORCION DE HABITANTES POR PEDIATRAS Y GINECOBSTETRAS. CUBA 1970-1977



Fuente: Informe anual de jefes de grupos provinciales de pediatría y ginecobstetricia 1970 a 1977.

60% se la establecido el nuevo modelo de atención primaria. En estas unidades se realizan consultas ambulatorias a la madre y al niño. Completan esta atención 140 puestos médicos rurales. Existen además, los siguientes hospitales: 25 ginecóbstericos con servicio de neonatología, 31 maternoinfantiles, 22 infantiles y 56 rurales con servicio de obstetricia y pediatria.

Además, la atención materna cuenta con 62 hogares maternos, y la pediátrica con 32 de recuperación y 6 de impedidos físicos y mentales.

#### Organización de la atención materno infantil

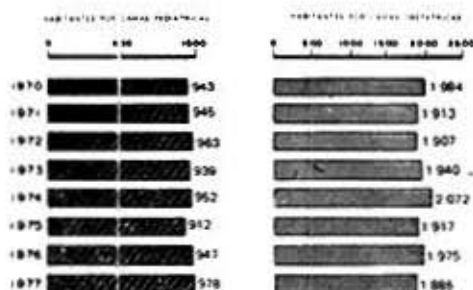
El Ministerio de Salud Pública ha organizado la atención a la mujer y al niño en tres niveles: nacional o central, provincial y municipal.

La Dirección Nacional de Atención Médica tiene un departamento materno infantil que cuenta con una sección de ginecóbstericia y una de pediatria. El departamento tiene las siguientes funciones:

- f. Elaborar los programas de atención integral a la mujer y al niño.

Gráfico 4

HABITANTES POR CAMAS PARA LA ATENCIÓN MATERNOINFANTIL  
CUBA 1970-1971



Fuente: Informe anual de jefes de grupos nacionales de pediatria y ginecóbstericia.

2. Confeccionar las normas y procedimientos en las especialidades de pediatria y ginecóbstericia.
3. Supervisar la correcta aplicación de las normas, programas y procedimientos relativos a dichas especialidades en las instituciones infantiles y de ginecóbstericia
4. Analizar periódicamente el desarrollo de los programas y elaborar informes al respecto.
5. Mantener actualizados los indicadores de uso más frecuente en sus respectivas actividades.
6. Participar en la elaboración de proyectos y en la planificación de recursos humanos e instrumental y equipos para instituciones y servicios materno infantiles.
7. Introducir en los servicios materno infantiles las nuevas tecnologías en su aplicación de salud.
8. Colaborar en la formación y adiestramiento, especialización, o ambos, del personal médico y paramédico.
9. Asesorar en lo relativo a estas especialidades a los diferentes niveles de la organización.
10. Evaluar periódicamente los planes de trabajo de los grupos de ginecóbsterias y de pediatras.
11. Participar en las visitas de control y ayuda a provincias.
12. Mantener actualizados los recursos humanos y materiales.
13. Asesorar al Director de Atención Médica en la ubicación de profesionales en las distintas provincias.
14. Realizar análisis periódicos sobre la marcha de los programas más inherentes a las especialidades de ginecóbstericia y pediatria a través de los grupos correspondientes.
15. Participar directamente o a través de los grupos respectivos, en funciones de asesoría o de análisis de situaciones concretas.

16. Colaborar en el funcionamiento de los campamentos de asmáticos, diabéticos y de pioneros.

En el nivel central aparecen entre los métodos de administración y dirección los grupos nacionales de ginecología y pediatría.<sup>9</sup> Los grupos nacionales son colectivos de trabajo integrados por profesores y especialistas que sin abandonar la práctica diaria en su servicio aplicativo se integran a una función de dirección de las tareas de salud, ya que norman, supervisan y evalúan a través de la organización lo concerniente a la salud de la mujer y del niño.<sup>10</sup>

Los administradores del sistema los orientan, recogen sus experiencias y opiniones y las aplican consecuentemente. De esta forma el trabajo de dirección logra coordinar y enmarcar en una resultante definida los criterios y experiencias de los exponentes más calificados de las especialidades en todo el país en apoyo de las decisiones que deben tomar los directivos de la organización de la salud.

La estructura de los grupos nacionales se repite con pequeñas modificaciones en cada provincia, en cuyo nivel existe el grupo provincial de la especialidad que depende de la Vicedirección de Asistencia Médica.

Por último, en todos los municipios hay especialistas en ginecología y pediatría responsabilizados con los programas de atención integral a la mujer y al niño para su aplicación en las áreas de salud.<sup>9-12</sup>

#### *Los servicios regionalizados*

La regionalización se fundamenta en la creación de divisiones territoriales de extensión y número variables de habitantes, con lo que se logra mayor eficiencia y productividad de los recursos disponibles, así como es posible brindar mayor calidad en la prestación de los servicios. Corresponde al nivel provincial la ejecución del programa en los hospitales municipales y rurales, así como en los policlínicos del área.<sup>11,13,14</sup>

Cada municipio está formado por un número variable de áreas de salud, en dependencia de la extensión territorial y población con que cuenta. En muchos municipios existen servicios hospitalarios para la atención a la mujer y al niño, y todas las áreas de salud tienen un policlínico.

En las áreas rurales existen los hospitales rurales que junto a los policlínicos de las áreas urbanas ofrecen la atención primaria. La atención secundaria se ofrece en los hospitales municipales o provinciales.

Un nuevo modelo de atención en la comunidad se está desarrollando desde hace tres años en nuestro país, el que ha mejorado considerablemente la atención primaria a la mujer y al niño, ya que facilita el acceso de la población a este nivel de atención que tiene mayor calidad técnica y científica.<sup>15</sup>

#### *Programa de atención integral a la mujer*

A partir de 1968 se puso en ejecución el programa de atención a la mujer, y se agruparon las actividades que hasta ese momento se ejecutaban en forma dispersa.

El propósito de este programa es: contribuir a la salud de la comunidad mediante la promoción y recuperación de la salud de la mujer a través de la organización de salud pública en coordinación con las demás instituciones del estado y con la participación de los organismos de masas.<sup>16,17</sup>

A este propósito general se añaden:

1. Captación total de la embarazada para su atención prenatal.
2. Control prenatal:
  - Se postula controlar efectivamente, proporcionando óptima atención desde los puntos de vista técnico y humano, a la población embarazada correspondiente a cada área de salud.
  - Atención precoz, periódica, continua y completa a la embarazada.



- Selección de grupos vulnerables y receptivos para prestar un servicio más intensivo por el personal más capacitado del equipo de trabajo.

### 3. Hospitalización

- Lograr que el mayor número de partos se realice en servicios u hospitales ginecobstétricos.

- Lograr hospitalización adecuada a las pacientes con embarazos patológicos que la requieran.

### 4. Vigilancia de la evolución del puerperio y sus complicaciones.

### 5. Educación individual y en grupos sobre higiene y cuidados del embarazo, parto y puerperio, y cuidados del recién nacido. Dentro de las actividades de educación sanitaria la promoción de la lactancia materna ha sido de las que más prioritariamente se han atendido.

### 6. Promover la lucha contra el aborto, mediante el uso de métodos anticonceptivos. Debemos señalar que este aspecto ha recibido atención especial en los últimos años al disponerse de mayores recursos en lo que a métodos de regulación de la fecundidad se refiere.

### 7. Atención ginecológica:

- Atención médica curativa a las mujeres no embarazadas que presenten enfermedad ginecológica.

- Pesquisaje del cáncer ginecológico entre la población femenina sana, movilizadas por los CDR y entre las pacientes que concurren para su asistencia a las consultas de obstetricia y ginecología.

### 8. Psicoprofilaxis

- Incorporar la mayor cantidad de gestantes al método psicoprofiláctico.

Otros aspectos importantes relacionados con la organización del programa son los siguientes:

### 1. La ejecución de este programa es responsabilidad de cada director provincial a través de las vicedirecciones de asistencia médica y sus grupos provinciales de ginecobstetricia y pediatría. Participan en el desarrollo de éste todas las vicedirecciones de la provincia.

### 2. En cada provincia se adoptará el programa de acuerdo con las realidades de los municipios que la integran.

### 3. Las organizaciones de masa, en especial los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación de Mujeres Cubanas participan en el desarrollo del programa.

### 4. En el programa se precisan las actividades de cada uno de los funcionarios y del personal técnico que, tanto en la provincia como en el municipio, participan en el mismo.

### 5. El financiamiento se desarrolla con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud Pública; este aporta los recursos humanos y materiales a través de las direcciones provinciales correspondientes.

### 6. Se evalúa parcialmente cada semestre por la dirección provincial, y una vez al año por el nivel central. Un calendario de supervisiones periódicas y permanente permite la evaluación cualitativa del programa.

### 7. Se consideran cumplidos los objetivos cuando se alcanzan los índices de rendimiento señalados y las metas propuestas.

Los siguientes datos estadísticos son exponente de los éxitos alcanzados durante la ejecución del programa.

#### *Parto institucional*

En 1966, cuando ya se habían realizado actividades para la institucionalización del parto, el 77,6% de éstos ocurrió en unidades de salud pública; en 1970 este porcentaje sobrepasó al 90%; y en 1976 al 97,8%; de los partos ocurrieron en instituciones hospitalarias (gráfico 5).

## Consultas por parto

La cobertura nacional que ofrece el Sistema Nacional de Salud ha permitido que cada mujer embarazada reciba un número de controles prenatales suficientes para garantizar un parto feliz con un recién nacido sano, así como un puerperio con el menor riesgo de complicaciones. El número de consultas por parto (gráfico 6) fue nacionalmente de 9.3 en 1976, y las mujeres con alto ries-

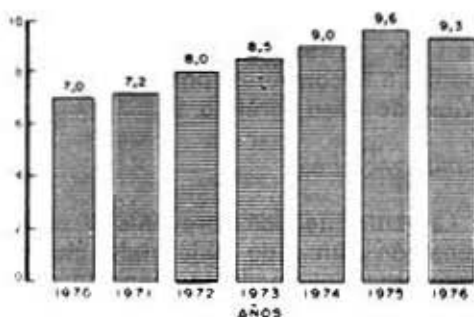
Gráfico 5

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES. CUBA 1963-1976



Gráfico 6

CONSULTAS POR PARTO CUBA 1970-1976



go obstétrico recibieron un número de controles, en ocasiones superior a 12.

## Muerte materna

La tasa de muerte materna ha tenido una evolución favorable durante los años de ejecución del programa (gráfico 7).

En 1960 ésta era de 115 por cada 100 000 nacidos vivos y hubo, como es de suponer, este año y en los posteriores un subregistro debido a no existir un sistema estadístico bien organizado; en 1976, cuando ya desde hacia varios años el sistema nacional de estadística estaba establecido y el dato primario era absolutamente confiable, la tasa nacional fue de un 46 por cada 100 000 nacidos vivos.

Gráfico 7

MORTALIDAD MATERNA CUBA 1962-1976

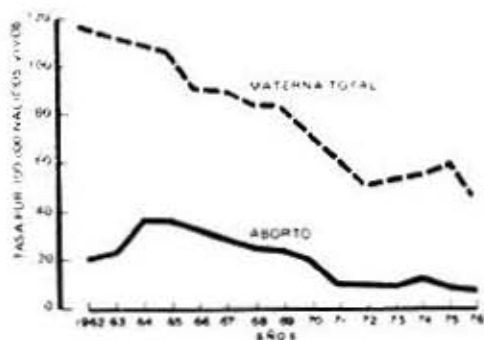
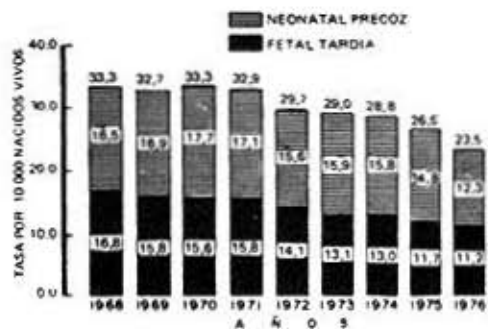


Gráfico 8

MORTALIDAD PERINATAL Y SUS COMPONENTES. CUBA 1968-1976



### *Mortalidad perinatal*

La mortalidad perinatal I (gráfico 8) fue en 1968 de 33,3 por cada 1 000 nacidos vivos y fallecidos, y se mantuvo, a partir de este año, una tendencia descendente hasta llegar, en 1976, a 23,5 por cada 1 000. En igual período la mortalidad fetal tardía descendió de una tasa de 16,8 a 11,2.<sup>18</sup>

### *Programa de atención integral al niño*

Desde 1960 comenzó a desarrollarse en Cuba una serie de programas y actividades de salud encaminadas a lograr una reducción de la mortalidad en la población infantil. Es en 1967 cuando se reagrupan todas las actividades y se sistematizan —con lo que surge el programa de atención integral al niño, con el cual se tiene el propósito de contribuir a fomentar la salud de la población asegurando al niño un crecimiento y desarrollo normales— mediante acciones inherentes a la salud pública (prevención, promoción, curación y rehabilitación), de acuerdo con las normas dictadas por el Ministerio de Salud Pública y en colaboración con las organizaciones de masa.<sup>19</sup>

Este programa cumple en todos los niveles, desde la unidad básica del área de salud, el policlínico integral o comunitario, hasta la hospitalización en caso necesario.

En el policlínico comunitario se brinda la atención primaria o ambulatoria al niño, donde un pediatra especializado o médico general con dedicación a pediatría, atiende un promedio de 2 000 a 3 000 niños, y es el responsable de los cuidados de la salud de éstos. Actualmente este tipo de atención está establecida en el 60% de los policlínicos de todo el territorio nacional.<sup>4,15</sup>

En el programa de atención integral al niño se proponen actividades, tales como: captación precoz de todo recién nacido, de los nacidos con bajo peso, y de los recién nacidos con alguna afección al egresar de la maternidad. El fomento de la lactancia materna; atención

de consultas sobre el niño sano menor de 1 año, y los del grupo preescolar con apoyo de la inestimable ayuda de las organizaciones de masa.

Además se realiza control del desnutrido, de los prematuros y recién nacidos enfermos; en estos casos, en muchos lugares se han logrado su descentralización de las áreas de salud y se ha obtenido un trabajo de enfermería eficiente mediante visitas a su hogar y al de los inasistentes, donde se les brinda adecuada educación sanitaria y adiestramiento sobre una serie de actividades, tales como: higiene personal y ambiental, baño del niño, hábitos alimentarios, todo lo cual se completa con la atención del médico en las consultas anteriormente señaladas y, en muchas ocasiones, visitando personalmente los hogares de muchos de ellos.

Otro de los objetivos de este programa es el del fomento de la lactancia materna, que se controla desde las maternidades, donde se apoya el incremento de la lactancia natural, motivo por el que se han creado bancos de leche materna que permiten la alimentación de los prematuros y recién nacidos que la necesitan.

En 1976 (gráfico 9) se ofreció un total de 7 163 533 consultas a menores de 15 años, de las cuales 1 994 308 fueron a menores de 1 año; 2 282 053 al grupo de 1 a 4 años y 2 887 172 a niños de 5 a 14 años. De esta forma brindaron 11,1 consultas a menores de 1 año; 2,5 consultas a niños de 1 a 4 años y de 1,2 consultas al grupo de 5 a 14 años.<sup>20</sup>

En relación con los controles de salud a niños supuestamente sanos menores de 1 año, en 1976 se brindaron como promedio 6,7 controles por niño de este grupo de edad (gráfico 10).

### *Inmunizaciones*

Las enfermedades prevenibles por vacunación han sido objeto de atención prioritaria dentro de la atención pediátrica.<sup>21</sup>



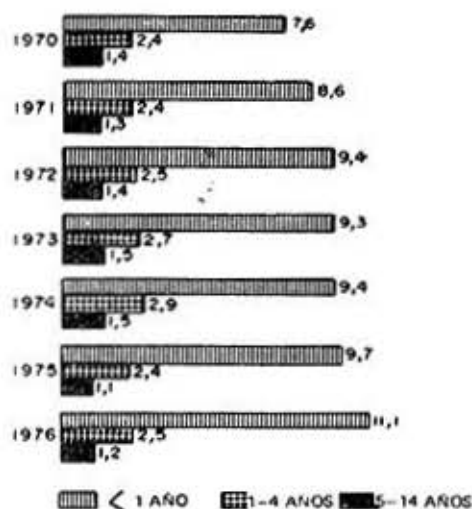
Anualmente se realizan las campañas de vacunación contra la poliomielitis con la participación de la comunidad organizada básicamente en los Comités de Defensa de la Revolución. Previa a la campaña actual se realiza una encuesta nacional representativa del nivel inmu-

nitario antipoliomielítico en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, sobre la vacuna y los grupos de edad que deben ser vacunados. En 1977 se efectuó la XVI campaña nacional.

Sistemáticamente se vacuna con BCG a todo recién nacido egresado vivo de los hospitales ginecobstétricos, maternoinfantiles, rurales. En las consultas de pediatría de los policlínicos también se realiza la vacunación con BCG, en aquellos recién nacidos que por deter-

Gráfico 9

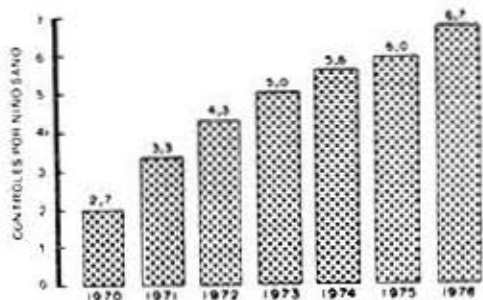
CONSULTAS PROMEDIO POR NIÑO MENOR DE 1 AÑO. 1-4 AÑOS Y DE 5-14 AÑOS. CUBA 1970-1976



Fuente: Informe anual 1976 MINSAP.

Gráfico 10

PROMEDIO DE CONTROLES A NIÑO SANO MENOR DE 1 AÑO. CUBA 1970-1976



Fuente: Informe anual 1976 MINSAP.

CUADRO II

INMUNIZACIONES A MENORES DE 15 AÑOS POR TIPO DE VACUNAS  
CUBA 1970-1976

Año	TIPO DE VACUNAS							
	BCG	Triple	Antipolio	Antisarampionosa	Duplex	Toxoides tetánico	Antivaricélica	Antitífídica
1970	486 675	516 132	1 100 277	—	364 824	498 801	57 840	259 402
1971	356 279	437 939	1 080 533	73 090	316 705	416 219	39 525	327 306
1972	307 952	441 798	1 119 930	377 687	327 741	473 165	33 814	315 661
1973	301 958	429 367	1 130 271	303 854	351 012	481 357	31 352	307 394
1974	297 174	467 843	1 140 519	314 562	357 944	629 416	16 157	411 694
1975	250 653	450 524	1 120 530	123 983	333 852	411 584	25 396	563 602
1976	305 006	395 201	1 077 025	143 883	295 591	439 898	29 215	462 111

Fuente: Informe anual 1976, Ministerio de Salud Pública

**CUADRO III**  
**CASOS NOTIFICADOS Y DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS EN MENORES DE 15 AÑOS**  
**CUBA 1970-1976**

Enfermedad	CASOS NOTIFICADOS							DEFUNCIONES						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Paludismo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomielitis	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Difteria	5	—	3	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Tétanos	48	36	22	25	21	20	20	9	8	5	4	4	3	6
Tétanos infantil	1	2	1	—	—	—	—	1	2	2	—	—	—	—
Tuberculosis	85	55	44	37	30	37	41	4	—	5	4	2	3	—
Tos ferina	1 183	354	1 251	2 130	1 634	325	134	28	8	24	46	31	2	1
Sarampión	8 469	10 684	5 027	6 415	12 941	10 021	13 719	42	40	22	25	39	18	28

Fuente: Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

minadas causas no lo fueron en el hospital o servicio de donde egresó. En las consultas de pediatría de los policlínicos y en las instituciones infantiles se colocan sistemáticamente la vacuna DTP (triple) y antisarampionosa. La dúplex se administra a los niños también en estas áreas anteriormente mencionadas, así como en las escuelas, al igual que el TT (toxoides-tetánico).

En el cuadro II se expone el número de niños inmunizados por tipo de vacuna durante el período de 1970 a 1976.

Ello ha permitido lograr una adecuada cobertura en estos tipos de vacuna, lo que se refleja en el descenso de la morbilidad por estas entidades, como se demuestra en el cuadro III, excepción hecha de la antisarampionosa, que comenzó a utilizarse por primera vez en 1971 en la antigua provincia de Oriente y posteriormente se extendió a todo el país, pero no se ha logrado hacer en forma simultánea ni la cobertura ha llegado a ser total pues quedan aún algunas provincias con niveles inmunitarios bajos.

#### *Atención al preescolar y al escolar*

A través de la consulta externa se atiende la morbilidad de estos grupos de edad, su traslado a otros centros especializados para completar el estudio de enfermedades no tratables en el área de salud y su ingreso en centros hospitalarios.

En escuelas primarias se realizan actividades de educación para la salud, brindadas por sus propios maestros y reforzadas por el equipo del área.

#### *Lucha contra las enfermedades diarreicas agudas*

Las enfermedades diarreicas agudas (gastroenteritis) constituían en 1962 la primera causa de muerte en menores de 1 año, y la tercera en cuanto a la mortalidad general. En este año se produjeron 4 157 defunciones para una tasa de 57,3 por cada 100 000 habitantes. De este número 3 210 eran de menores de

1 año, lo que alcanzó una tasa de 13,5 por cada 1 000 nacidos vivos. Esta entidad durante este año causó, prácticamente, 1 de cada 3 fallecimientos en menores de 1 año.<sup>2,27</sup>

En 1962 se implanta el programa de lucha contra las enfermedades diarreicas agudas,<sup>23</sup> el que ha ido perfeccionándose cada día más; así tenemos, que en 1976 sólo se registraron 393 fallecidos menores de 1 año, para una tasa de 2,1 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que pasaron a ocupar la 5ta. causa en este grupo de edad, y ya no aparecen entre las 10 primeras causas de mortalidad general.

#### *Servicios de neonatología*

Estos servicios han tenido un gran desarrollo en los últimos años, lo que ha repercutido de manera decisiva en la disminución de la mortalidad perinatal e infantil. El incremento del personal médico y paramédico, tanto cuantitativamente como cualitativamente, el de recursos materiales y la implantación de nuevas técnicas y procedimientos han sido los factores principales en esta reducción.<sup>24,25</sup>

La importancia de estos servicios se hace evidente, ya que el 70% de nuestros nacimientos ocurren en hospitales de maternidad o en hospitales que tienen servicios de neonatología.

#### *Madre acompañante*

Es de sobra conocido que la permanencia de la madre junto al niño hospitalizado, conjuntamente con un manejo psicológico adecuado, constituyen las medidas fundamentales para solucionar los trastornos que puede producir la hospitalización. Esto motivó la implantación, en los hospitales pediátricos de todo el país, la madre como acompañante. Los años han pasado y el resultado obtenido ha sido extraordinariamente positivo, no sólo por lo anteriormente expuesto, sino que también ha colaborado a reducir la estadía de los pequeños pacientes en una forma significativa.<sup>26</sup>

### *Visitas a domicilio*

En febrero de 1973 se inició en las áreas de salud, la prestación de este servicio para todos aquellos menores de 5 años y mayores de esa edad con algún grado de invalidez; este sistema se extendió a todo el país, y en 1976 se brindaron 185 944 consultas de este tipo.<sup>1,12</sup>

### *Campamentos para niños asmáticos*

Los niños asmáticos consolidan los progresos obtenidos con el tratamiento especializado, y logran sustraerse temporalmente del ambiente doméstico. La imposibilidad física de modificar el ambiente, y las interrelaciones patológicas familiares obligaron a la creación de centros especializados para estos niños.

En 1970 se creó el primer campamento de este tipo, y la creación de otros fue desarrollada ininterrumpidamente hasta el momento. Esta actividad se realiza muy estrechamente vinculada a otros organismos del estado. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de lograr incrementar el número de estos campamentos en próximos años. Actualmente está en construcción uno en La Habana con capacidad para albergar a 1 000 niños asmáticos.<sup>1,11</sup>

### *Campamentos para niños diabéticos*

Se fundamentan en que la educación diabetológica y la actividad física controlada, junto con la dieta y la medicación hipoglicemiante constituyen los pilares del tratamiento de la diabetes mellitus.

Estos campamentos funcionan ininterrumpidamente desde 1969 con resultados muy positivos y, al igual que el de los asmáticos, en estrecha coordinación con otros organismos del estado.<sup>11</sup>

También se brindan servicios pediátricos a campamentos de pioneros y a campamentos nacionales para escolares en colaboración con la UJC y el MINED.

En 1976 se realizó el primer campamento para niños obesos.

### *Atención estomatológica*

Se orienta a la madre acerca de la prevención de la caries dental y de la corrección precoz de las anomalías.

Desde hace varios años se realiza en todas las escuelas el programa de prevención de la caries dental, mediante enjuagatorio con fluoruro de sodio. Se brinda atención estomatológica en las instituciones pediátricas, así como a ingresados en hogares de impedidos físicos y mentales.<sup>6,12</sup>

### *Educación para la salud*

Este constituye uno de los aspectos más importantes del programa y se utilizan para lograr ese propósito todos los medios de divulgación de la prensa escrita, radial, televisión, carteles. Se brindan actividades educativas en todos los niveles de la organización, salas de espera de policlínicos y hospitales, locales de organizaciones de masa, audiencias sanitarias.

La publicación de las normas de pediatría, de las cuales ya han visto la luz dos ediciones, ha contribuido a mejorar notablemente la calidad de la atención, ya que ha permitido unificar criterios sobre tratamiento de determinadas enfermedades a escala nacional, previa discusión desde la base. Próximamente comenzará la revisión para la publicación de la tercera edición.

### *Programa de formación del especialista en pediatría*

Durante 1976 quedó elaborado el programa de formación del especialista en pediatría. Este programa fue elaborado basado en los objetivos educacionales, y consideramos que será de una importancia extraordinaria en el desarrollo de la formación de nuestros especialistas en los próximos años.<sup>27</sup>

## Mortalidad infantil

Antes de 1959 no existían datos confiables de la mortalidad infantil en nuestro país ni tampoco registro de defunciones, por lo que se desconocía en las zonas rurales el número de niños que nacían y fallecían.

En 1962 con datos estadísticos aún no confiables hubo 10 389 defunciones de menores de 1 año, para una tasa de 43,6 por cada 1 000 nacidos vivos. De ella el componente neonatal (menos de 28 días) alcanzó una tasa de 21,4 por cada 1 000 nacidos vivos.<sup>28,29</sup>

En 1968 se logra una tasa de 39 con 9 636 defunciones; en 1969 se produce un nuevo aumento de la tasa, llega a 47,7, causado, fundamentalmente, por el incremento de las enfermedades diarreicas agudas y respiratorias agudas; de estas últimas, debido a la epidemia por virus H2 Hong Kong. En este año se produjeron 11 366 defunciones en este grupo de edad.<sup>1,26,28</sup>

Considerando esta situación, es que se efectúa un estudio minucioso sobre la mortalidad infantil, y surge el programa de reducción de la mortalidad infantil que se implantó en 1970.

El trabajo ha sido arduo, pero los éxitos de ese programa se produjeron casi

inmediatamente, como puede observarse de las cifras alcanzadas en 1976, con una tasa de 22,8 y 4 297 fallecidos en ese grupo de edad (gráfico 11).

La mortalidad neonatal, más de 28 días, descendió a 15,6 y la posneonatal a 8,1.

Las cinco principales causas de muerte (gráfico 12) fueron: 1) lesiones al nacer con 1 304 defunciones y una tasa de 6,9; 2) anomalías congénitas con 742 defunciones y una tasa de 3,9; 3) otras causas de mortalidad perinatal con 596 defunciones y tasa de 3,2; 4) influenza y neumonía con 487 defunciones y tasa de 2,6 y la enteritis y otras enfermedades diarreicas con 397 defunciones y tasa de 2,1.

## Mortalidad preschool

En 1976 ocurrieron 909 defunciones en esta edad para una tasa de 1 por cada 1 000 habitantes de 1 a 4 años<sup>2</sup> (gráfico 13).

Las cinco principales causas de muerte (gráfico 14) fueron: 1) accidentes: 180 y tasa de 1,9; 2) influenza y neumonía: 170 defunciones y tasa de 1,8; 3) anomalías congénitas: 106 defunciones y tasa de 1,1; 4) tumores malignos: 83 fallecidos y tasa de 0,9; y por último, 5) enfermedades del corazón: 55 fallecidos y tasa de 0,6.

La enteritis como puede observarse ya no entra a formar parte de las 5 pri-

Gráfico 11  
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES. 1967-1976

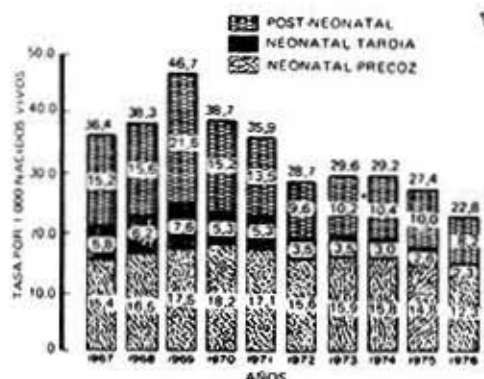


Gráfico 12  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. CUBA 1976

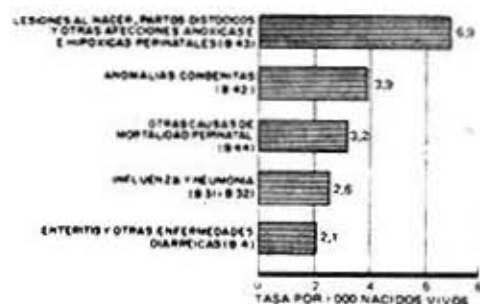
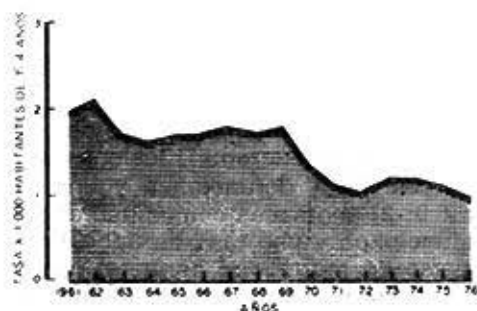




Gráfico 13  
MORTALIDAD PRESCOLAR  
CUBA 1961-1976



Fuente: Informe anual 1976

Gráfico 14  
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD  
PRESCOLAR. CUBA 1976



meras causas de muerte en este grupo de edad.

#### Mortalidad escolar

En 1976 se producen 949 defunciones en edad escolar (gráfico 15), lo que alcanza una tasa de 0,4 por cada 1 000 habitantes de 5 a 14 años; los accidentes, al igual que en el grupo anterior, son la primera causa de muerte con 301 defunciones y tasa de 1,3; en segundo lugar, los tumores malignos con 135 fallecidos y tasa de 0,6; le siguen la influenza y neumonía con 75 defunciones y tasa de 0,3; las anomalías congénitas con 56 fallecidos y 0,2 de tasa; y las

Gráfico 15  
MORTALIDAD ESCOLAR  
CUBA 1966-1976

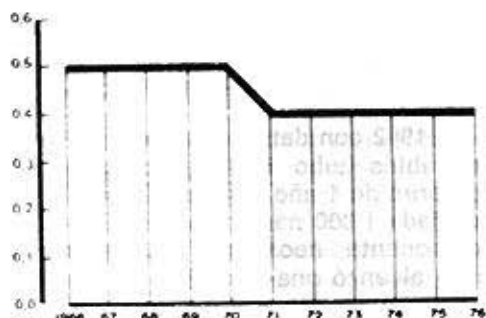
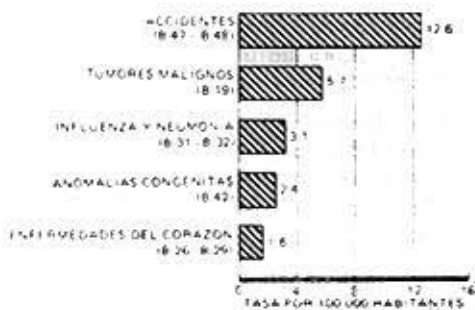


Gráfico 16  
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE  
5-14 AÑOS. CUBA 1976.



enfermedades del corazón con 38 fallecidos y tasa de 0,2 por cada 100 000 habitantes (gráfico 16).

#### Perspectivas de la atención materno infantil

Durante 1978 se pondrá en ejecución un nuevo programa de salud materno infantil. En el mismo se plantean objetivos específicos de gran importancia, los que al alcanzarse permitirán mantener, en unas ocasiones, o incrementar, en otras, los éxitos obtenidos hasta el presente, así como abordar la solución de nuevos problemas relacionados, de una parte, con el desarrollo de la atención a la mu-

jer y al niño en el mundo y, de otra, con nuestro propio desarrollo económico y social.

1. Vincular el trabajo obstétrico y pediátrico a la familia y a la comunidad.
2. Brindar atención precoz, periódica, continua y completa a la embarazada, así como al lactante, preescolar y escolar.
3. Brindar atención especial a las embarazadas y al niño que presenten alto riesgo.
4. Mejorar la calidad de la atención médica durante el puerperio, y disminuir las complicaciones durante este período.
5. Mantener un alto nivel inmunitario en nuestra población infantil.
6. Priorizar el desarrollo de la perinatología, y lograr una correcta evaluación del recién nacido, así como un tratamiento adecuado.
7. Establecer actividades específicas para reducir las principales causas de mortalidad materna, perinatal, infantil, preescolar y escolar, así como disminuir la producida por causas evitables.
8. Incrementar la educación sanitaria a la comunidad, particularmente a la mujer y al niño.
9. Fomentar la lactancia materna.
10. Contribuir a la promoción de la educación sexual en nuestro país incorporando, junto con otros especialistas, al obstetra y al pediatra al equipo que atiende los programas de educación sexual.
11. Incrementar los cuadros docentes para la atención materno-infantil, de manera que nos permitan: afrontar el incremento de matrículas en los institutos superiores de ciencias médicas, garantizar la calidad de nuestros futuros médicos, y poder brindar su ayuda solidaria a otros países del mundo.
12. Incorporar nuevas tecnologías, medicamentos y equipamientos que mejoren la calidad del diagnóstico, tanto en la mujer como en el niño.
13. Mejorar la calidad de la formación del personal médico y paramédico, no sólo desde el punto de vista técnico sino humano, basado en los principios de nuestra sociedad socialista.
14. Elaborar en el transcurso de los próximos años la tercera edición de las Normas de Pediatría y Ginecología.
15. Elaborar investigaciones científicas donde se analicen importantes aspectos pediátricos y ginecológicos hasta ahora no estudiados.
16. Desarrollar las especialidades pediátricas en los hospitales docentes y en las interconsultas de los policlínicos comunitarios docentes, con el propósito de dar una capacitación más completa al personal en formación para la atención materno-infantil.
17. Poner en ejecución el programa de formación del especialista en ginecología y pediatría elaborado sobre la base de los objetivos educativos.
18. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer ginecológico.
19. Reducir la tasa de mortalidad por infecciones ginecológicas.
20. Mejorar la atención general de las pacientes con enfermedades ginecológicas.
21. Impulsar el desarrollo de la ginecología infantil, de la adolescencia y geriátrica.
22. Incrementar el estudio y tratamiento de la pareja estéril.
23. Proporcionar a la población medios para la regulación de la fecundidad y conocimiento adecuado sobre éstos.

24. Brindar atención médica integral al paciente impedido físico y mental en las instituciones dedicadas a estos enfermos, así como desarrollar la rehabilitación del paciente pediátrico.
25. Brindar atención pediátrica integral en las instituciones infantiles de nueva creación, como un elemento

más de la atención al niño precolar.

26. Impulsar estudios concernientes a problemas de la adolescencia.

Esperamos que el desarrollo de estos aspectos señalados determinará el incremento de la calidad en la atención que ofreceremos a nuestra población.

#### SUMMARY

Riverón Corteguera, R. et al. *Mother-and child-health in Cuba: present state and prospectiveness.* Rev Cub Ped 50: 5, 1978.

The programs and activities that were developed from the first years of the 1960's devoted to improve in a general sense the people's health are stated. The present state of mother-and child-health is exposed and an analysis is made on population, natality, demographic growth, human resources, availability of beds, mother-and child-care units, nursing personnel, organization of mother-and child-care and programs for the integral care to woman and child. The working prospectiveness for the next years, lead to maintain the successes reached as well as to solve other problems derived from the development obtained and that are presently considered are reviewed.

#### RESUMÉ

Riverón Corteguera, R. et al. *Santé de la mère et de l'enfant à Cuba: Situation actuelle et perspectives.* Rev Cub Ped 50: 5, 1978.

On signale les programmes et les tâches qui se sont déroulés depuis le début des années 1960, lesquels étaient dirigés vers l'amélioration de la santé du peuple. La situation actuelle de la santé de la mère et de l'enfant est exposée et on analyse la population, la natalité, la croissance démographique, les ressources humaines, les ressources-lits, les centres pour le soin de la mère et de l'enfant, le personnel d'infirmier, l'organisation du soin de la mère et de l'enfant, les programmes d'assistance intégrale à la femme et à l'enfant. Les perspectives de travail pour les prochaines années sont exposées. Ce travail a pour but le maintien des réussites obtenues, ainsi que la solution d'autres problèmes entraînés par le développement obtenu et qui sont considérés actuellement.

#### РЕЗЮМЕ

Риверон Кортегуера, Р. и др. *Здоровье матери и ребенка на Кубе. Актуальное положение.* Rev Cub Ped 50: 5, 1978.

Представляются программы и мероприятия, проводимые с первых лет десятилетия 1960 года, направленные на улучшение здоровья населения. Предоставляется актуальное положение состояния здоровья матери и ребенка, кроме того проводится анализ населения, рождаемость, демографический рост, человеческие ресурсы ресурсы в отношении имеющихся мест-коек, учреждения по предоставлению услуг матери и ребенку, а также персонал мед-сестер, организация медицинских услуг, предоставляемых матери и ребенку и программы предоставления интегральных услуг. Указываются перспективы работы последующих лет, направленной на поддержание достигнутых успехов, а также на решение других проблем -- продукты, имеющегося развития -- которые в настоящее время довольно значительны.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Avances en Pediatría y Atención Infantil en Cuba (1959-1974). Bol Of San Pan LXXX: 187-204, 1976.
2. CUBA: La Salud en la Revolución. Libro impreso para el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba. Diciembre, 1975.
3. *Riverón Corteguera, R.* Situación Actual y Perspectivas de la Pediatría en Cuba, 1973. Folleto mimeografiado. La Habana, marzo, 1973.
4. Ministerio de Salud Pública. Informe presentado a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud Pública de las Américas. Washington, septiembre, 1977.
5. Instituto de Desarrollo de la Salud. El Sistema Nacional de Salud en Cuba: Antecedentes, situación actual y perspectivas. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, octubre, 1977.
6. *Dueñas Gómez, E. y otros.* Criterios en la planificación de la atención pediátrica. Rev Cub Ped 47: 449-467, 1975.
7. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual, 1976. Libro editado por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Abril, 1977.
8. Ministerio de Salud Pública. Informe del Departamento Nacional de Enfermería. Diciembre, 1977.
9. *Rodríguez Castro, R.* Organización de la atención obstétrica en Cuba. Rev Cub Adm Salud 2: 129-140, 1976.
10. *Azcuy Henríquez, P.* Normas y funcionamiento de los grupos nacionales. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, abril, 1973.
11. *Rodríguez Castro, R.* Programa de salud materno-infantil de la Provincia de La Habana. Folleto mimeografiado. La Habana, diciembre, 1974.
12. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Organización de la atención pediátrica en Cuba. Rev Cub Ped 47: 335-342, 1975.
13. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Coordinación de los servicios materno-infantiles en la provincia de La Habana: Regionalización. Rev Cub Ped 47: 469-474, 1975.
14. *Valdés Lazo, F.* Anteproyecto de regionalización de la pediatría en La Habana Metropolitana. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, mayo, 1968.
15. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. Ciudad de La Habana, enero, 1977.
16. Ministerio de Salud Pública. Normas de Obstetricia. Instituto Cubano del Libro. II Edición, La Habana.
17. *Rodríguez Castro, R.* Organización Hospitalaria. Trabajo presentado al VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, enero, 1976.
18. *Cabezas Cruz, E. y otros.* Atención materno-infantil y la reducción de la mortalidad perinatal en Cuba. Folleto VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Ciudad de La Habana, enero, 1976.
19. *Valdés Lazo, F.* Programa de atención integral al niño. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, mayo, 1967.
20. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Informe anual de los servicios externos, 1976. Octubre, 1977.
21. *Werthoin, L.; Riverón Corteguera, R.* Resultados obtenidos en el control de algunas enfermedades prevenibles por vacunas. Trabajo presentado en la XIX Jornada Nacional de Pediatría. Ciudad de La Habana, diciembre, 1977.
22. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba, 1962-1973. Rev Cub Ped 48: 7-15, 1976.
23. Ministerio de Salud Pública. Normas de Pediatría. Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1975.
24. *Rojas Ochoa, F.; Riverón Corteguera, R.* Mortalidad según peso al nacer en los servicios de neonatología de Cuba, 1968-1974. Rev Cub Adm Salud 2: 205-210, 1976.
25. *Dueñas Gómez, E.; Riverón Corteguera, R.* La neonatología en Cuba. Rev Cub Ped 48: 445-458, 1976.
26. *Riverón Corteguera, R.* La salud y la mujer en Cuba. Rev Cub Adm Salud 2: 219-238, 1976.
27. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Docencia Médica Superior. Programa de especialización en pediatría. La Habana, 1976.
28. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad infantil en Cuba, 1959-1973. Rev Cub Ped 47: 321-328, 1975.
29. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad infantil en Cuba: Análisis del programa para su reducción 1970-1976. Rev Cub Ped 49: 583-594, 1977.
30. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad Prescolar en Cuba. Rev Cub Ped 49: 595-600, 1977.