

## Análisis de la salud maternoinfantil en Cuba, en la década 1970-1979

Por los Dres.:

RAUL RIVERON CORTEGUERA\*, FRANCISCO VALDES LAZO\*\*  
Y ROBERTO RODRIGUEZ CASTRO\*\*\*

Riverón Corteguera, R. y otros. *Análisis de la salud maternoinfantil en Cuba, en la década 1970-1979*. Rev Cub Ped 54: 2, 1982.

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 de la salud maternoinfantil en el período 1970-1979, y se analizan la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, unidades para la atención maternoinfantil, personal de enfermería, organización de la atención maternoinfantil, programas de atención integral a la mujer y al niño. Se destaca la reducción de la mortalidad infantil en el 50,3% y la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en el 81,8% en el decenio. 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.

### Antecedentes

Durante el decenio 1960-1969 se desarrollaron actividades y programas destinados a mejorar, de manera general, la salud del pueblo.<sup>1</sup> Al mismo tiempo se iniciaron una serie de transformaciones políticas, sociales y económicas encaminadas a mejorar el nivel de vida de la población. Se crea un Sistema Nacional de Salud, se establece por ley, el Servicio Médico Social,<sup>2</sup> se amplía la cobertura de atención médica, se construyen hospitales en las zonas más apartadas de la isla, se inician programas de vacunación masiva, se incrementa la formación de personal médico y paramédico. Se aumenta el número de camas y se inician programas dirigidos a resolver los problemas de salud más apremiantes. Es así como se llevan a cabo

\* Especialista de I grado en Pediatría y Administración de Salud Pública. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

\*\* Especialista de I grado en Pediatría y Administración de Salud Pública. Jefe del departamento Maternoinfantil y secretario del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

\*\*\* Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor del departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad No. 1 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia.

las campañas de vacunación contra la poliomielitis, el programa de lucha contra la gastroenteritis, el programa de erradicación del paludismo. Se incrementan el parto institucional y la atención de los recién nacidos en servicios de neonatología. Muy anticipadamente se tomó la decisión de priorizar la atención materno-infantil, como una forma de garantizar que las generaciones futuras tuvieran un crecimiento y desarrollo acordes con las necesidades que exigía la nueva sociedad que se comenzaba a construir. Al mismo tiempo se incrementaban los servicios de salud al adulto, y se iniciaba la transformación de una medicina asistencial curativa por una medicina preventiva. 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>1-7</sup>

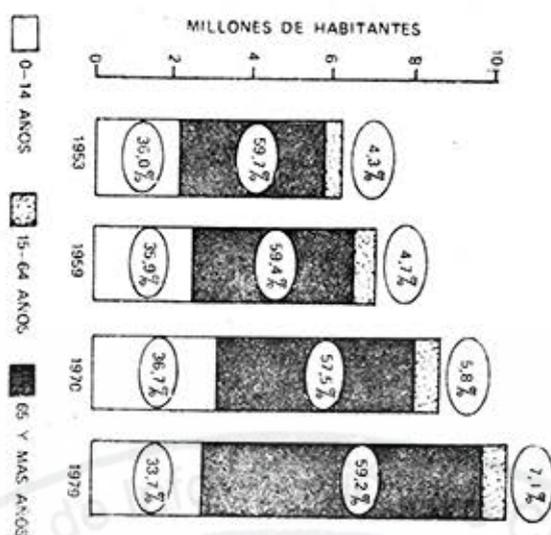
Han pasado 20 años y la salud materno-infantil se ha desarrollado considerablemente en nuestro país. El objetivo de este trabajo es analizar los indicadores, actividades y programas existentes en el decenio 1970-1979 y trazarnos las perspectivas de trabajo para la década del 80. Durante el tiempo transcurrido hemos tenido que afrontar los problemas de mayor envergadura en el campo de la atención de la madre y el niño; sin embargo, no todos han podido ser abordados. En los próximos años deberá trabajarse intensamente para ir a la atención de otros problemas que no fueron abordados adecuadamente durante este período, y de otros que han surgido como parte del desarrollo que se ha alcanzado y que en sus inicios no fueron considerados.

Al analizar la situación de la salud materno-infantil en el decenio recién finalizado estudiaremos la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, instituciones de atención materna e 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*

En el gráfico 1 se pueden apreciar los diferentes cambios en la estructura de población de Cuba desde 1953. El censo de población de 1953 registró 6 128 797 habitantes. Basado en este censo se hicieron estimaciones para 1959, y aumentó la población a 6 900 888 habitantes. En 1970 se realizó un nuevo censo de población el cual registró 8 551 390 habitantes. A partir de esta fecha la natalidad aumentó en 1971 y 1972, para después iniciar un descenso ininterrumpido hasta 1979. Los estimados de población registraron 9 772 855 habitantes para 1979, con una estructura del 33,7% menores de 15 años, 59,2% de 15 a 64 años y el 7,1% de 65 años y más. En la actualidad tenemos una densidad de población de 89 habitantes por km<sup>2</sup>.

**Gráfico 1**  
**POBLACION POR GRUPOS DE EDADES 1953,**  
**1959, 1970, 1979**



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

### Natalidad

La natalidad en Cuba ha tenido variaciones desde 1970 al momento actual (gráfico 2). En 1970 se registraron 237 019 nacidos vivos, con una tasa de 27,7 por cada 1 000 habitantes. A partir de aquí esta cifra comenzó a declinar progresivamente con un ligero incremento en 1971 y 1972, para iniciar un descenso progresivo hasta 1979 en que se registraron 143 551 nacidos vivos, para una tasa de natalidad de 14,7 por cada 1 000 habitantes, lo cual representa una reducción del 47,0%.<sup>8</sup>

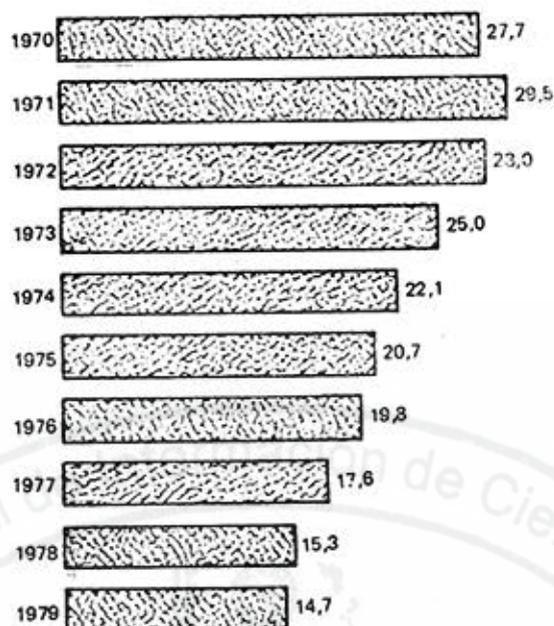
El crecimiento demográfico vegetativo a partir de 1970 se puede observar en el cuadro I, el cual muestra una tendencia descendente a expensas de la disminución registrada en la tasa de natalidad. El crecimiento vegetativo de nuestra población disminuyó de 2,14% en 1970 a 0,91% en 1979.

### Recursos para la atención materno infantil

#### Humanos

En 1979 nuestro país contaba con un médico por cada 650 habitantes. En lo referente a la atención materno infantil había un ginecobstetra por cada 7 594 habitantes, lo que representa el 8,6% del total de médicos y un pediatra por cada 4 916 habitantes o por 1 658 habitantes menores

Gráfico 2  
NATALIDAD 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

CUADRO I  
CRECIMIENTO DEMOGRAFICO VEGETATIVO. CUBA, 1970-1979

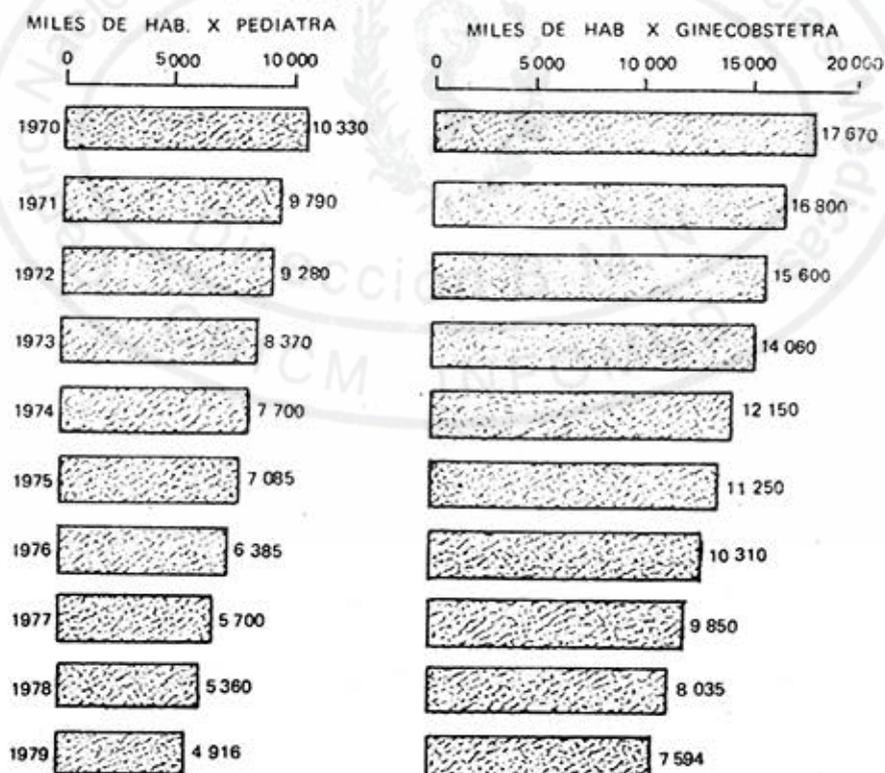
Años	Natalidad por 1 000 habitantes	Mortalidad general 0/00 habitantes	Crecimiento demográfico vegetativo %
1970	27,7	6,3	2,14
1971	29,5	6,0	2,35
1972	28,0	5,6	2,24
1973	25,0	5,6	1,94
1974	22,1	5,8	1,63
1975	20,7	5,5	1,52
1976	19,8	5,6	1,42
1977	17,6	5,8	1,18
1978	15,3	5,7	0,96
1979	14,7	5,6	0,91

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

de 15 años, lo que representa el 13,2% del total de profesionales (gráfico 3).

En 1979 teníamos 1 075 enfermeras obstétricas, 2 225 enfermeras pediátricas y 4 134 auxiliares de enfermería pediátrica. Además, complementan la atención materno-infantil 379 enfermeras pediátricas que han realizado cursos posbásicos en neonatología y un grupo numeroso de enfermeras y auxiliares de enfermería general que prestan sus servicios en salas de hospitales infantiles, materno-infantiles y pediátricos. Actualmente tenemos en formación 1 224 alumnas de enfermería pediátrica y 206 de enfermería obstétrica.<sup>9</sup>

**Gráfico 3**  
**RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION MATERNOINFANTIL.**  
**PROPORCION DE HABITANTES POR PEDIATRAS Y GINECOBSTETRAS**  
**EN EL DECENIO 1970-1979.**



Fuente: Informe anual de jefes de Grupos Provinciales de Pediatría y Ginecobstetricia, 1970-1979.

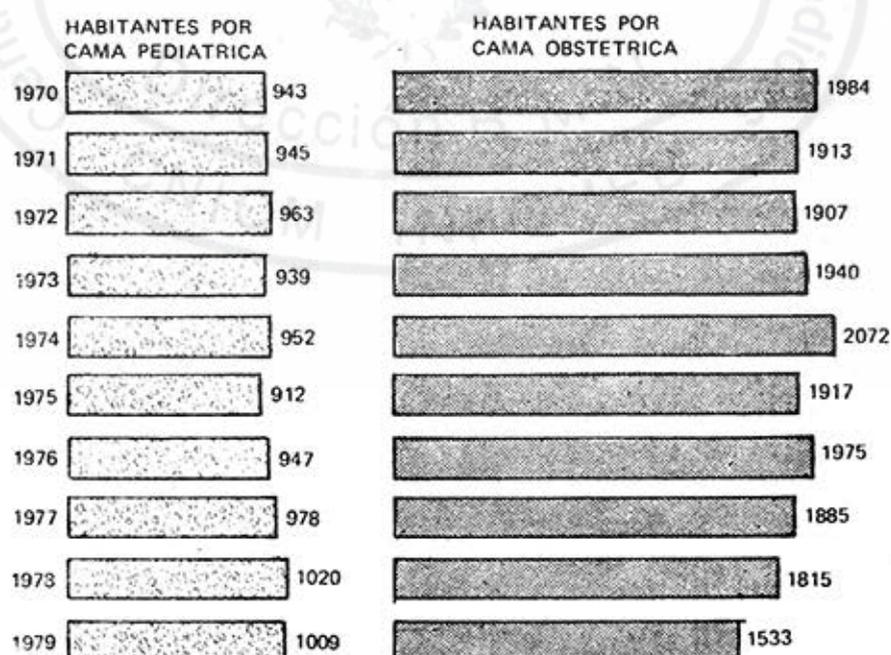
## Unidades

Al finalizar 1979 existían en el país 378 policlínicos, de los cuales más del 75% tiene establecido el nuevo modelo de atención primaria (Medicina en la Comunidad). Estas unidades brindan consultas ambulatorias a la madre y al niño; 25 hospitales ginecobstétricos con servicios de neonatología, 32 hospitales maternoinfantiles, 21 hospitales pediátricos y 53 hospitales rurales con servicios de obstetricia y pediatria. Completan esta atención 152 puestos médicos rurales. Además, la atención materna cuenta con 66 hogares maternos, y la pediatria con 2 hogares de recuperación y 9 de impedidos físicos y mentales.<sup>8</sup>

## Camas

Cuba, en 1979 (gráfico 4) tenía 44 004 camas para un indicador de 4,5 camas por cada 1 000 habitantes, de las cuales 5 344 estaban dedicadas a ginecobstetricia, para exhibir un indicador de 0,5 cama por cada 1 000 habitantes y 9 681 camas pediátricas para un indicador de 1,0 cama pediátrica por 1 000 habitantes. El 12,4% de las camas del país están dedicadas a ginecobstetricia y el 22,0% a pediatria.

Gráfico 4  
HABITANTES POR CAMA PARA LA ATENCION MATERNOINFANTIL,  
1970-1979



Fuente: Informe anual de jefes de Grupos Nacionales de Pediatría y Ginecobstetricia, diciembre, 1979.

## *Organización de la atención maternoinfantil*

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 maternoinfantil que cuenta con una sección de ginecología y una de pediatría. El departamento tiene, entre otras, las siguientes funciones:

1. Elaborar los programas de atención integral a la mujer y al niño.
2. Confeccionar las normas y procedimientos en las especialidades de pediatría y ginecología.
3. Supervisar la correcta aplicación de las normas, programas y procedimientos relativos a dichas especialidades en las instituciones infantiles y de ginecología.
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 maternoinfantiles.
7. Introducir en los servicios maternoinfantiles las nuevas tecnologías en su aplicación de salud.
8. Colaborar en la formación y perfeccionamiento y adiestramiento, especialización o ambos, del personal médico y paramédico.
9. Brindar asesoría en estas especialidades a los diferentes niveles de la organización.
10. Evaluar periódicamente los planes de trabajo de los grupos de ginecología y de pediatría.
11. Participar en las visitas de evaluación y supervisión a provincias.
12. Mantener actualizados los recursos humanos y materiales.
13. Asesorar a los vicedirectores de Atención Médica, en la ubicación de profesionales en las distintas provincias.
14. Participar en la selección de nuevos medicamentos para la atención de la madre y el niño de acuerdo con la Comisión del Formulario.
15. Seleccionar los libros y revistas de pediatría y ginecología que se van a importar anualmente.
16. Colaborar en el funcionamiento de los campamentos de asmáticos y de pioneros.

En el nivel central aparecen entre los métodos de administración y dirección, los grupos nacionales de ginecología y pediatría.<sup>10</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>1</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 definitiva 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>10-13</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 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>12,14,15</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, denominada medicina 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>16,17</sup>

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

El programa de atención integral a la mujer, que se puso en ejecución a partir de 1968, continuó aplicándose con éxito durante el periodo.

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>18,19</sup>

A este propósito general se añaden:

1. Captación total de las embarazadas para su atención prenatal.
2. Control prenatal

- Proporcionar óptima atención desde el punto de vista científico-técnico 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 darles un servicio más intensivo, por el personal de mejor calificación del equipo de trabajo.

### 3. Hospitalización

- Lograr que el mayor número de partos se realice en servicios u hospitales ginecobstétricos.
- Lograr hospitalización precoz a las pacientes con embarazos *patológicos*.

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

### 5. Educación individual y en grupos sobre higiene, 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, movilizada por los CDR, y entre las pacientes que concurren a las consultas de obstetricia y ginecología en los policlínicos.

### 8. Psicoprofilaxis

- Incorporar la mayor cantidad de gestantes al método psicoprofiláctico.

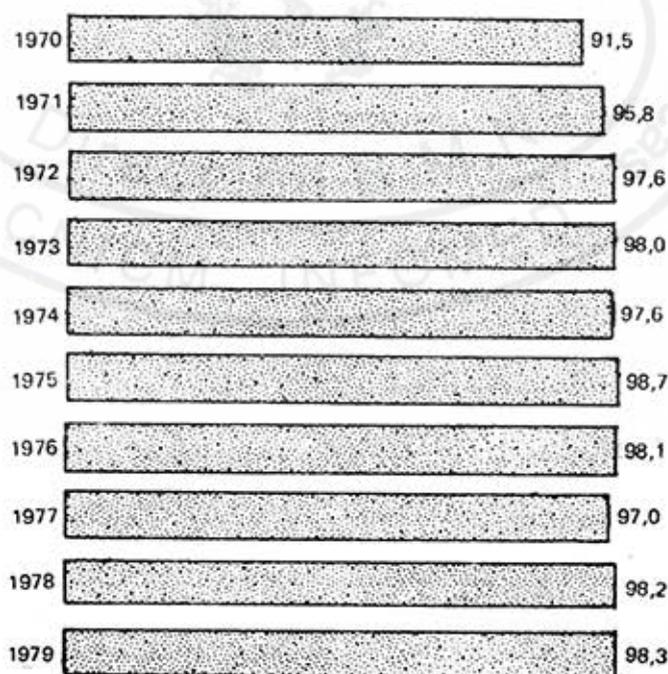
Otros aspectos importantes relacionados con la organización del programa son los siguientes:

- 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.
- En cada provincia se adapta el programa de acuerdo con la problemática de los municipios que la integran.

- Las organizaciones de masa, en especial la Federación de Mujeres Cubanas, los Comités de Defensa de la Revolución y el Sindicato de Trabajadores de la Salud, participan en el desarrollo del programa.
- En el mismo 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 su desarrollo.
- El financiamiento se desarrolla con cargo al presupuesto de las Direcciones Provinciales de Salud del Poder Popular, que aportan los recursos humanos y materiales de acuerdo con la metodología orientada por el Ministerio de Salud Pública.
- Se evalúa parcialmente cada semestre por la dirección provincial de salud y una vez al año por el nivel central. Un calendario de supervisiones periódicas y permanente permite la evaluación cualitativa del programa.
- Se consideran cumplidos los objetivos cuando se alcanzan los índices de rendimiento señalados y las metas propuestas.

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

Gráfico 5  
NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública.