

LAS EPIDEMIAS EN CUBA DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

SITUACIÓN HISTÓRICO SOCIAL EN CUBA ENTRE 1902 Y 1958

El 20 de mayo de 1902, nació la República de Cuba, dando fin oficialmente al período de la Primera Intervención Militar Norteamericana. Esta república tenía las características de la fórmula republicano-democrática, representativa y la clásica división de poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El poder ejecutivo era de tipo presidencialista, el poder legislativo se diseñó, de acuerdo con el modelo norteamericano, formado por dos cámaras: Senado y Cámara de Representantes y era un estado laico, donde quedaban separadas la Iglesia y el Estado.

Previo a este hecho histórico las autoridades norteamericanas organizaron una Asamblea Constituyente, encargada de redactar la Constitución de la futura república. Pero una vez elaborada ésta, el gobierno y el Congreso estadounidense, agregaron por la fuerza a dicha carta magna la Enmienda Platt, la cual contenía, unas cláusulas que, limitaban la soberanía de la futura nación, como lo contenido en el acápite III de la misma, que dice: “Que el Gobierno de Cuba consiente que los Estados Unidos pueden ejercitar el derecho de intervenir para la conservación de la independencia cubana, el mantenimiento de un Gobierno adecuado para la protección de vidas, propiedad y libertad individual y para cumplir las obligaciones que, con respecto a Cuba, han sido impuestas a los Estados Unidos por el Tratado de París y que deben ahora ser asumidas y cumplidas por el Gobierno de Cuba” y en el V, que involucraba especialmente a las condiciones sanitarias de la isla, ofreciéndole éstas un pretexto también para la intervención militar: “Que el Gobierno de Cuba ejecutará y en cuanto fuese necesario cumplirá los planes ya hechos y otros que mutuamente se convengan para el saneamiento de las poblaciones de la Isla, con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades epidémicas e infecciosas, protegiendo así al pueblo y al comercio de Cuba, lo mismo que al comercio y al pueblo de los puertos del Sur de los Estados Unidos”. Esta Enmienda, omitía la Isla de Pinos, del territorio nacional, así como le daba el derecho a los Estados Unidos, de seleccionar terrenos para instalar bases militares. Como fue el caso de la Base Naval de Guantánamo.

DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN CUBA ENTRE 1902 - 1958

El 20 de mayo de 1902, se inició la etapa de la República, que duró hasta diciembre de 1958. La Salud Pública estaba compuesta por los Departamentos y Juntas de Sanidad en

cada municipio, pero no existía una dirección nacional que integrara y dirigiera su trabajo. Por la Orden Militar No. 159, del gobierno interventor, se creó la Junta Superior de Sanidad, que comenzó sus funciones en 1903, bajo la dirección del doctor Finlay y dependiente de la Secretaría de Gobernación, dirigida entonces por el doctor Diego Tamayo Figueredo, desde el inicio de la República, quién nombró al doctor Finlay, Jefe Nacional de Sanidad y le dio también la Jefatura del Departamento Municipal de Sanidad de La Habana, que se integró por un grupo de brillantes colaboradores, entre ellos Enrique B. Barnet y Roque de Escobar, como Jefe de Despacho, José A. López del Valle, Jefe de Servicio de Desinfección, Jorge Le Roy y Cassá, Jefe de Demografía y Honoré Lainé Garesche, Jefe del Servicio de Veterinaria (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373>). Una de las primeras disposiciones de Finlay, fue que se cambiara el nombre de la Comisión de Fiebre Amarilla, que él presidía, por el de Comisión de Enfermedades Infecciosas, que así, estudiaría otros procesos mórbidos transmisibles. Se nombró entonces para presidirla, al doctor Juan Guiteras Gener, Secretario, al doctor Arístides Agramonte Simoni y vocales a los doctores Antonio Díaz Albertini, y Emilio Martínez y Martínez (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373>). Por Decreto Presidencial No. 40, del 11 de junio de 1902, el Servicio de Sanidad Marítima, pasó a la Secretaría de Gobernación, para unificar la sanidad marítima y la terrestre. Mediante el Decreto Presidencial No. 97, del 16 de agosto de 1902, se reorganizó el Servicio de Cuarentenas, que pertenecía al Departamento de Sanidad de La Habana y desde entonces, se le llamó Servicio de Sanidad Marítima de la República de Cuba (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373> / Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81). / Toledo GJ. Evolución histórica de la epidemiología en Cuba. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”; 1998.).

Por Decreto Presidencial No.1, de enero de 1903, fueron nombrados los integrantes de la Junta Superior de Sanidad. El Jefe de Sanidad de la Isla, debía ser el Presidente y Oficial Ejecutivo de la Junta, que fue, el doctor Carlos J. Finlay. Los otros integrantes fueron los doctores Joaquín L. Dueñas Pinto, Enrique B. Barnet Roque de Escobar, Juan Guiteras Gener, Ambrosio Grillo Portuondo, Hugo Robert Fernández, Juan Santos Fernández Hernández, José Varela Zequeira, Gonzálo Aróstegui del Castillo, Joaquín Jacobsen y Cantos y el abogado, doctor José A. del Cueto Pazos. Las Juntas Municipales de Sanidad, fueron sustituidas por Juntas Locales de Sanidad, las cuales asumieron las funciones de los Departamentos de Sanidad, que quedaron suprimidos. En Finlay, se reunieron los más importantes cargos sanitarios de la República: Jefe de Sanidad de la Isla, Presidente de la Junta Superior de Sanidad y Jefe del Departamento de Sanidad primero y después de la Junta Local de Sanidad de La Habana (Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81)).

El primer Código Sanitario cubano surgió también en esta época, por Decreto Presidencial del 22 de febrero de 1906, bajo el título de Ordenanzas Sanitarias. (Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81).)

Entre el 29 de septiembre de 1906 y el 28 de enero de 1909, ocurrió la Segunda Intervención Militar Norteamericana en Cuba, al terminarse este período, se reinició la actividad republicana. Ese año hubo un hecho de trascendental importancia, al discutirse por la Comisión Consultiva la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, que incluyó, entre las Secretarías de Despacho, la de Sanidad y Beneficencia, y ponerse en vigor por Decreto No. 78 del Gobierno Provisional, publicado en la Gaceta Oficial, el 26 de enero de 1909 (Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81).) Así se constituyó el primer Ministerio de Salud Pública del mundo, integrado por dos direcciones nacionales: la de Sanidad y la de Beneficencia y una Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia.

La primera Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia (1909), estuvo compuesta por los doctores Juan Guiteras (Director de Sanidad), Juan M. Plá (Director de Beneficencia), Hugo Roberts (Jefe de Servicio Cuarentenas), Arístides Agramonte (Presidente de la Comisión Enfermedades Infecciosas), Gabriel Cazuzo (Decano de la Facultad Medicina y Farmacia de la Universidad de La Habana), Joaquín Jacobsen (Presidente de la Liga Contra la Tuberculosis), Alfredo Zayas (Presidente de la Sociedad Economía de Amigos del País), Fernando Resolí (Jefe Local Sanidad de La Habana), Benigno Souza

(Presidente de la Comisión de Higiene Especial) y cuatro miembros más designados por el Presidente República, uno de ellos abogado y otro Ingeniero Civil: Francisco Ma. Ros, abogado, Salvador Guastella, Ingeniero Civil, Avelino Sanjinés y el doctor Armando de Córdova. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales. M. Duque. P 1-408/ Delgado G. Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1996; (81).)

En 1927, se creó el Instituto Finlay, donde funcionó la primera escuela de administración de salud pública en Cuba. Dependía de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, con el objetivo de organizar y dirigir la Escuela Sanitaria Nacional, tenía cuatro secciones, destacándose las de la Escuela Sanitaria y la de Investigaciones Científicas, en esta institución se realizaron investigaciones, destacándose algunas sobre fiebre amarilla. (Beldarraín, las instituciones en la primera mitad)

Con esta estructura, se mantuvo hasta 1940, cuando se transformó en Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. El primer Secretario de Sanidad y Beneficencia, fue el coronel de la Guerra de Independencia, doctor Matías Duque de Perdomo. En esta primera etapa se destacó la atención prestada al abasto de agua a las poblaciones y el problema de la tuberculosis. Se promulgaron los Reglamentos de Farmacia, Instalaciones de Sanatorios y de las Inspecciones de Sanidad y se creó la Policía Marítima. (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373>.) En 1917, fue nombrado Secretario, el doctor Fernando Méndez Capote, quién trabajó fundamentalmente en la vacunación y revacunación de la población (López Serrano E. La Salud pública en Cuba (1899–1925). Rev Cubana Adm Salud. 1981; 7(4): 487–92. / Toledo GJ. Evolución histórica de la epidemiología en Cuba. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”; 1998.). El sanitarista Juan Guiteras Gener, médico de brillante trayectoria en los Estados Unidos y en Cuba, quién estuvo en todos los eventos significativos de la higiene y epidemiología cubana, desde los inicios del siglo, como participante activo y una de las figuras principales de la Escuela Cubana de Sanitaristas, culminó su actividad profesional como Secretario de Sanidad y Beneficencia. En 1921, intensificó el trabajo sobre vacunación de su predecesor, aunque se vio cesanteado en 1922, por sus discrepancias con el embajador norteamericano. Después de este penoso

incidente, comenzó el deterioro de la salud pública cubana, que no se recuperó hasta después de 1959 (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373/> Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81).)

En 1940, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, pasó a llamarse Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, con una Dirección de Salubridad y una Junta Nacional de Salubridad y Asistencia Social. También se le incorporaron los organismos autónomos de salud pública cuyo funcionamiento fuera del Sistema Nacional de Salud estatal, debilitó su organización. Se comenzó por anexar en 1934, el Instituto Finlay al Hospital “Las Animas” y, en 1936, se fundaron el Consejo Nacional de Tuberculosis, la Corporación Nacional de Asistencia Pública, el Instituto Técnico de Salubridad Rural, el Centro de Orientación Infantil y el Patronato para la Protección de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas, las que se agruparon con otras instituciones educacionales en el famoso Consejo Corporativo de Educación, Sanidad y Beneficencia. A tenor de la Constitución de 1940, se incorporaron al Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, pero, a partir de 1942, empezaron nuevamente a independizarse, el Consejo Nacional de Tuberculosis y el Patronato para la Profilaxis de la Sífilis, Lepra y Enfermedades Cutáneas, que volvieron al régimen autónomo, mientras el Instituto Finlay se hizo semiautónomo. A partir de 1952, surgieron la Organización de Dispensarios Infantiles (ONDI) y la Organización de Rehabilitación de Inválidos (ONRI). (Beldarraín E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Diálogos. Revista Electrónica de Historia. 2014 [citado 27 May 2014]; 15(1): [aprox. 5pantallas]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373/> / Delgado G. Conferencias de historia de la administración de Salud Pública en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1991; (81).)

En este período se ampliaron y modernizaron varios hospitales, como fue el caso del hospital No. 1, rebautizado como “Hospital General Calixto García” y el Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”, el Sanatorio Antileproso fue mudado a nuevas instalaciones en el poblado de El Rincón, el Hospital de Dementes, se trasladó hacia la zona de Rancho Boyeros. Se fundaron varios hospitales, como fueron los Hospitales

Militar, el Naval y el de la Policía, pertenecientes a los cuerpos armados del país; el Infantil, el Ortopédico, en la capital, entre otros, así como en las capitales provinciales y poblaciones importantes.

Proliferaron las clínicas privadas por todo el país, entre las más importantes situadas en la capital, se pueden mencionar “El Sagrado Corazón de Jesús”, el “Centro Médico Quirúrgico”, “Clínica Antonetti” y la “Clínica Miramar”. También las clínicas mutualistas, en un inicio, relacionadas con las Sociedades Regionales españolas, principalmente, que se ampliaron, modernizaron y brindaron excelentes servicios de salud, como fueron, “La Covadonga”, “La Dependiente”, “La Benéfica”, “La Balear”, “La Castellana” y “La Canaria”.

En 1937, el profesor de Parasitología y Enfermedades Tropicales de la Universidad de La Habana, doctor Pedro Kourí Esmeja, fundó unido a su cátedra y auxiliado por los profesores doctores José G. Basnuevo Artiles y Federico Sotolongo Guerra, el Instituto de Medicina Tropical. Este Instituto fue el único en alcanzar renombre internacional por sus notables investigaciones.

En 1944 se inauguró el Instituto Nacional de Higiene; en 1947 el Instituto Nacional de Hidrología y Climatología Médicas y el Instituto Nacional de Alimentación; en 1953 el Instituto Nacional de Cardiología y en 1955 el Instituto de Investigaciones del Consejo Nacional de Tuberculosis los que no llegaron a realizar labor de investigación de alguna importancia.

En 1954, el Instituto de Medicina Legal y en 1956 el de Neuro- Psiquiatría y el de Fisiología “Solano Ramos”, los que, salvo este último, que realizó algunos trabajos experimentales, los demás no pasaron de nobles proyectos.

La situación de salud del país y los servicios de atención médica estatales se fueron deteriorando, progresivamente. En estos años, el cuadro de las enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad infantil eran críticos y el estado de indefensión en este campo de la población, sobre todo la campesina, era deplorable. Así terminó la década de los años cincuenta y con ella la república burguesa, después de una insurrección armada a la que se sumó la mayoría del pueblo.

LAS EPIDEMIAS EN CUBA 1902 - 1958

Las principales epidemias ocurridas y que afectaron a la población cubana durante la primera mitad del siglo XX fueron la viruela, la fiebre amarilla y el paludismo, como las

enfermedades epidémicas más importantes, al menos en el primer cuarto del siglo y se presentaron como epidemias asiladas de gran relevancia, la de peste bubónica de 1912 – 1915, la de gripe 1918 - 1919, las de poliomielitis, que aparecieron a partir de 1934, así como la fiebre tifoidea, otra gran epidemia de gripe ocurrida en 1957 y la tuberculosis, que si bien no se comportó como una epidemia clásica, estuvo ocasionando una gran morbilidad y mortalidad durante todo el período (Cuadro No. 22).

Cuadro No. 22. Principales epidemias ocurridas en Cuba. Período 1902 – 1958

Década	1902 – 09	1910 – 19	1920– 29	1930– 39	1940 -49	1950 – 59
Epidemia						
Viruela			1921 1922			
Tétanos neonatal	1902					
Fiebre amarilla	1905 – 1908					
Paludismo						
Gripe (influenza)		1918 - 1919				1957
Peste bubónica		1912 1915				
TB						
Fiebre Tifoidea						
Poliomielitis						

Fuente: Datos compilados por el autor de diversas fuentes.

TÉTANOS NEONATAL

En el período colonial y a principios del siglo XX, el tétanos neonatal era una de las principales causas de mortalidad infantil, se le conoció como “mal de los siete días” o “fruncimiento” entre los campesinos.

En 1902, murieron en Cuba 1 000 niños de tétanos neonatal para una tasa de mortalidad de 57.1×10^5 habitantes, luego de este año dejaron de ocurrir casos y fallecidos. La enfermedad se erradicó a partir de 1903. (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.)

FIEBRE AMARILLA

Esta enfermedad fue controlada en 1902, pues los dos años siguientes no se presentaron casos, después de las medidas de control que se aplicaron durante la intensiva campaña de saneamiento ambiental de los pueblos y ciudades de la Isla, emprendidos por la estructura sanitaria del gobierno interventor y donde trabajaron un grupo importante de especialistas cubanos.

La fiebre amarilla resurgió, con un brote epidémico a partir de 1905, cuando se identificaron 77 casos, lo que representó una tasa de incidencia de 3.99×10^5 habitantes, su mayor incidencia la ocurrió el siguiente año, 1906, con 112 casos reportados, para una tasa de 5.63×10^5 habitantes. En 1907, se diagnosticaron 54 casos (2.63×10^5 habitantes de tasa de incidencia), aunque también hubo reporte de enfermos en 1908 (Figura No. 9). Con relación a los fallecidos, en los años de 1905, 1906 y 1907, se alcanzaron cifras de 33, 22 y 11 defunciones respectivamente y correspondieron con una tasa de mortalidad de 1.67; 1.14 y 0.54×10^5 habitantes, aunque también hubo un reporte de un fallecido en 1908, año en que se erradicó la enfermedad, lo que justifica la baja tasa de mortalidad ese año. (Figura No. 10). El total de casos notificados en estos años ascendió a 298 y 67 fallecidos respectivamente. (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.) Se aplicaron como método de control las teorías de Finlay, y su doctrina de erradicación, concluyó así la epidemia en 1908. (Beldarraín Chaple E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo xx. Diálogos. Revista electrónica de historia. Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica. 2014 [citado 27 may 2014]; 15(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/index>. / Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408).

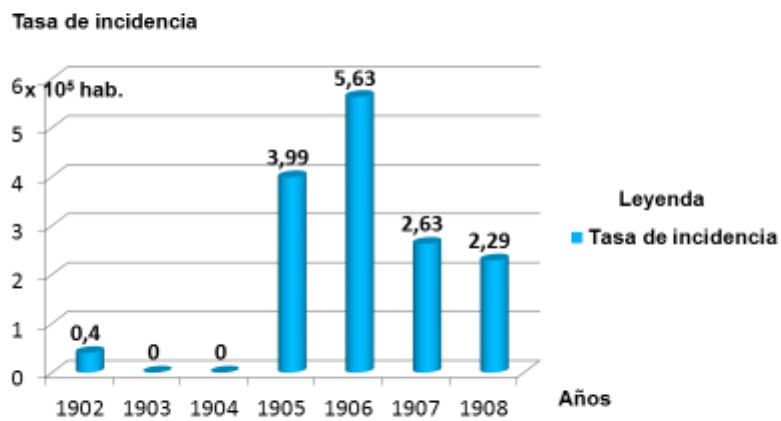
Cuadro No. 23. Incidencia y mortalidad anual de la fiebre amarilla en Cuba. Años 1902-1908.

Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1902	7	0.4	0	0.0
1903	0	0.0	0	0.0
1904	0	0.0	0	0.0
1905	77	3.99	22	1.14
1906	112	5.63	33	1.67
1907	54	2.63	11	0.54
1908	48	2.29	1	0.05

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 9. Tasa de incidencia anual de la fiebre amarilla en Cuba. Años 1902 - 1908

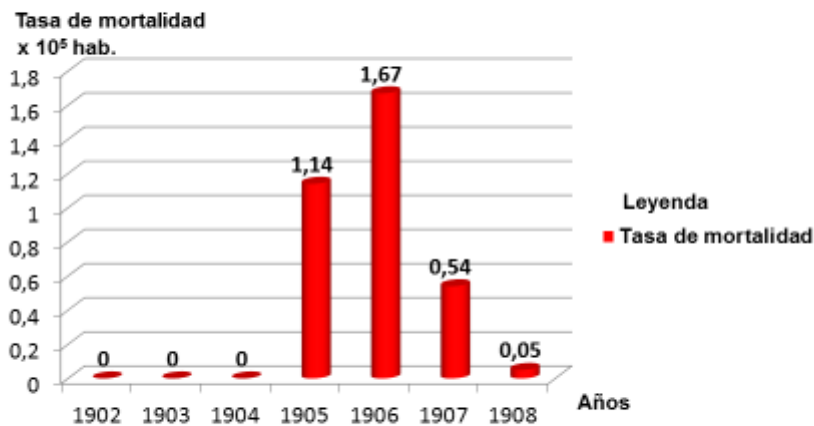
Gráfico # 1: Tasa de incidencia anual de la fiebre amarilla en Cuba. Años 1902-1908



Fuente: Tabla # 1

Figura No. 10. Tasa de mortalidad anual de la fiebre amarilla en Cuba. Años 1902 - 1908

**Gráfico # 2: Tasa de mortalidad anual de la fiebre amarilla en Cuba.
Años 1902-1908**



Fuente: Tabla # 1

La fiebre amarilla estuvo presente en Cuba por doscientos ochenta y nueve años y se extinguió en 1908. (Guiteras Juan. La sanidad cubana y la opinión extranjera. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 23 may 2014]; 35(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200004&lng=es). En América sí estuvo presente en todo este período, aunque no se notifican casos de fiebre amarilla urbana desde 1954, sí de la variedad selvática. Para combatirla se desarrollaron campañas de vacunación y de control del vector.

VIRUELA

Como se dijo en capítulos anteriores, la viruela está presente en la historia cubana desde 1522, cuando se documentó su primera epidemia en la Isla y provocó severas afectaciones, sobre todo demográficas. En este período del siglo XX, se mantuvo la presencia de la enfermedad, durante su primera mitad, aunque las epidemias fueron más circunscritas y las medidas tomadas para combatirlas, más enérgicas

En la investigación realizada no se encontraron datos de incidencia de esta enfermedad en los años correspondientes a 1905 - 1909. Esta epidemia causó la mayoría de los fallecidos en el 1921, con un reporte de 316 para una tasa de mortalidad de 10.43×10^5 habitantes, seguido del 1922, con 158 y 5.08×10^5 habitantes de tasa (Gráfico No. xxx).

No hubo defunciones por esta enfermedad entre los años 1910 y 1913, ni desde el 1916 al 1918. El total de fallecidos notificados en estos años ascendió a 493. Dicha enfermedad se erradicó en el país, en 1923 (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.).

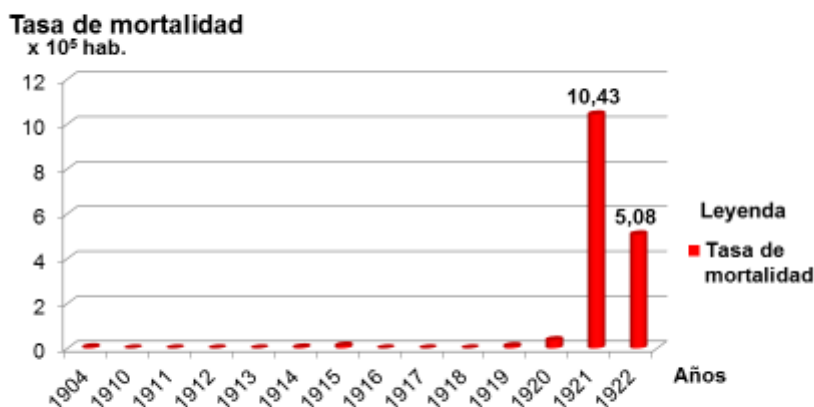
Cuadro No. 24. Mortalidad anual de viruela en Cuba. Años 1904-1922.

Años	Fallecidos	Tasa mortalidad x 10 ⁵ hab.
1904	1	0.05
1905	-	-
1906	-	-
1907	-	-
1908	-	-
1909	-	-
1910	0	0.0
1911	0	0.0
1912	0	0.0
1913	0	0.0
1914	1	0.04
1915	3	0.12
1916	0	0.0
1917	0	0.0
1918	0	0.0
1919	3	0.1
1920	11	0.37
1921	316	10.43
1922	158	5.08

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 11. Tasa de mortalidad anual de viruela en Cuba. Años 1904 - 1922

Gráfico # 11: Tasa de mortalidad anual de viruela en Cuba. Años 1904-1922



Fuente: Tabla # 6

PALUDISMO

En la investigación no se encontraron datos de incidencia de paludismo entre los años 1902 al 1920, ni en 1958, aunque hay referencias de su presencia constante en todos estos años. El paludismo comenzó a aumentar su incidencia en 1933, con 15 283 casos, para una tasa de 375.05×10^5 habitantes, luego tuvo su mayor cifra de incidencia en el año 1934, con 54 232 casos reportados, para una tasa de 1310.95×10^5 habitantes, seguido del 1935, con 29 472 casos y tasa de incidencia de 700.71×10^5 habitantes y en 1936, con 22 324 y 522.44 de tasas. Aunque también hubo reporte de enfermos en los años posteriores, manteniendo una fluctuación en el número de casos reportados (Figura No. 12). Con respecto a los fallecidos, los primeros años del siglo fueron los más nefastos, con 3 286, 1 546 y 1 204 defunciones en 1902, 1903 y 1904 respectivamente, para unas tasas de mortalidad de 187.62 , 85.37 y 64.37×10^5 habitantes. Para los años del 1933 al 1935 vuelven a subir los reportes estadísticos, lo que coincide con el mayor número de casos en los mismos años. No se encontró reporte de mortalidad en 1942 y en 1954. Esta enfermedad estuvo presente durante todos los años de este período de estudio (no se erradicó hasta 1967) (Figura No. 13). El total de casos y fallecidos notificados en estos años ascendió a 225 246 y 34 416 respectivamente (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.).

Cuadro No. 25. Incidencia y mortalidad anual de paludismo en Cuba. Años 1902-1958.

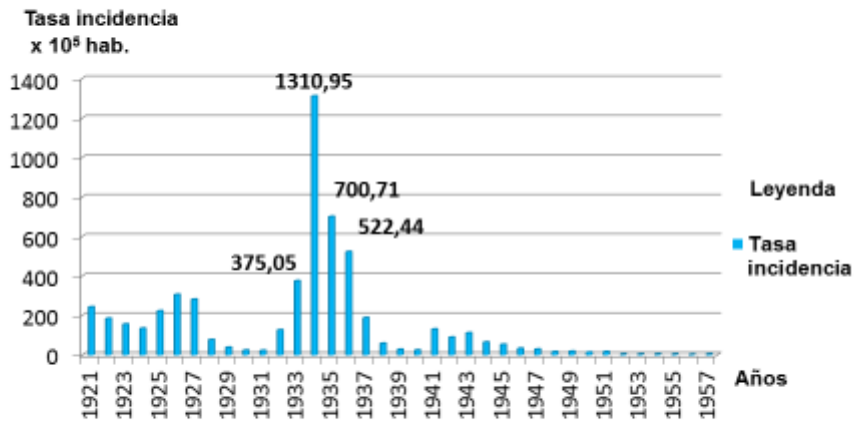
Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1902	-	-	3 286	187.62
1903	-	-	1 546	85.37
1904	-	-	1 204	64.37
1905	-	-	1 100	56.9
1906	-	-	1 147	57.65
1907	-	-	925	45.1
1908	-	-	730	34.78
1909	-	-	745	34.3
1910	-	-	617	27.82
1911	-	-	526	24.37
1912	-	-	492	20.95
1913	-	-	447	18.49
1914	-	-	454	18.25
1915	-	-	542	21.17
1916	-	-	715	27.14
1917	-	-	648	23.9
1918	-	-	480	17.2
1919	-	-	436	15.18
1920	-	-	1 608	54.51
1921	7 356	242.91	1 608	53.1
1922	5 739	184.61	864	27.79
1923	4 968	155.65	656	20.55
1924	4 400	134.28	636	19.41
1925	7 498	222.89	794	23.60
1926	10 558	305.72	961	27.83
1927	9 984	281.58	686	19.35
1928	2 801	76.95	462	12.69
1929	1 431	38.29	334	8.94

1930	894	23.3	320	8.34
1931	861	21.86	412	10.46
1932	5 066	126.3	704	17.55
1933	15 283	375.05	1 305	32.02
1934	54 232	1310.95	1 929	46.63
1935	29 472	700.71	1 068	25.39
1936	22 324	522.44	686	16.05
1937	8 174	188.29	338	7.78
1938	2 581	58.52	266	6.03
1939	1 240	27.67	180	4.02
1940	1 105	24.27	194	4.26
1941	6 034	130.47	186	4.02
1942	4196	89.30	-	-
1943	5 335	111.76	328	6.87
1944	3 145	64.55	351	7.2
1945	2 621	52.68	342	6.87
1946	1 659	32.66	266	5.24
1947	1 499	28.9	201	3.87
1948	842	15.9	180	3.4
1949	978	18.08	155	2.86
1950	723	13.09	92	1.67
1951	930	16.49	61	1.08
1952	220	3.82	66	1.15
1953	214	3.63	44	0.75
1954	248	4.12	-	-
1955	234	3.64	33	0.51
1956	131	2.0	19	0.29
1957	270	4.05	15	0.22
1958	-	-	26	0.38

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 12. Tasa de incidencia anual de paludismo en Cuba. Años 1921- 1957

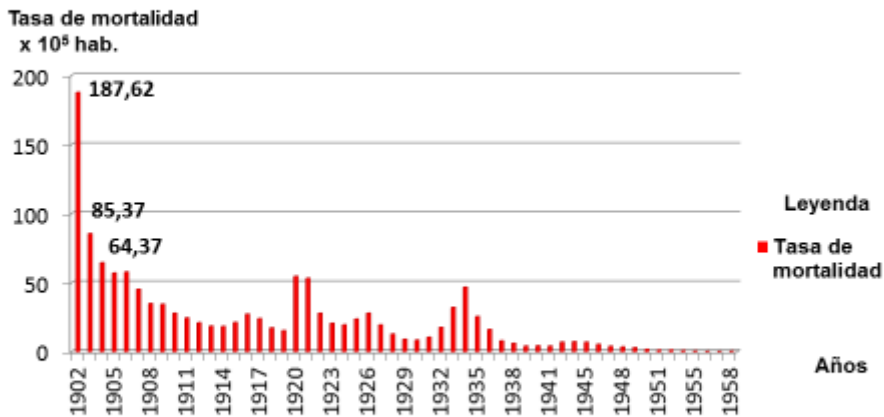
Gráfico # 5: Tasa de incidencia anual de paludismo en Cuba. Años 1921-1957



Fuente: Tabla # 3

Figura No. 13. Tasa de mortalidad anual de paludismo en Cuba. Años 1902 - 1958

Gráfico # 6: Tasa de mortalidad anual de paludismo en Cuba. Años 1902-1958



Fuente: Tabla # 3

PESTE BUBÓNICA

La peste bubónica se presentó por primera vez en Cuba en 1912, con brotes en La Habana, Santiago de Cuba y Pinar del Río, fue importada de las Islas Canarias y erradicada en 1915, gracias a la labor eficiente y oportuna de los epidemiólogos cubanos dirigidos por el doctor Juan Guiteras Gener. El saldo que dejó esta enfermedad a su paso por la isla fue

de 68 casos y 23 fallecidos, de ellos 14 en Santiago de Cuba, con siete defunciones. El último caso reportado ocurrió en La Habana, el 1ro de julio de 1915 (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4 / Delgado G. Historia de la erradicación de algunas enfermedades epidémicas en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1987; (72): 64 –5.)

El doctor Mario García Lebreo, señaló que, precedieron y coexistieron con el inicio de la epidemia una gran mortalidad de ratas y que habitualmente no se les hacía el diagnóstico de peste murina. A pesar de que en la primera epidemia de 1912 y la segunda de 1914, fueron precedidas por una gran mortalidad de estos roedores, fue el caso humano el que dio la primera evidencia. La única localidad de Cuba, en que se reveló la peste humana por la infección murina fue en Jaruco, hecho que permitió una acción sanitaria enérgica que abortó el foco.

En la epidemia de 1914 en La Habana, se recogieron 28 711 ratas y sólo dos fueron positivas de la forma pleuropulmonar. En Santiago de Cuba, fueron cinco pestosas de entre 200 o 300 que se recolectaron. Todas las observaciones de ambas ciudades las supervisó el laboratorio del doctor Alberto Recio (García- Lebreo M. Consideraciones generales sobre la epidemiología de la peste bubónica, basadas en algunas consideraciones especiales sobre los brotes ocurridos en Cuba. En: Actas y Trabajos del III Congreso Médico Nacional (La Habana, diciembre 1 – 6, 1914). La Habana: La Moderna Poesía, 1915; p. 44 – 57.).

La epidemia inicial, tuvo el primer caso confirmado el 4 de julio de 1912, aunque ya el Departamento Nacional de Sanidad estaba alerta por la mortandad de las ratas y se había practicado una autopsia a un cadáver exhumado el 2 de julio, por la Comisión de Enfermedades Infecciosas, pero esta no fue concluyente. El propio día 4, apareció en el Hospital No. 1, un paciente con un ganglio inguinal, el que se puncionó y se le detectó el germen de la enfermedad (*Pasteurella Pestis*). A partir de ese momento se desencadenaron las acciones de sanidad sobre el foco. (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4)

La segunda epidemia también estuvo precedida por un aumento de la mortalidad de las ratas, hecho que reforzó la inspección sanitaria y la vigilancia. El primer caso sospechoso apareció el 22 de febrero de 1914; sus bacilos tenían tal grado de atenuación, que fue necesario un largo proceso de estudio bacteriológico experimental, para poder confirmarlo, lo cual permitió que el segundo caso, detectado tres días después, fuera

confirmado primero (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4).

Para enfrentar con energía esta enfermedad, entre cuyos vectores transmisores figuran las ratas y las pulgas, se realizaron acciones de saneamiento y de lucha contra las ratas en todo el país, hasta llegar a controlarse el foco. El último caso de los focos aislados que quedaban se reportó en julio de 1915. (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4 / Beldarraín Chaple E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo xx. Diálogos. Revista electrónica de historia. Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica. 2014 [citado 27 may 2014]; 15(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/index>.)

En 1912 brote de peste bubónica ocurrió cerca de los muelles, en La Habana, el cual fue dominado. En 1914, en marzo algunos casos en La Habana, hasta abril se declararon 27 casos con 6 muertes y en Santiago de Cuba, 14 con 3 defunciones. En 1915, en febrero, existían en La Habana, varios casos de peste. En abril, 8 casos en Santiago de Cuba. Hasta mayo, fueron declarados 16 pestosos, con 7 muertes, se examinaron 14 000 ratas y solo se encontraron 2 infectadas, la infección, llegó de las Islas Canarias. En junio se declaró un caso y otro en julio. Resumen de la peste bubónica: año 1912, La Habana 4 casos con 3 muertes; 1914, La Habana, 27 casos con 6 muertes y Oriente 16 con 4 muertes; 1915, La Habana, 19 casos con 9 muertes y Pinar del Río 2, con 1 fallecido. El último caso en La Habana fue el 1ro de julio de 1915.

En 1928, en febrero, hubo una alarma por casos sospechosos de peste bubónica, que no se confirmaron, en el vapor “Eleuteria”, el cual atracó en Sagua la Grande, procedente de Brasil.

Los primeros y únicos brotes de peste bubónica, se presentaron en La Habana, Santiago de Cuba y Pinar del Río en los años 1912 y de 1914 al 1915; el total de casos llegó a 68, con 23 fallecidos (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.).

Cuadro No. 26. Incidencia y mortalidad anual de peste bubónica en Cuba. Años 1912-1915.

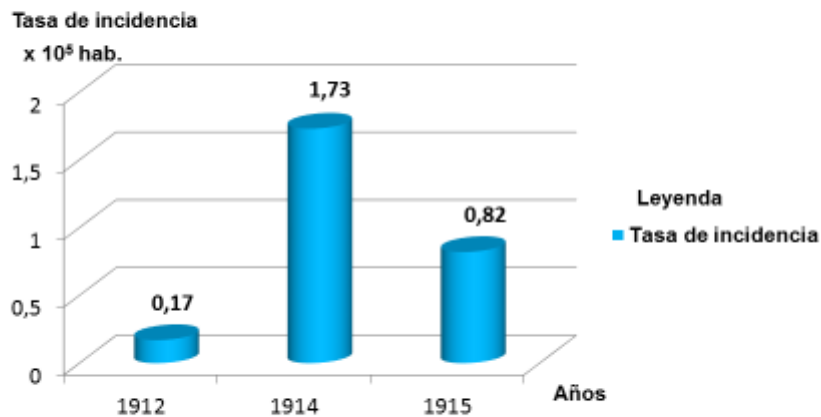
Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1912	4	0.17	3	0.13
1913	-	-	0	0.0
1914	43	1.73	10	0.40
1915	21	0.82	10	3.91

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

La peste bubónica tuvo su mayor incidencia en el año 1914 con 43 casos reportados para una tasa de incidencia de 1.73 x 10⁵ habitantes, seguido del 1915 con 21 casos y tasa de incidencia de 0.82 x 10⁵ habitantes, aunque también hubo reporte de enfermos en 1912. No se encontró reporte de incidencia en 1913 (Gráfico No. xxx). Con respecto a los fallecidos, los años de 1915 y 1914 coinciden también con el mayor número de defunciones reportadas en la literatura consultada, con 10 fallecidos cada uno y 3.91 y 0.40 de tasa de mortalidad respectivamente, aunque también hubo reporte de fallecidos en 1912. No hubo reporte de mortalidad en 1913. Luego del 1915 no se registró ningún caso más de la enfermedad, lo que indica que se erradicó la enfermedad ese propio año (Gráfico No. xxx). (García- Lebreo M. Consideraciones generales sobre la epidemiología de la peste bubónica, basadas en algunas consideraciones especiales sobre los brotes ocurridos en Cuba. En: Actas y Trabajos del III Congreso Médico Nacional (La Habana, diciembre 1 – 6, 1914). La Habana: La Moderna Poesía, 1915; p. 44 – 57. / Guiteras J. La sanidad cubana y la opinión extranjera. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Abr -Jun [citado 22 Mar 2016]; 35(2): [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200004&lng=es)

Figura No. 14. Tasa de incidencia anual de peste bubónica en Cuba. Años 1912 - 1914

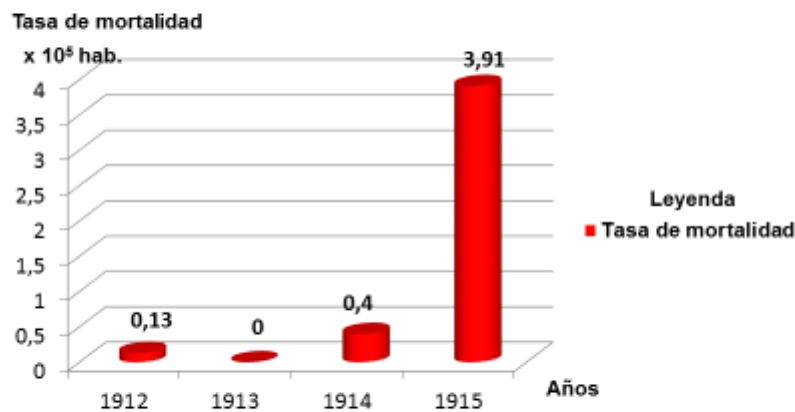
Gráfico # 3: Tasa de incidencia anual de la peste bubónica en Cuba. Años 1912-1915



Fuente: Tabla # 2

Figura No. 15. Tasa de mortalidad anual de peste bubónica en Cuba. Años 1912 - 1915

Gráfico # 4: Tasa de mortalidad anual de la peste bubónica en Cuba. Años 1912-1915



Fuente: Tabla # 2

GRIPPE

La gripe es una de esas enfermedades que está presente también en la historia de Cuba siempre, la cual ocasiona grandes afectaciones en relación a cantidad de población

aquejada, pero, como es una enfermedad de evolución corta, relativamente benigna, que ocasiona poca mortalidad y es combatida a nivel popular con remedios caseros en un gran porcentaje, existe poca constancia de su presencia en los registros de incidencia sanitaria. Situación que varió cuando se presentó la grave epidemia de 1918, con síntomas de gravedad inusitada y elevada mortalidad.

En 1918, se inició la terrible epidemia de influenza. El 18 de octubre, entró en La Habana el buque “Alfonso XIII”, con 44 casos de gripe maligna, de los que murieron 26 en la travesía. Ese mes, afectaba a Camagüey, donde murieron 18 personas, el día 19. En noviembre, atacaba toda la Isla y causaba más muertes en personas jóvenes y fuertes. En La Habana, murieron en octubre, por la epidemia, 125 personas, en noviembre 137 y en diciembre 137. En 1919, en marzo, desapareció la epidemia de influenza en la región del Este de La Habana, pero afectó a Pinar del Río, donde fue menos grave. Causó en toda Cuba más de 5 000 muertes. En el mundo, se calculó, que mató a 40 millones de personas. Se mantuvo hasta principios de 1919; después se presentó con relativa frecuencia, pero en forma benigna. Las muertes de neumonía y bronconeumonía aumentaron después de la gran epidemia gripal, en Cuba morían unas 4 000 personas cada año, por estas causas en la época (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.).

En los documentos consultados no se encontraron datos de incidencia de gripe, entre los años 1902 al 1941, ni en 1958. Aumentó bruscamente su incidencia en 1957, con 94 568 casos, para una tasa de 1419.86×10^5 habitantes (datos coincidentes con el desarrollo de la pandemia de 1957), pero anteriormente a este año mencionado, las mayores incidencias fueron en 1951, con 390 casos reportados, para una tasa de 6.92×10^5 habitantes, seguido del 1947, con 305 casos y tasa de 5.88×10^5 habitantes. Aunque también hubo reporte de enfermos en los demás años representados (Gráfico No. 16). Con respecto a los fallecidos, los años 1918, 1919 y 1920 del siglo, fueron los más afectados con 5 411, 1 439 y 1 400 defunciones respectivamente, para unas tasas de mortalidad correspondientes a cada uno de 193.92 ; 50.11 y 47.46×10^5 habitantes, datos coincidentes con la pandemia de 1918. No se registraron reportes de mortalidad desde 1902-1905, de 1907-1909, en 1923-1924, 1941-1942, ni 1952 y desde el 1954-1958. En todos los demás años se reportaron defunciones (Gráfico No. 17). El total de casos y fallecidos notificados en estos años ascendió a 96 729 y 19 249 respectivamente.

Cuadro No. 27. Incidencia y mortalidad anual de gripe en Cuba. Años 1902-1958.

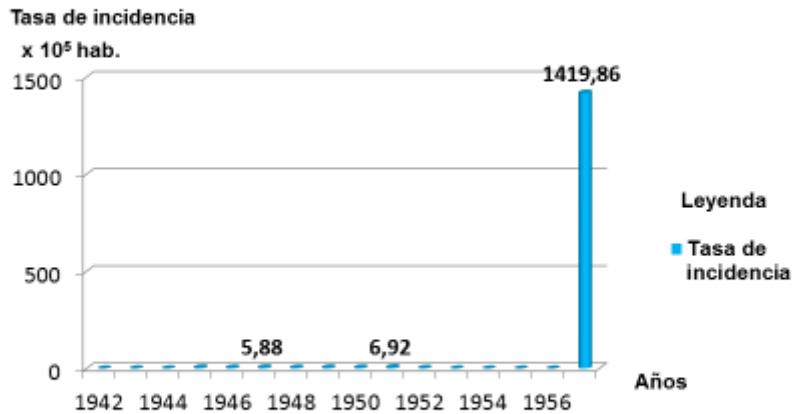
Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1902	-	-	-	-
1903	-	-	-	-
1904	-	-	-	-
1905	-	-	-	-
1906	-	-	176	8.85
1907	-	-	-	-
1908	-	-	-	-
1909	-	-	-	-
1910	-	-	546	24.62
1911	-	-	399	17.48
1912	-	-	354	15.07
1913	-	-	389	16.09
1914	-	-	404	16.24
1915	-	-	341	13.32
1916	-	-	499	18.94
1917	-	-	438	16.15
1918	-	-	5 411	193.92
1919	-	-	1 439	50.11
1920	-	-	1 400	47.46
1921	-	-	462	15.26
1922	-	-	424	13.64
1923	-	-	-	-
1924	-	-	-	-
1925	-	-	353	10.49
1926	-	-	196	5.67
1927	-	-	399	11.25
1928	-	-	255	7.0
1929	-	-	142	3.8
1930	-	-	85	2.21
1931	-	-	151	3.83

1932	-	-	209	5.21
1933	-	-	217	5.32
1934	-	-	212	5.12
1935	-	-	443	10.53
1936	-	-	243	5.69
1937	-	-	242	5.57
1938	-	-	189	4.28
1939	-	-	200	4.46
1940	-	-	332	7.29
1941	-	-	-	-
1942	3	0.06	-	-
1943	25	0.52	294	6.16
1944	16	0.33	244	5.01
1945	264	5.31	264	5.31
1946	212	4.17	212	4.17
1947	305	5.88	305	5.88
1948	232	4.38	232	4.38
1949	283	5.23	282	5.21
1950	253	4.58	253	4.58
1951	390	6.92	390	6.92
1952	161	2.7	-	-
1953	16	0.27	223	3.79
1954	1	0.02	-	-
1955	0	0.0	-	-
1956	0	0.0	-	-
1957	94 568	1419.86	-	-
1958	-	-	-	-

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 16. Tasa de incidencia anual de gripe en Cuba. Años 1902- 1958

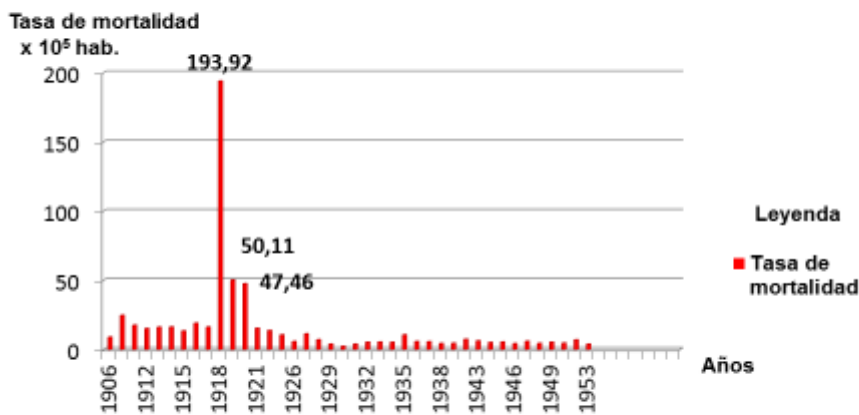
Gráfico # 7: Tasa de incidencia anual de gripe en Cuba. Años 1902-1958



Fuente: Tabla # 4

Figura No. 17. Tas de mortalidad anual de gripe. Cuba. Años 1906 - 1953

Gráfico # 8: Tasa de mortalidad anual de gripe en Cuba. Años 1906-1953



Fuente: Tabla # 4

POLIOMIELITIS

La poliomielitis fue una enfermedad que apareció en Cuba por primera vez a finales del siglo XIX, entre la comunidad de residentes norteamericanos que estaba poblando la Isla de Pinos, a partir de esos momentos, se difundió entre la población autóctona, por lo que se considera una enfermedad introducida. Los primeros brotes epidémicos, se registraron

en la primera década del siglo XX, a partir de esos momentos fueron aumentando en intensidad hasta convertirse en francas epidemias con variedad estacional cada cuatro o cinco años, entre las décadas de 1930 – 1950, ocasionando una gran morbilidad y mortalidad y sobre todo secuelas invalidantes en la población infantil, que era la más afectada (Martínez- Fortún Foyo, J.A. Epidemiología (Síntesis cronológica). Cuadernos de Historia Sanitaria (5): 1952.).

En Cuba, se reportó por primera vez, por el doctor Francisco Cabrera Saavedra, al final de la dominación española, cuando encontró a personas con secuelas de la enfermedad en la ciudad de Caibarién, en 1898. Médicos norteamericanos, observaron casos en 1898, en Isla de Pinos, pero fue en 1906, que se vio el primer brote en este lugar, importado de los Estados Unidos por colonos residentes en esa isla. El doctor Alberto Recio, reportó en 1909, tres casos de parálisis, de los que dos eran producto de la poliomiélitis. Ese mismo año, se notificó el primer brote epidémico en la provincia de Las Villas, con una incidencia de 200 casos y un 8 % de mortalidad (Beldarraín E. Poliomyelitis and its Elimination in Cuba: An Historical Overview. MEDICC Review; 2013. 15(2): p. 30 – 36. / Martínez JA. Epidemiología en Cuba republicana y con especial referencia a la poliomiélitis aguda. Revista de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina. 1959;(3): p. 3 – 10.) y 140 casos distribuidos en 10 municipios, de acuerdo con un informe presentado por el doctor Recio al doctor Juan Guiteras, entonces Director de Sanidad, (Beldarraín E. Apuntes sobre la historia de la erradicación de la poliomiélitis en Cuba. En: Transmisión del Conocimiento Médico o Internacionalización de las Prácticas Sanitarias: Una Reflexión Histórica. Sociedad Española de Historia de la Medicina. Actas del XV Congreso. Ciudad Real, 2011; p. 253 – 7. / Martínez JA. Epidemiología en Cuba republicana y con especial referencia a la poliomiélitis aguda. Revista de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina. 1959;(3): p. 3 – 10.) en que constaba también que, afectaba fundamentalmente a la población infantil menor de cuatro años. Este fue el primer brote en una población tropical. A partir de entonces se hizo endémica, con un largo período de endemia baja en todo el país hasta 1934, que se presentaron epidemias periódicas con una variabilidad estacional de cada cinco años aproximadamente.

Las principales fueron la de 1934 – 1935, 1942 – 1943, 1946 – 1947, y 1952 – 1954. La epidemia de 1934, reportó 434 casos, con un 18,8 % de mortalidad, de ellos 337 en La Habana. De los brotes estudiados, el de Santa Clara, en 1909, tuvo 200 casos, el de 1934 – 1935: 434 casos y 100 fallecidos, el del verano de 1942 al otoño de 1943: 494 casos con 58 fallecidos, el del año 1946 – 1947, presentó 343 casos y 49 muertos y el de 1952: 492

casos y 8 defunciones (Martínez - Fortún, JA. Epidemiología en Cuba republicana y con especial referencia a la poliomielitis aguda. Rev Soc Cub Hist Med (3): 3 – 10, 1959.).

En la investigación realizada no se encontraron datos de incidencia hasta 1930. Esta enfermedad causó la mayoría de los casos en los años 1934, 1942 y 1952 con un reporte de incidencia de 10.49, 10.51 y 8.54 x 10⁵ habitantes respectivamente, aunque los años 1935, 1946 y 1955 también tuvieron un número elevado de casos con 179, 239 y 267, para una tasa de incidencia de 4.25, 4.7 y 4.15 x 10⁵ habitantes respectivamente (Gráfico No. xxx). Hubo más defunciones en los años 1934 y 1946 con 82 y 33 fallecidos, para una tasa de 1.98 y 0.65 x 10⁵ habitantes, respectivamente. Vale destacar que los años 1935 y 1936, se produjeron varios fallecidos, 19 en cada uno, correspondiéndoles una tasa de mortalidad de 0.45 y 0.44 x 10⁵ habitantes, respectivamente, aunque se reportaron 21 fallecidos, en 1951 (Gráfico No. xxx). Estos datos coinciden con el período en que azotó con más fuerza esta epidemia. No se encontraron reportes estadísticos en los años 1942 y 1954. El total de casos y fallecidos notificados en estos años ascendió a 3 032 y 366 respectivamente. (Beldarraín E. Poliomyelitis and its Elimination in Cuba: An Historical Overview. MEDICC Review; 2013. 15(2): p. 30 – 36.)

Cuadro No.28. Incidencia y mortalidad anual de poliomielitis en Cuba. Años 1921-1958.

Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1921	-	-	3	0.09
1922	-	-	2	0.06
1923	-	-	2	0.06
1924	-	-	1	0.03
1925	-	-	2	0.06
1926	-	-	3	0.09
1927	-	-	3	0.08
1928	-	-	3	0.08
1929	-	-	1	0.03
1930	2	0.05	1	0.03
1931	-	-	4	0.1

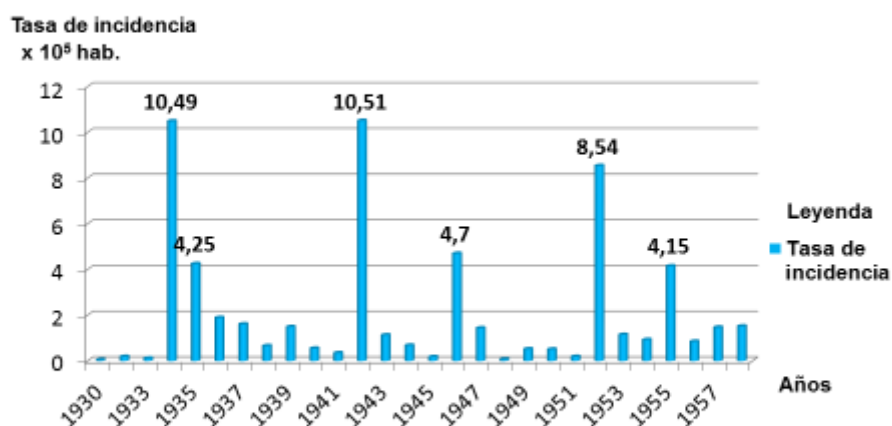
1932	8	0.19	4	0.09
1933	5	0.12	3	0.07
1934	434	10.49	82	1.98
1935	179	4.25	19	0.45
1936	81	1.89	19	0.44
1937	70	1.61	12	0.28
1938	29	0.66	12	0.27
1939	67	1.49	11	0.24
1940	25	0.55	7	0.15
1941	16	0.35	1	0.02
1942	494	10.51	-	-
1943	54	1.13	15	0.31
1944	33	0.68	5	0.10
1945	9	0.18	8	0.16
1946	239	4.7	33	0.65
1947	75	1.44	16	0.31
1948	4	0.07	8	0.15
1949	28	0.52	10	0.18
1950	28	0.51	7	0.13
1951	11	0.19	21	0.37
1952	492	8.54	15	0.26
1953	68	1.15	3	0.05
1954	56	0.93	-	-
1955	267	4.15	8	0.12
1956	56	0.85	7	0.11
1957	98	1.47	8	0.12
1958	104	1.52	7	0.1

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

De

Figura No. 18. Tasa de incidencia anual de poliomiélitis. Cuba. Años 1921 - 1958

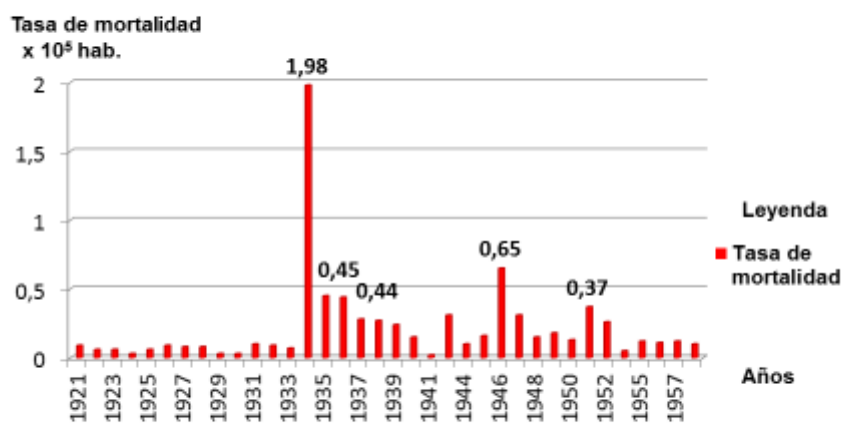
Gráfico # 9: Tasa de incidencia anual de poliomiélitis en Cuba. Años 1921-1958



Fuente: Tabla # 5

Figura No. 19. Tasa de mortalidad anual de poliomiélitis. Cuba. Años 1921 - 1958

Gráfico # 10: Tasa de mortalidad anual de poliomiélitis en Cuba. Años 1921-1958



Fuente: Tabla # 5

La notificación obligatoria de la enfermedad se impuso en 1902, pero realmente fue a partir de 1932, que existen registros continuos de morbilidad y mortalidad y se pudieron

registrar las cinco epidemias mencionadas entre este último año y 1958, que se presentan en el Cuadro No. 28 (Beldarraín E. Apuntes sobre la historia de la erradicación de la poliomielitis en Cuba. En: Transmisión del Conocimiento Médico o Internacionalización de las Prácticas Sanitarias: Una Reflexión Histórica. Sociedad Española de Historia de la Medicina. Actas del XV Congreso. Ciudad Real, 2011; p. 253 – 7. / Del Puerto, C.; Ferrer, H.; Toledo, G. Higiene y epidemiología, apuntes para su historia, p. 186 – 187. La Habana, Editorial palacio de las Convenciones, 2002.)

TUBERCULOSIS

En la búsqueda de información no se encontraron datos de incidencia de esta enfermedad entre los años 1902 al 1932, tampoco en 1941, ni en 1958. Esta enfermedad causó la mayoría de los casos en los años 1937 y 1946 con un reporte de incidencia de 3 037 y 3 351, para una tasa de 69.96 y 65.96 x 10⁵ habitantes, respectivamente, aunque los años 1938, 1939 y 1945 también tuvieron un número elevado de casos con 2 790, 2 698 y 2 975, para una tasa de incidencia de 63.26, 60.21 y 59.8 x 10⁵ habitantes, respectivamente. En los restantes años del período de estudio se notificaron muchos casos por esta enfermedad (Gráfico No. 20). La gran estera de muertes ocurrió en los años 1902, 1903, 1904 y 1905, cuando se reportaron 3 602, 3 440, 3 545 y 3 609 fallecidos para una tasa de mortalidad de 205.67, 189.96, 189.53 y 187.0 x 10⁵ habitantes, respectivamente, aunque en los años 1906 y 1907 también hubo muchos muertos por esta causa. A partir de ese momento, la mortalidad comenzó a descender paulatinamente, no se encontraron reportes estadísticos en el 1923, 1924, 1941, 1942 y 1954 (Gráfico No. 21). El total de casos y fallecidos notificados en estos años ascendió a 49 255 y 149 740 (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año

1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408 / Informe Anual Sanitario y Demográfico de la República de Cuba, correspondiente al año 1950. Carta de remisión. Salubridad y Asistencia Social. Segunda parte. 1954 Jul – Dic; LVII (7 - 12): p. 71 -117.).

Cuadro No. 29. Incidencia y mortalidad anual de tuberculosis en Cuba. Años 1902-1958.

Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1902	-	-	3 602	205.67
1903	-	-	3 440	189.96

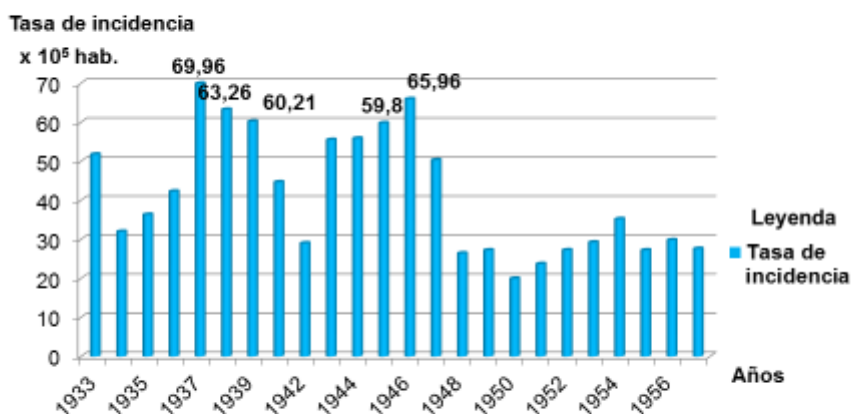
1904	-	-	3 545	189.53
1905	-	-	3 609	187.0
1906	-	-	3 560	178.94
1907	-	-	3 578	174.46
1908	-	-	3 129	149.08
1909	-	-	2 877	132.47
1910	-	-	3 032	136.74
1911	-	-	3 156	138.29
1912	-	-	2 898	123.4
1913	-	-	2 943	121.76
1914	-	-	3 157	126.92
1915	-	-	3 194	124.77
1916	-	-	3 343	126.89
1917	-	-	3 269	120.56
1918	-	-	3 901	139.8
1919	-	-	3 558	123.9
1920	-	-	3 866	131.06
1921	-	-	3 473	114.69
1922	-	-	3 369	108.37
1923	-	-	-	-
1924	-	-	-	-
1925	-	-	3 287	97.71
1926	-	-	3 279	94.95
1927	-	-	3 302	93.13
1928	-	-	2 942	80.82
1929	-	-	2 948	78.89
1930	-	-	2 906	75.74
1931	-	-	2 836	72.0
1932	-	-	2 843	70.88
1933	2 110	51.78	3 236	79.41
1934	1 323	31.98	2 856	69.04
1935	1 528	36.33	2 884	68.57
1936	1 807	42.29	2 943	68.87

1937	3 037	69.96	2 601	59.91
1938	2 790	63.26	2 725	61.78
1939	2 698	60.21	2 658	59.32
1940	2 033	44.66	2 933	64.43
1941	-	-	-	-
1942	1 363	29.01	-	-
1943	2 650	55.51	3 295	69.03
1944	2 722	55.87	3 489	71.62
1945	2 975	59.8	3 199	64.3
1946	3 351	65.96	2 910	57.28
1947	2 611	50.33	2 885	55.62
1948	1 400	26.43	2 446	46.18
1949	1 472	27.22	2 314	42.78
1950	1 102	19.96	2 183	39.53
1951	1 337	23.71	2 172	38.52
1952	1 569	27.25	1 502	26.09
1953	1 721	29.24	1 128	19.16
1954	2 118	35.21	-	-
1955	1 749	27.22	1 160	18.05
1956	1 951	29.82	1 158	17.7
1957	1 838	27.6	1 175	17.64
1958	-	-	1 076	15.87

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 20. Tasa de incidencia anual de tuberculosis. Cuba. Años 1933 - 1957

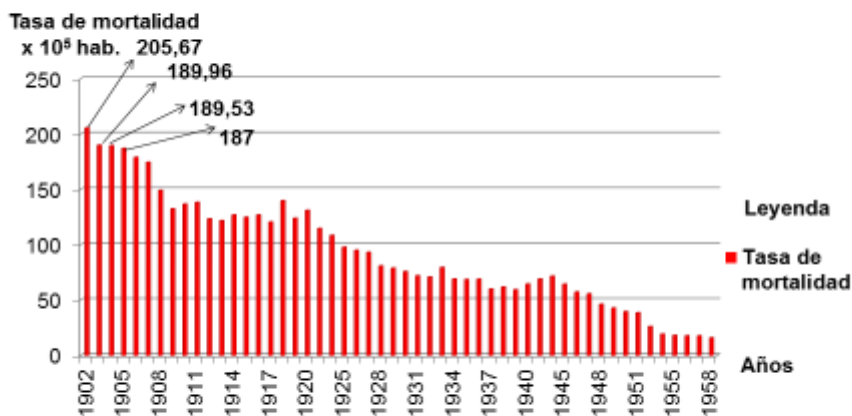
Gráfico # 13: Tasa de incidencia anual de tuberculosis en Cuba. Años 1933-1957



Fuente: Tabla # 8

Figura No. 21. Tasa de mortalidad anual de tuberculosis. Cuba. Años 1902 - 1958

Gráfico # 14: Tasa de mortalidad anual de tuberculosis en Cuba. Años 1902-1958



Fuente: Tabla # 8

FIEBRE TIFOIDEA

En la revisión realizada, no se encontraron datos de incidencia de la enfermedad entre los años 1906 al 1929. Esta enfermedad, aportó la cifra máxima de casos en el año 1945, con un reporte de incidencia de 3 906, para una tasa de 78.51 x 10⁵ habitantes, aunque los

años 1938 y 1943 también tuvieron un número elevado de casos, con 3 029 y 3 174, para una tasa de incidencia de 68.68 y 66.49 x 10⁵ habitantes, respectivamente, aunque se notificaron muchos casos por esta enfermedad en los demás años estudiados (Figura No. 22). A diferencia de lo anterior, la mortalidad tuvo su cifra más alta en 1921, con 1 233 para una tasa de 40.72 x 10⁵ habitantes. Antes de este año, ya venía aumentando la cifra de muertos en el 1918 y 1920, con 1 114 y 1 112, para una tasa de 39.92 y 37.7 x 10⁵ habitantes respectivamente. El 1924, con 1 103 y tasa de 33.66 x 10⁵ habitantes, fue el último donde se registró la mayor cantidad de fallecimientos por la fiebre tifoidea, luego de esto tuvo sus fluctuaciones para comenzar a descender paulatinamente. No se encontraron reportes estadísticos en el 1942 (Figura No. 23). El total de casos y fallecidos notificados en estos años ascendió a 48 449 y 24 712 respectivamente. Esta enfermedad se mantuvo produciendo morbilidad durante todo el período estudiado (Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.).

Cuadro No. 30. Incidencia y mortalidad anual de fiebre tifoidea en Cuba. Años 1906-1958.

Años	Incidencia	Tasa de incidencia x 10 ⁵ hab.	Fallecidos	Tasa de mortalidad x 10 ⁵ hab.
1906	-	-	264	13.27
1910	-	-	277	12.49
1911	-	-	365	15.99
1912	-	-	323	13.75
1913	-	-	379	15.68
1914	-	-	486	19.54
1915	-	-	514	20.08
1916	-	-	626	23.76
1917	-	-	800	29.5
1918	-	-	1 114	39.92
1919	-	-	839	29.22
1920	-	-	1 112	37.7
1921	-	-	1 233	40.72

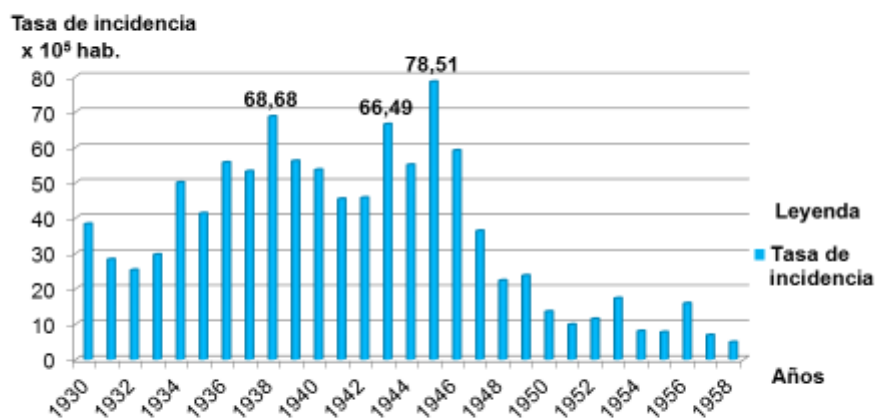
1922	-	-	1 028	33.07
1923	-	-	859	26.91
1924	-	-	1 103	33.66
1925	-	-	651	19.35
1926	-	-	719	20.82
1927	-	-	751	21.18
1928	-	-	581	15.96
1929	-	-	674	18.04
1930	1 470	38.31	407	10.61
1931	1 142	28.99	327	8.3
1932	1 014	25.28	391	9.75
1933	1 207	29.62	585	14.36
1934	2 069	50.01	615	14.87
1935	1 737	41.3	596	14.17
1936	2 379	55.67	664	15.54
1937	2 309	53.19	550	12.67
1938	3 029	68.68	690	15.64
1939	2 514	56.11	589	13.14
1940	2 441	53.62	631	13.86
1941	2 099	45.39	328	7.09
1942	2 148	45.72	-	-
1943	3 174	66.49	597	12.51
1944	2 680	55.01	551	11.31
1945	3 906	78.51	716	14.39
1946	3 001	59.07	547	10.77
1947	1 885	36.34	315	6.07
1948	1 182	22.32	237	4.47
1949	1 283	23.72	198	3.66
1950	747	13.53	82	1.48
1951	555	9.84	62	1.09
1952	659	11.44	79	1.37
1953	1 018	17.3	59	1.00
1954	481	7.99	41	0.68

1955	495	7.7	40	0.62
1956	1 037	15.85	45	0.69
1957	457	6.86	45	0.67
1958	331	4.88	27	0.4

Fuente: Departamento de Estadística. MINSAP.

Figura No. 22. Tasa de incidencia anual de fiebre tifoidea. Cuba. Años 1930 - 1958

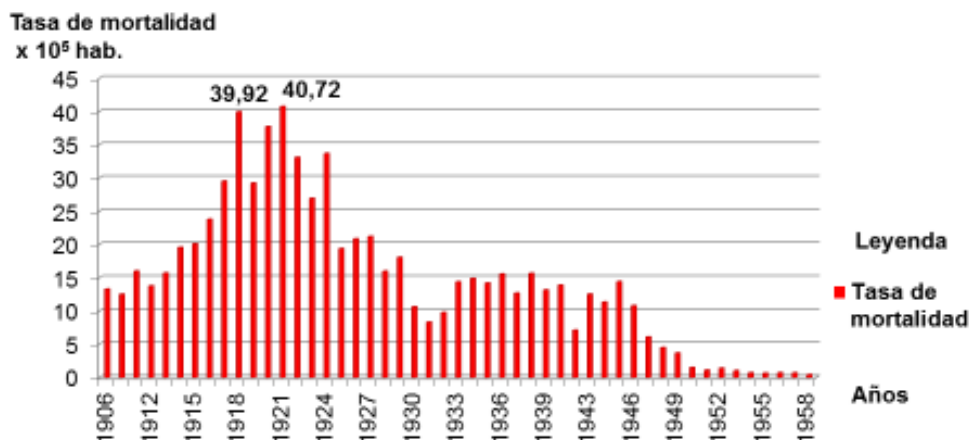
Gráfico # 15: Tasa de incidencia anual de fiebre tifoidea en Cuba. Años 1930-1958



Fuente: Tabla # 9

Figura No. 23. Tasa de mortalidad anual de fiebre tifoidea. Cuba. Años 1906 - 1958

Gráfico # 16: Tasa de mortalidad anual de fiebre tifoidea en Cuba. Años 1906-1958



Fuente: Tabla # 9

ENFRENTAMIENTO A LAS EPIDEMIAS EN CUBA 1902 – 1958

TÉTANOS NEONATAL

La lucha contra este terrible mal, productor de elevadas tasas de mortalidad infantil, se solucionó rápidamente, en unos pocos meses, con una medida que se aplicó adecuadamente en todo el país. Los partos en esos años no eran institucionales, pero existían unas profesionales expertas: las comadronas, que tenían un entrenamiento básico, algunas formadas en la Escuela de Parteras, que existía en Cuba, desde 1827. También había mujeres, que, sin tener esa formación, si tenían gran experiencia, por haber realizado muchos partos en sus barrios, o en zonas rurales, que eran quienes se hacían cargo de los alumbramientos, en los sitios donde no había comadronas.

Finlay, quién se había integrado al trabajo sanitario desde el período interventor norteamericano, al observar cuidadosamente el fenómeno, se dio cuenta que estas mujeres que atendían los partos cortaban y curaban el cordón umbilical sin usar instrumental, ni material estéril.

En 1901, se empezó a repartir un paquete aséptico, para la cura del cordón umbilical en el recién nacido, a las comadronas y a las otras personas que asistían a los partos.

Los paquetes asépticos que Finlay ideó, tenían material estéril consistente en gasas y torundas, una tijerita para el corte del cordón umbilical y pinzas. Estos paquetes, eran repartidos a las comadronas, en los locales de la Junta y Departamentos de Sanidad, que ellas cambiaban por los ya utilizados, que eran nuevamente esterilizados. Esta epidemia se solucionó con esta medida higiénico sanitaria: la cura aséptica de la herida por sección del cordón umbilical, en el recién nacido, y fue la primera enfermedad infectocontagiosa importante, que se eliminó en Cuba y para la cual se tomó una medida que fue sumamente efectiva. (Delgado G. Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1996; (81) / Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51.)

A partir de 1903, no se presentaron más casos de tétanos neonatal.

FIEBRE AMARILLA

La erradicación de la fiebre amarilla, se logró, mediante campañas contra el mosquito *Aedes aegypti*. La mortalidad, por su causa, fue llevada a cero durante el período 1902 – 1904. Aunque reapareció en 1905, con 22 defunciones, se eliminó definitivamente, bajo la dirección del doctor Finlay, a partir de 1908. (Beldarraín E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. / Martínez Fortún JA. Epidemiología, síntesis cronológica. Cuadernos de Historia de la Salud Pública. 1952;(5): 37 - 51. /Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1, 1909. Editoriales. M. Duque. P 1-408)

Gracias a la aplicación racional de las ideas del maestro, la enfermedad, fue totalmente vencida en 1908. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1, 1909. Editoriales. M. Duque. P 1-408.)

Nuevamente se implementaron las siguientes medidas:

El Departamento Nacional de Sanidad, en las poblaciones que estaban infectadas por fiebre amarilla, distribuyó gratuitamente tela metálica, maderas y llaves de paso, a fin de facilitar a los pobres el que cubrieran adecuadamente sus depósitos de agua.

Medidas para evitar los criaderos de mosquitos: (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408)

- Drenaje apropiado, relleno de las depresiones del terreno con sustancia mineral, lo que ayudaba a su más rápida desecación.

- En los lugares donde no existía acueducto, se orientó, a mantener el agua almacenada en tanques metálicos, barriles o pipotes, con el requisito indispensable de tener una cubierta de madera o tela metálica, con bordes bien ajustados, con una llave de salida en su parte inferior.

Destrucción de Larvas:

- En lugares donde no se pudo rellenar, se extendió una capa de petróleo crudo por sobre la superficie de los charcos y lagunatos.

- Frecuente petrolización en las costas o donde hay fuertes vientos, ya que los vientos barren la capa de petróleo. En depósitos de más 100 m², se vertió petróleo por regaderas, para que cayera en pequeñas gotas que tienden a confluir.

- Introducción de pececillos de diferentes variedades (guajacones, peces de colores) en el agua de consumo, los cuales devoraban las larvas de insectos y no permitían que se convierta su medio ambiente en criadero de mosquitos.

- Campaña de saneamiento y limpieza, renovando las llaves de agua gastadas en algunos casos, evitando la acumulación de basuras en solares yermos, así como latas, botellas, vasos rotos, que pudieran mantener pequeñas cantidades de agua en su interior.

Destrucción de mosquitos infectados:

- Destrucción de mosquitos que se presumen infectados, tan pronto se tiene conocimiento de un caso de fiebre amarilla, es como único se consigue evitar que se alejen los mosquitos del foco de infección.

- El Método más eficaz es la fumigación, en dos tiempos: primero es la preparación del edificio y segundo la fumigación propiamente dicha.

Preparación Edificio: cerrar todas las puertas y ventanas, dejando solo la puerta de entrada y salida de los trabajadores. Cubrir los portales con lona, pegar papel en todas las hendiduras. Se introducen los aparatos necesarios de fumigación. Se abren todas las gavetas, escaparates, baúles, se van encendiendo los fumigadores, yendo el operario en dirección a la puerta de salida. Sellada esta, se inicia la fumigación. Se colocan en diferentes sitios jaulas con mosquitos testigos, para indicar la eficacia de la fumigación. Si son bohíos,

barracones de madera, paredes y techos mal ajustados, se hace necesario cubrir completamente con lona.

Fumigación: con sustancias como piretro, piretro mezclado con azufre, azufre, permanganato de potasa, ácido clorhídrico, culícida de MIM o camphophenique.

Un grupo importante de médicos cubanos se destacaron en la lucha contra la fiebre amarilla y las demás enfermedades infecto contagiosas que se presentaron en el país, desde la Junta Nacional de Sanidad y Beneficencia, estos galenos conformaron un grupo que luchó contra las epidemias de forma integral: en su prevención, en su tratamiento y en la disminución de las secuelas que pudieran ocasionar. Formaron a su vez una Escuela de pensamiento y acción en el aspecto sanitario.

VIRUELA

Para luchar contra esta enfermedad, se decidió hacer una estrategia masiva de vacunación en la población.

Un ejemplo fue la **Vacunación de Urgencia**. Servicio practicado con motivo de la existencia de un caso de viruelas importado en diciembre de 1909 (**Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año I 1909. Editoriales** M. Duque. P 1-408 ¿).

Se dispuso que este servicio fuese practicado con toda urgencia, a causa del caso de viruelas importado. Se comenzó simultáneamente en las cinco zonas que se decidió tenían riesgo de contaminación:

- 1- Vecindad del Hospital Las Animas.
- 2- Inmediaciones de la Quinta Covadonga.
- 3- Alrededores del No. 60 de la calle Cuba.
- 4- Vecindad de Aguiar No. 29.
- 5- Litoral de los Muelles, de Sol a Jesús María, cuya distribución, abarcando en conjunto un radio notablemente extenso de la población, debía cubrirse con 14 vacunadores que se asignaron.

En la tarde del viernes 19 de diciembre, se dio la orden para la organización y en la mañana siguiente por el día, comenzó a realizarse la vacunación a domicilio, excepto en el litoral de los muelles, en que se indicó expresamente se atendiera solo a las posadas, fondas, cafés, restaurantes y casas de vecindad.

En 10 días hábiles, quedó complementado el servicio, fue terminada el 6 de enero. El número total de vacunados fue de 7 765 personas, de ellos por primera vez 680 y 6 885 revacunados.

Lo que resultó una media 776 vacunados por día, 55 por vacunador.

Encontrándose el enfermo en hospital Las Ánimas, se consideró urgente adelantar el trabajo a esta zona, por lo que fue necesario traer médicos de las inmediaciones, de la Quinta Covadonga, única que podía suministrarlos sin paralizar del todo su vacunación.

Terminada la vacunación en las zonas seleccionadas, se decidió por la Dirección de Sanidad, continuar el servicio, en la parte de la ciudad comprendida desde el litoral de los muelles hasta la calle Aguiar, límite Oeste y como límite Norte y Sur, las calles de Peña Pobre y Desamparados, ejecutando la vacunación vivienda por vivienda, se incluyeron a los empleados de los establecimientos de comercio, oficinas, la totalidad de edificios públicos de la Administración.

Fuera de la zona, se vacunó a todo el personal de los precintos de Policía, así como de los Colegios Públicos y la mayoría de los particulares.

En esta segunda etapa del servicio, ha podido cumplimentarse la vacunación en 27 días, obteniendo un grupo de 806 vacunados, 17 250 revacunados, que unidos a las cifras anteriores ofrecen un total general 25 821 individuos con 14 vacunadores. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408)

Cuadro No. 31. Vacunación de urgencia. Dosis de vacunas aplicadas. La Habana. Diciembre 1909 – enero 1910

Zonas	Vacunados	Tiempo empleado (días)
Covadonga	3 249	9

Las Ánimas	971	5
Muelles	1 628	10
Cuba 60	952	10
Aguiar	29 965	10

Fuente: Bol San y Benf., 1910

Cuadro No.32. Vacunaciones efectuadas por año. Cuba. 1908-1909 y 1922- 1923.

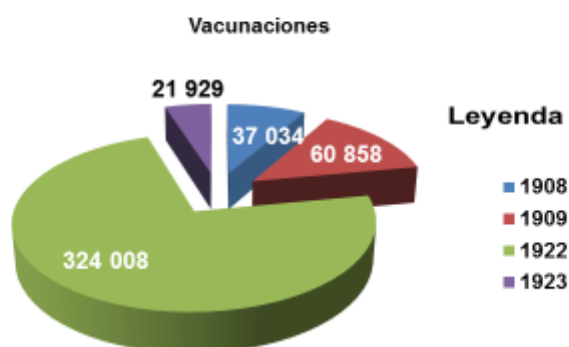
Año	Vacunaciones
1908	37 034
1909	60 858
1922	324 008
1923	21 929
Total	443 829

Fuente: Boletines de Sanidad y Beneficencia 1909, 1910, 1923 y 1924.

Se efectuaron en estos años, un total general de 443 829 vacunaciones. A partir de 1908 fue aumentando el número de inmunizaciones, hasta lograr la mayor cantidad en 1922, con 324 008 dosis aplicadas, lo que coincide con las intensas labores de los higienistas de la época por acabar con esta epidemia en nuestro país. En 1923, disminuyó esta cifra en concordancia con la erradicación de esta enfermedad en nuestro territorio (Figura No. 24). (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408/ Boletín Sanidad y Beneficencia No. 27, 1922 / BOLETÍN SANIDAD Y BENEFICENCIA NO. 28, 1923)

Figura No. 24. Vacunaciones efectuadas por años seleccionados. Cuba, 1908- 1909 y 1922 - 1923.

Gráfico # 12: Vacunaciones efectuadas por año. Cuba. 1908-1909 y 1922- 1923



Fuente: Tabla # 7

Contra la viruela se tomaron enérgicas medidas, a partir de 1915, entre ellas: (BOL SAN Y BEN 18 TOMO XVIII JULIO – DIC 1917.)

- 1- El 18 de enero de 1915, el doctor Guiteras envió a Santi Spíritus al Comisionado Especial, doctor Enrique Villuendas, para hacerse cargo de la campaña contra la viruela, debido a un caso presentado en la región. Se enviaron 200 ampollitas de vacunas.
- 2- Desde Santi Spíritus, el 19 de enero de 1915, se le informó al Director de Sanidad, que el doctor Cancio, Jefe Local de Sanidad, con los doctores Santiesteban y López, vacunaron en Guayos, hasta el día 18; 1 100 personas. A partir del día 20, continuarían las vacunaciones, hasta agotar la población de 2 500 personas. Las ropas y enseres del enfermo Guerra, fueron desinfectadas y quemadas. La casa almacén donde estuvo el enfermo, fue desinfectada, se realizó lavado con solución fuerte de bicloruro, fumigación con azufre, permanganato y formol. La ambulancia de traslado del enfermo a Santi Spíritus, fue desinfectada y pintada. Las personas que estuvieron al cuidado del enfermo en Guayos, fueron vacunadas y vigiladas. El caso fue confirmado en el hospital, diagnosticado como viruela confluyente grave. Se orientó aislamiento absoluto y desinfección intensa. Se organizó vacunación general en Santi Spíritus, sistematizada con médicos.

- 3- Desde Santi Spíritus, el 21 de enero de 1915, el doctor Villuendas, le envió una nota al Director de Sanidad, diciendo que el día anterior, se reunió en Cabaiguán, con el doctor Benjamín Cancio, Jefe Local de Sanidad, para organizar una vacunación extensa, la población es aproximadamente de 4 000 habitantes. Los doctores Cancio, Fortún y Entralgo, realizaran la vacunación y revacunación general en dicho poblado, dividiéndolo en tres zonas a cargo de cada uno, casa por casa, inoculando tres horas diarias, vacunando cada uno 200 personas semanales, separando la estadística de los vacunados y los revacunados. En Zaza del Medio, poblado de 1 500 habitantes, los doctores Garriga y Hernández, se disponen de igual forma y método.
- 4- En Guayos, continúan los doctores Santiesteban y López la vacunación espontánea acertada, desde el día 15, continuarán hasta agotar la población de 2 500 personas. En 4 días, del 15 – 18, vacunaron 100 personas. Si alguno de los vacunados ha contraído la infección, la vacuna modificará favorablemente la viruela, a una forma más leve.
- 5- El enfermo Guerra, falleció el 20 de enero, se realizaron medidas antisépticas al cadáver y el ataúd fue forrado en el interior de zinc. Se realizó desinfección y fumigación al hospital, cremación de las ropas y almohadas.
- 6- Se orientó, organizar la vacunación general en Santi Spíritus, dividir la población en zonas, a cargo de un médico y vacunar casa a casa, lo cual no fue aceptado y se acordó que todos los médicos de la localidad realizaran vacunación en sus gabinetes.
- 7- El Jefe Local de Sanidad emitió una nota de prensa, en la que decía: en el Hospital Civil y la Junta Local de Sanidad habrá vacunación continuamente. Si en 10 días no se vacuna un número importante, el Jefe Local de Sanidad propondrá el nombramiento de tres vacunadores oficiales, con el plan en vigor en La Habana y se realizará en Guayos, Cabaiguán y Zaza.
- 8- En una segunda nota, desde Santi Spíritus, el 20 enero de 1915, informaba, que se tomaban precauciones sanitarias de desinfección. En el Hospital Civil, los médicos estaban cubiertos con batas largas, que cierran en el cuello y en los puños de las mangas, que eran desinfectadas. Al entrar en la antesala de aislamiento, se

cambian de calzado, poniéndose uno de lienzo dispuesto expresamente, se lavan ampliamente las manos con solución fuerte de bicloruro, asistido por un solo enfermero, el cual es inmune a la viruela. Al salir de la visita, se lava nuevamente. El enfermero asistente del enfermo no sale en ningún momento del Departamento. Cada vez que toca al enfermo, se lava las manos con bicloruro. No entra al departamento persona alguna.

9- El 22 de enero se declaraba preparado el pabellón de aislamiento del Hospital, para asistir a nuevos casos de viruela, si se presentaran. (BOL SAN Y BEN 18 TOMO XVIII JULIO – DIC 1917.)

10- El Centro General de la Vacuna, envió una nota al Director de Sanidad, el 9 junio de 1919, donde refería que, a la Isla había llegado un solo caso de viruelas, el 16 de marzo, en el buque inglés “Moorgate”, surto en Puerto Padre, procedente de Nápoles, con un tripulante afectado de viruela. El buque se puso a disposición del departamento de Cuarentenas, fue enviado a Mariel, donde dejó al varioloso y fue fumigado convenientemente. (BOLETIN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA TOMO XXII, AÑO 11; JULIO – DICIEMBRE 1919)

11- En enero de 1917, se hizo el aislamiento de los pacientes llegados en el vapor Montevideo, en el Hospital “Las Ánimas”. (BOLETIN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA TOMO XXII, AÑO 11; JULIO – DICIEMBRE 1919)

12- El 7 de noviembre de 1917, se presentó otro caso, en la fonda “La Perla”, en San Pedro No. 6, es un español, pasajero del vapor “Alfonso XIII”, que llegó a La Habana el 1º noviembre. Trasladado el enfermo al Hospital “Las Ánimas” y se efectuó vacunación a todos los alojados en la fonda y fue vacunado también todo el vecindario en cuatro manzanas completas alrededores. (BOLETIN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA TOMO XXII, AÑO 11; JULIO – DICIEMBRE 1919)

13- Se realizaron vacunaciones y revacunaciones en estos años desde 1915 a 1919. (BOLETIN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA TOMO XXII, AÑO 11; JULIO – DICIEMBRE 1919)

14- El Centro General de la Vacuna, envió una nota al Director de Sanidad, el 9 junio de 1919, que refería que en Cuba tenemos vacunación obligatoria, pero que la Ley

no se cumple. En Cuba, la viruela no es endémica, gracias al buen servicio de la Secretaría de Sanidad, cuyo Departamento de Cuarentenas cumple siempre su deber. (BOLETIN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA TOMO XXII, AÑO 11; JULIO – DICIEMBRE 1919)

Hay documentados, en 1920, en Cuba, la existencia de 2 150 casos de viruela, con 36 defunciones. (Boletín de Sanidad y Beneficencia Vol. 26, 1921)

El 5 de agosto de 1921, se emitió un Informe del Centro General de la Vacuna, dirigido al Secretario de Sanidad, que presentaba la estadística de las primeras vacunaciones realizadas por el Centro, en el período de 40 días, comprendidos del 17 de junio, en que se comenzaron las inoculaciones con la vacuna preparada, hasta el 26 de julio, por las cifras, se comprueba la bondad de la vacuna, el éxito alcanzado fue del 94 %.

En esa ocasión, los niños vacunados fueron 32; 15 con éxito, 5 negativos y 12 se ignora el resultado.

La vacuna después de preparada y comprobada, daba un conteo de bacterias tan solo de 640 por cm³ y estos banales, haciéndolos sembrar en agar, en placas de Petri en caldo lactosado.

La virulencia del preparado vacunal, la prueba más sólida es el vacunado, pues la vacuna prende con eficacia.

La vacuna que posee la Secretaria de Sanidad y Beneficencia, conservada, por medio de transmisiones reguladas en terneras, en lugar ajeno al centro, es, a no dudarlo de buena calidad y virulencia. Las terneras inoculadas han prestado siempre los caracteres de una vacuna verdadera y de potencial virulencia, sin tener que lamentar la infección de una sola ternera y como consecuencia lógica la supuración de sus pústulas.

Se realizaron 64 vacunaciones en el reparto Juanelo. Hecha la comprobación el día 2 de julio, se examinaron 52 niños de los vacunados con éxito completo, sin infección de ningún género, presentando las vacunas los caracteres típicos de las mismas y una gran virulencia.

Cuadro No. 33. Vacunaciones efectuadas por el Centro General de la Vacuna, desde el 17 de junio al 26 de julio y en el Reparto Juanelo el 23 de julio.

	Con éxito	Sin éxito	Se ignora	Total
Vacunados	85	3	12	102
Revacunados	-	-	-	3

En 1922, el Jefe del Servicio de Vacuna emitió orientaciones sobre la conducta a seguir por los Jefes Locales de Sanidad: **(Boletín Sanidad y Beneficencia No. 27, 1922)**

“Se ha comprobado que las epidemias de esta enfermedad no revisten siempre la misma virulencia. La epidemia actual, tiene un carácter bien marcado de benignidad, y aun cuando se han observado pequeñas exaltaciones de virulencia en ciertas localidades de la isla, lo cierto es, que predominan los casos ligeros, lo que constituye un inconveniente para combatirla y un peligro por su fácil diseminación y contagio”.

“Hecho el diagnóstico de viruela benigna, se procede igual que con los graves: indagar donde pudo ser contagiado. Tener presente el período de incubación, 14 días aproximadamente, averiguar dónde se encontraba en esa fecha”.

“Descubrimos así un foco anterior oculto, casi siempre en la misma localidad y se puede llevar a cabo la correspondiente acción sanitaria”.

“Si la infección procede de otro término, se toma razón detallada del lugar, casa, y persona, dirigir telegráficamente los datos al Jefe Local correspondiente”.

“Todo caso de viruela constituye un foco de infección y es un peligro por su fácil propagación. El contagio casi siempre es por contacto directo del enfermo o de sus ropas de uso. Dos recursos para evitarlos son: el aislamiento y la vacunación”.

“El aislamiento en una sala de hospital si existe en la localidad o en un lugar adecuado, que se improvise a modo de lazareto, bastando que no tenga contacto con las casas vecinas”.

“Establecer en ese local una vigilancia conveniente y que no entre ni salga persona alguna que no esté inmunizada. No se permitirá sacar ropas usadas por el paciente, deben antes ser desinfectadas y hervidas”.

“Puede aislarse en la casa del enfermo, si no hay posibilidades de hacerlo en un lazareto, colocando en la puerta un cartel y bandera, se procede a denunciar el peligro de contagio”.

“La vacunación debe ser dirigida por el Jefe Local de Sanidad. Primero debe hacerse un censo completo de los habitantes de la casa infectada y de las personas que se hayan puesto en contacto con enfermos, con sus direcciones, desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico, de modo que no escape nadie a la vacunación inmediata, que debe comprender a los residentes, ausentes y posibles contactos”.

“A estas personas contactos, debe practicarse cuatro inoculaciones vacunales y vigilar que no se quiten el virus inoculado”.

“El aislamiento, vacunación y revacunación debe hacerse lo más completo y general posible, comenzando por las casas inmediatas al foco y extenderla irradiándose de él, de casa en casa, de manzana en manzana, hasta inmunizar a todos los habitantes de una gran demarcación”.

“Deben tomar nota de los ausentes en el momento de la llegada del vacunador, para ser citados por el Jefe Local y orientar que acudan a vacunarse a un lugar señalado y dentro del plazo de tres días (de carácter obligatorio, Artículo 285 de las Ordenanzas Sanitarias), si no acude, dar cuenta al Juez Correccional, se procede a la celebración del juicio correspondiente, en cuyo acto deberá ser vacunado”.

“No todas las inoculaciones tienen éxito, a los 8 a 10 días debe revisarse, para repetir la vacunación en casos que no se obtengan resultados positivos”.

“Tener el plano de la población para facilitar la campaña, para determinar con claridad el trabajo que se va haciendo”.

“Para tener éxito de la vacunación general el Jefe Local necesita el concurso de los médicos, autoridades y de la prensa”.

“La epidemia actual no ha podido aún ser dominada por dos factores: la clase de vida que hacen nuestros trabajadores agrícolas, que requiere muchos hombres para el cultivo, corte

y tiro de caña, conviviendo durante el descanso todos juntos y en gran número bajo el mismo techo y por la naturaleza benigna de la enfermedad, que hace que muchos deambulen ya infectados de una finca a otra. Por lo tanto, al hacer la viruela la aparición en el término municipal, el Jefe Local debe prestar preferente atención, para que en los ingenios se cumpla la Circular dictada por la Dirección de Sanidad, que dispone llevar a cabo en ellos una vacunación general”.

“En los términos municipales de gran extensión y a fin de llevar a cabo lo más rápidamente posible esta vacunación, se han designado vacunadores auxiliares, no médicos, pagados, con fondos propios de la Jefatura Local o con cargo al Fondo de Epidemias”.

“La vacunación consiste en la inoculación que se hace a un individuo, que no ha sido nunca vacunado con éxito, y que, si no tiene resultado, se llamará siempre vacunación, aun cuando se repita varias veces y la revacunación, es la inoculación que se hace al que ya tiene marcas, por antiguas que sean, de una vacuna anterior con éxito o que ha sufrido alguna vez en su vida de viruelas”.

“Una vacunación o revacunación con éxito confiere inmunidad para la viruela por un período de tiempo que no podemos precisar, pero por lo menos dura cinco años”.

“En la oficina de la Jefatura Local de Sanidad debe llevarse un libro del registro de las vacunaciones”.

“Cuando ocurre un caso de viruela en su demarcación, el Jefe Local de Sanidad dará cuenta por telégrafo, a la Dirección de Sanidad y todos los días participará el movimiento ocurrido en los casos de ésta enfermedad”.

“Mensualmente, rendirá informe numérico del número de operaciones de vacunación practicadas, conforme el Modelo No. 305”.

“El Jefe Local, debe ordenar la prohibición de barrer la habitación del enfermo, ésta se limpiará con un paño mojado en solución desinfectante. Solución de bicloruro al 1 por 1 000, se usará para lavar las manos de los asistentes del enfermo, esterilizar la ropa, orinales y otros objetos, sin que haya necesidad de destruir por fuego, nada más que las colchonetas y almohadas usadas por el paciente”.

“Evitar posibles infecciones secundarias de la piel, baños generales templados con solución sublimada al 1 por 12 000, diariamente, desde la aparición de las pústulas hasta su curación completa”.

“La curación, participada por el médico de asistencia, no constituye el Alta Sanitaria, no debe darse mientras existan elementos desecados del exantema, que tardan muchos días en caer de las extremidades inferiores”.

“Una vez el Alta Sanitaria, se desinfectará el local (con vapores de formaldehído o azufre), lavado de pisos y paredes, o blanqueo de éstas”.

“Esta epidemia ha puesto en evidencia que, los Jefes Locales, habían descuidado el servicio de vacunación. Se comprobó que donde la epidemia se propagó con carácter alarmante, la vacunación no se realizaba desde hacía mucho tiempo. Permaneciendo indemne en otros términos municipales muy próximos donde el servicio no había sido desatendido”.

Con estas medidas sanitarias se logró eliminar la viruela de Cuba, pero la medida fundamental fue la vacunación, que requirió de un esfuerzo extraordinario, para ello fue necesario la organización del Centro de la Vacuna, para la producción de la misma y su distribución, así como la formación y entrenamiento de miles de vacunadores en todos estos años. Después de 1923, no se presentaron más casos en el territorio nacional de esta enfermedad.

PESTE BUBÓNICA

Las medidas tomadas en la época, por la Secretaría de Sanidad y Beneficencia fueron las siguientes: **(BOLETÍN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA. VOLUMEN 7, 1912)**

- Ingreso oportuno de los que enferman en hospitales.
- La vigilancia y observación de casos que pudieran ser sospechosos.
- Examen a ratas encontradas para diagnosticar su infección.
- Observación médica de los que residían en la zona infectada.
- Recogida de ratas en la zona señalada, para su revisión, enviadas al Hospital "Las Animas".
- El examen directo y cultivos del líquido de los bubones para demostrar la existencia del bacilo de la peste.

- La Dirección de Sanidad, dispuso para cumplir que todos los médicos de la localidad, dieran cuenta inmediatamente a esa jefatura, de cualquier caso sospechoso peste bubónica, tomando previamente cuantas medidas fueran necesarias para el aislamiento del enfermo, hasta que se diagnosticara de manera precisa la enfermedad que padecía.

Plan de desinfección, saneamiento y desratización de la zona demarcada que se diseñó y ejecutó:

- 1- Si hay existencia de caso de peste bubónica, se procederá al examen del enfermo y si se considera sospechoso, el enfermo es trasladado al Hospital "Las Animas " para aislamiento.
- 2- La casa ocupada, o visitadas por un enfermo, serían, en el acto, desinfectadas, fumigándose aquellos departamentos que se consideren necesarios, inundar la casa con fuertes soluciones de kresol o de cloro- naftaleno, para matar pulgas, regar techos, paredes y pisos. La propia brigada daría una lechada en la casa, con solución de cloruro de cal y kresol, y tapiar con arena, vidrio picado y cemento las cuevas de ratas. El Jefe de la desinfección, autorizado por el Jefe Local de Sanidad de La Habana, procedería a tomar las medidas de saneamiento que las casas demanden, tales como retirar pisos de madera, caballerizas, barbacoas, etc., que la casa quedara en perfectas condiciones de higiene.

En la casa infectada y en un espacio no menor de 12 días, continuaría la brigada el baldeo diario de los pisos, techos y paredes, para tener la seguridad de que no existieran pulgas.

Las dos casas vecinas a la infectada, serían tratadas con el mismo rigor, en lo que respecta al baldeo y medidas sanitarias, las casas de la manzana, serían todas baldeadas, saneadas e higienizadas por las brigadas de desinfección una sola vez, diariamente uno de los empleados de desinfección, obligaría en su presencia, que se hiciera todos los días, el baldeo completo y total de las casas comprendidas en ese block.

Las casas situadas enfrente y las aceras serían inundadas también con la solución desinfectante y regada las calles con la misma.

Se procedió al saneamiento completo de las calles de San Pedro, Oficios, Mercaderes, Inquisidor, San Ignacio y Cuba, así como de las calles colindantes y situadas de Este a Oeste, en el radio comprendido de la calle de Cuba, al mar, procediendo la brigada no solo a la limpieza y baldeo completo de todas las casas existentes en ese distrito, sino también a tomar las medidas antes expuestas para que cada casa estuviere en las condiciones de higiene apropiadas.

Se extendieron las tareas a tabiques, barbacoas, etc., que pudieran constituir focos de ratas o pulgas y en los establecimientos se acondicionaron las mercancías en forma tal de no favorecer la cría de roedores.

3- El Jefe de Servicio, haría exterminio de ratas en la casa infectada, procediendo a colocar una guardia permanente, con trampas y venenos. Durante 12 días se mantendría esa guardia permanente en la casa infectada, en la manzana, así como en la de enfrente, se colocarían también trampas por 12 días. Las ratas muertas, se cubrían con petróleo, se acondicionaban de manera apropiada y eran remitidas al laboratorio de estudios de investigaciones científicas, para su clasificación y examen.

Los muelles, los edificios situados en el litoral, los barrios de Casa Blanca y Regla, las lanchas y embarcaciones menores, la salida de cloacas y sus tragantes, fueron objeto de especial atención por parte de ese servicio.

Se desratizaron los Hospitales, Casas de Salud, Clínicas, Enfermerías y Servicios Públicos.

Para mejor organización de estos servicios, el Jefe del mismo, dividiría la zona de la Habana antes indicada en distritos.

4- Por los Inspectores Médicos de la Jefatura local de Sanidad, se continuaría la inspección sanitaria de las partes de la Habana que considerare oportuno.

5- Reforzado la desratización de la ciudad.

- Las basuras serán depositadas en envases cerrados, en los que se verterá cierta cantidad de cal, la primera en el fondo del depósito.
- Se recomendaría en mercados, mataderos, fruterías, casillas de carne, que todos los desperdicios fueran recogidos en depósitos cerrados, no permitiendo que permanecieran regados por el piso.

- Que las cuadrillas de obreros con un albañil, se dedicaran al saneamiento de todas las casas, comenzando en los barrios comerciales, dándole preferencia a la limpieza de las caballerizas, sustituir si es posible los pisos de madera por cemento.
- En los casos que fueran declarados sospechosos, se desalojará la vivienda, haciéndose una desinfección completa de todo el edificio, tapando previamente todos los agujeros de ratas.
- Recomendó el uso de sustancias para la destrucción de ratas.
- Destrucción por medio de trampas o veneno de ratas, y tapar las cuevas.
- Remover los pisos de madera, materiales en depósitos y escombros de los patios, acarreándolos a lugares fuera de la población, empapados en una solución de cloro- naftaleno, Kresol, Creolina y quemando el material cambiante o inservible.
- Baldear diariamente los pisos de los almacenes, carros de pasajeros y de mercancías con solución fuerte.
- En los pisos de tierra, chapeo de hierbas, nivelación del terreno y relleno de cuevas y agujeros del suelo, previa desinsectación, diariamente.

Medidas tomadas para garantizar la carga de mercancías, de la Habana a otras localidades de la República, que no sean portadoras de la afección:

- 1- Toda mercancía, que se trasladó al interior por ferrocarril, fue depositada en la Estación Terminal Central, construida a prueba de ratas, suprimiéndose el embarque por cualquier otra estación.
- 2- Se habilitó para el comercio de cabotaje, uno de los nuevos espigones de Paula, construido a prueba de ratas.
- 3- Las mercancías que se dirigieron al extranjero, tuvieron que ser depositadas en otro de los espigones de Paula, de hierro y cemento.
- 4- El tercer espigón de Paula, se dedicó para la ampliación de la mercancía importada.
- 5- Las Empresas de Ferrocarriles de la Habana Central, así como los encargados de los muelles de Paula, quedaron obligados a ejecutar trabajos de desratización en sus edificios y baldeo diario, cuantas veces fuera preciso, de los pisos de las estaciones y carros de ferrocarril, con solución concentrada de Kresol o cloro - naftaleno o petróleo para destruir pulgas, tanto en los de carga como pasajeros.

- 6- El Director Sanidad, designó inspectores médicos, encargados de exigir exacto cumplimiento, indicando todas las tardes enviar un escrito a la dirección donde certificaran que han sido cumplidas las anteriores disposiciones; que la carga embarcada se encontraba en buenas condiciones y embaces debidamente protegidos contra ratas. (BOLETÍN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA. VOLUMEN 7, 1912)

Estas medidas fueron todas llevadas a la práctica y supervisadas por el Departamento de Sanidad, al frente del cual estaba el doctor Guiteras. Después del año 1915, no se presentó más la peste bubónica en Cuba.

PALUDISMO

Las autoridades sanitarias dictaron algunas medidas para iniciar una campaña contra el paludismo, entre los años 1917 - 1918: (BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919)

En diciembre de 1917:

La Secretaría de Sanidad y Beneficencia organizó un plan por el cual se buscó a los atacados, se les condujo primero a locales protegidos de mosquitos y luego a los hospitales donde serán aislados y asistidos hasta su total curación.

Se proveyó de un pase libre a los Inspectores sanitarios que condujeran contingentes de enfermos, con identificación adecuada y pasaje gratis para los enfermos, cada uno de los cuales era remitido por el Jefe Local de Sanidad, quién firmo un vale de pasaje y un conduce, que llevaba el inspector.

Se hicieron gestiones ante los Centros y Sociedades Regionales españolas, para obtener su cooperación en la campaña antipalúdica. El Secretario de Sanidad y Beneficencia, emitió una circular, donde les pedía que ayudaran a la campaña con sus socios:

- Estableciendo en las comarcas seleccionadas hospitales temporales o clínicas en las localidades que se designen de acuerdo con los funcionarios de sanidad.
- O bien constituyendo en las citadas localidades delegaciones, a las cuales se entregue por los funcionarios de sanidad, los enfermos palúdicos, cuyo diagnóstico se haya comprobado, para que ella se haga cargo de los referidos

enfermos, que sean socios de las Sociedades Regionales y los conduzcan con las precauciones debidas, a las Quintas y Clínicas de La Habana.

- Y que el jefe Local de Sanidad, que diagnostica casos los remita al Facultativo de la Delegación del Centro, que le expedirá una certificación de diagnóstico, avalado por el Presidente de la Delegación y se enviará a la Quinta que corresponda en La Habana.

Esta providencia, se firmó en La Habana, el 14 diciembre 1917.

Se realizaron gestiones con las compañías de Ferrocarriles para conseguir que acondicionen vagones para el transporte de palúdicos en número suficiente, para que cada convoy ferroviario, llevara un carro preparado en la forma conveniente y que el proceso de traslado, fuera lo más módico posible.

Los Centros asociados para esta labor, tendrían para cada localidad donde exista Jefatura Local de Sanidad o Distrito Sanitario Oficial, un solo Delegado que representaría a todos los Centros asociados y con el cuál se entendería directamente el Jefe local de Sanidad.

A este único delegado se entregaría por el Jefe Local de Sanidad todo enfermo en el cual se comprobó en el Laboratorio Oficial, el diagnóstico positivo de paludismo, que declaró ser socio de cualquiera de los centros.

El diagnóstico oficial de palúdico positivo no pudo ser discutido por nadie, sino aceptado en absoluto tanto por el Delegado de los Centros Asociados y por los médicos del Servicio de los centros.

El Delegado de los Centros Asociados, recibiría sin demora ni dificultad al enfermo entregado por el Jefe Local de sanidad y desde ese momento era el responsable del enfermo y quedaba a su cargo el cuidado, la manutención y la asistencia del enfermo y su conducción por ferrocarril al lugar donde decidan los Centros Asociados.

El traslado por ferrocarril de los enfermos de los centros, a las clínicas de La Habana, solo se realizó de la región de Ciego de Ávila, Morón y de Camagüey, pero en las localidades donde cualquiera de los Centros tuvo establecido un hospital o clínica, como fueron muchas en Oriente, los enfermos eran conducidos a esos establecimientos que se acondicionaron para poder aislar con capacidad suficiente y se tomaron todas las medidas

adecuadas con los enfermos. De modo general se prepararían salas para tener de 40-50 enfermos.

En una disposición del 28 enero de 1918, la Secretaría de Sanidad, orientó:

A) Los Jefes Locales de Sanidad y los inspectores de sanidad, Jefes de Distritos Sanitarios en las provincias de Oriente y Camagüey, atendiéndose al Decreto Presidencial No. 2004 de fecha 4 de diciembre, recluirán los enfermos de paludismo o sospechosos de serlo que no tengan residencia fija, o que no tengan recursos propios para asistirse con todas las precauciones sanitarias pertinentes, en los hospitales, aún contra su voluntad y requiriendo en caso necesario el auxilio de la Fuerza Pública, bien la policía municipal, bien el ejército, y esos individuos recluidos, si se comprueba son casos de paludismo, serán mantenidos en reclusión en los hospitales donde se les remita para su asistencia hasta que se compruebe su curación completa.

Aquellos enfermos que queden en su domicilio serán vigilados y si se advierte que no observan las prescripciones, serán trasladados a los hospitales al igual que los anteriores.

B) Los enfermos palúdicos socios de sociedades regionales, serán recluidos y trasladados al igual que los anteriores, pero los Jefes de Sanidad o Inspectores médicos Jefes de los Distritos, guardarán en su poder el recibo de la Asociación y harán al finalizar cada mes una relación certificada de los enfermos palúdicos socios que hayan recogido y enviados a los hospitales y a los que hayan provisto de vales de pasaje por ferrocarril.

C) Por la Secretaría de Sanidad se cobrará todos los meses, de los referidos Centros el importe de los pasajes y los días de asistencia en el hospital donde hayan estado recogidos hasta su curación.

D) Los Directores de los hospitales, donde se hayan recluido pacientes socios de los Centros, harán una relación mensual, certificada, que remitirán a la Secretaría de Sanidad, de los enfermos a los que se alude y de las estancias en el hospital, con los precios de la dieta que abonen los pensionistas.

E) En localidades de Camagüey y Oriente donde el Centro a que pertenezca el enfermo tenga clínica, los Jefes de Sanidad o Inspectores Jefes de Distritos remitirán el enfermo a la referida clínica y en caso de no aceptarlo, exigirá del director que declare las razones y se remitirá esta con un informe de su juicio sobre el caso, a la Secretaría de Sanidad.

Los enfermos palúdicos asistidos de los centros u otros establecimientos, no podrán salir de ellos hasta que el Jefe Local de Sanidad o Inspector Jefe Distritos, en vista de los exámenes de sangre, dé el alta. (BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919)

Se prepararon y adaptaron hospitales para la campaña antipalúdica: Hospital de Santa Clara, con 50 camas, Hospital de Santi Spíritus, 200 camas; Hospital de Camagüey, 80 camas; Hospital de Manzanillo, 160 camas, se destinaron grandes sumas de dinero para cada hospital.

Se creó en la región de Manatí un Subdistrito sanitario para la campaña contra el paludismo, con independencia de la Jefatura Local de las Tunas. Se nombró como inspector médico auxiliar temporero al doctor Raúl Fons Sterling. El 8 de febrero, se creó el Subdistrito sanitario de Chaparra.

Se destinó un crédito de \$ 100 000.00, concedido por el Jefe Superior Sanidad y Beneficencia, del fondo de epidemias, para el trabajo sanitario contra el paludismo. Que consistió en gastos directos para la campaña, incluido todo material adquirido de caballos y monturas para los inspectores de las zonas, preparación de locales, reparaciones urgentes de salas de hospitales, instalación de oficinas y material en ellas, establecimiento con todo el material necesario para los hospitales, grandes cantidades de quinina, propaganda impresa y varios folletos publicados.

La zona que se consideró palúdica en el país, se dividió en *Distritos sanitarios*, para así poder controlar mejor la situación de la enfermedad.

Se establecieron acciones y se supervisaron distintas zonas del país:

Distrito No. 1- Santiago de Cuba, Caney y zona marítima del sur.

En el mismo se creó un laboratorio, a cargo del doctor Portuondo. En el hospital general de Santiago, se prepararon salas destinadas a los palúdicos, y se trasladaron algunos de estos enfermos a La Habana.

Distrito No. 2 – San Luis, Songo y Palma Soriano.

La cuadrilla de obreros sanitarios realizó la labor de saneamiento de la población y en determinados lugares de campo. Existió una distribución eficaz de quinina. Funcionaba un hospital auxiliar establecido en donde llegaban los enfermos y sospechosos, se les tomaba muestra de sangre que era remitida con toda prontitud al Laboratorio de Santiago, al recibir respuesta, si el caso era positivo, se remitía al hospital general de Santiago para su asistencia definitiva, pero inyectándole quinina desde que el diagnóstico era comprobado.

Faltan distritos 3 y 4

Distrito No. 5- Holguín, Gibara y Subdistrito de Chaparra.

En el hospital general de Holguín se empezaron obras para acondicionar un local para 80 camas, que costó \$ 2 000.00 pesos. Fue necesario dotarlo de un microscopio y un pequeño laboratorio. El Hospital Central de Chaparra, se observó con buenas condiciones, tenía salas protegidas y con capacidad para ingresar a numerosos casos.

Distrito No. 6- Las Tunas y Subdistrito de Manatí.

En el central Manatí se administraba quinina a los trabajadores y existía un hospital, el cual fue ampliado con nuevos pabellones y un laboratorio de bacteriología.

En las Tunas, el hospital era pequeño, establecido en una casa de vivienda y tenía preparado un local para aislar a los sospechosos. Remitiendo luego los casos al hospital de Santiago o de Camagüey.

Distrito No. 7- Manzanillo, Campechuela, Niquero, Santa Cruz del Sur, Bayamo y Jiguaní.

La Jefatura Local de Sanidad de Manzanillo tenía la jefatura de todo el distrito. Se constató que había mejorado el estado de la infección palúdica en esta región, solo existían pequeños focos en la costa. En el hospital general se ejecutaron obras para acondicionar en perfectas condiciones, un local con 125 camas para palúdicos. Los centrales empezaron obras orientadas por el Departamento de Sanidad. El laboratorio de Santiago examinaba las muestras. En Bayamo se administró quinina a los residentes infectados y fue evidente la disminución de la infección en la comarca. Los jornaleros

infectados eran remitidos a Manzanillo. En Jiguaní, hubo infectados de paludismo, existían residentes infectados en otras regiones. Se administró quinina con intensidad.

Distrito No. 8- Jobabo

Extensa comarca, que constituía en octubre, un foco intenso de paludismo. Fue acertada y bien dirigida la labor. Los inspectores de la zona estuvieron muy bien distribuidos, el trabajo fue eficaz tanto en recoger los palúdicos forasteros y conducirlos a Camagüey, como la administración de quinina a la población residente infectada. Se ejecutaron labores de saneamiento completo en el poblado de Jobabo como en otros lugares situados en la línea férrea haciendo zanjas apropiadas, desagües, rellenos, recogida y quema de basura, petrolización amplia y desinfección con creolina. Se constató que el paludismo tuvo un notable decrecimiento. En Cunagua, se hicieron trabajos de construcción de la línea férrea, existía un campamento grande de trabajadores, que era un intenso foco de paludismo, del que procedían de 12-20 infectados todos los días y en el cual disminuyó la cifra a 3-4. La labor sanitaria consiguió controlar la infección en ese foco. Los centrales Jobabo y Elio, realizaron las obras sanitarias ordenadas, acondicionaron enfermerías defendidas con malla metálica para aislar a los palúdicos, y mejoraron las viviendas de los jornaleros, realizaron obras de drenaje, relleno y saneamiento. Muchas colonias hicieron igual labor.

Distrito No. 9- Camagüey y Nuevitas

Se observó la eficacia de la campaña. Hicieron saneamiento completo de bateyes, centrales y poblados.

Se envió al hospital de Camagüey, al experto bacteriólogo doctor López, el que organizó el laboratorio y se completó la experiencia práctica del farmacéutico del establecimiento, doctor Inclán, el mismo enseñó a los inspectores de zonas a conocer y diferenciar las larvas y especies principales de mosquitos y a tomar muestras de sangre de los enfermos y sospechosos, formando un personal capacitado.

El hospital general se preparó, para recibir enfermos palúdicos, además de otro local grande, que sumó una capacidad total para recibir de 80 - 100 enfermos.

En Camagüey y demás localidades, se realizó la exploración metódica de la sangre de los niños de las escuelas de la población y campos desde el punto de vista de la infección

palúdica. En este distrito, disminuyó el número de palúdicos; la administración de quinina a las familias y residentes infectados fue exitosa y se realizó con intensidad.

Distrito No. 10- Ciego de Ávila y Morón

Existió paludismo intenso en toda la zona, en muchos lugares de 1 200 - 1 500 afectados, una gran parte de la población flotante, muchos jornaleros, fueron afectadas bastantes colonias, y la mayoría de los trabajadores eran gallegos.

El 14 de enero, en Ciego de Ávila, el Jefe Local de Sanidad recogió, de la fonda donde van a parar habitualmente los trabajadores enfermos, 54 sospechosos, se les realizó toma de sangre y examen en Laboratorio Bacteriológico y resultaron 38 infectados, de los cuales se enviaron 13 al Hospital de Santa Clara y 8 a la capital para ingresos en clínicas de sus asociaciones.

De los 38 enfermos palúdicos, no se pudieron ingresar todos, por no tener camas los hospitales Sancti Spíritus, Santa Clara y Camagüey.

En Hospital de Ciego de Ávila, solo había 2-3 camas disponibles, estaba en muy malas condiciones de local y material. El Centro Gallego estaba construyendo una clínica, de la que ya había levantado un pabellón.

En Ciego de Ávila se realizaron importantes trabajos de saneamiento, canalizando una zanja grande que atravesaba la población, de la que proceden millones de mosquitos. Se consideró imprescindible continuar el zanjeo hasta 2 Km después de la población.

Se encontraron en dicha zanja, más allá de los 500 metros canalizados por la Junta Local, más lagunatos formados en el curso de ella y al lado de la línea del ferrocarril, miles de larvas de anófeles. Se consideró necesario continuar el desagüe hasta una laguna próxima.

Se consideró que, el distrito Ciego de Ávila – Morón, era el lugar de la República donde el paludismo era más intenso y difícil de dominar. Debían redoblarse los esfuerzos por combatirlo. En los demás distritos hasta Jobabo se advirtió el éxito de la labor sanitaria.

Se realizó, examen de sangre, a niños de las escuelas de la población y del campo. Se administró quinina profusamente, fue necesario preparar algunos miles de bombones de torato de quinina, para así administrársela a los niños infectados, como se utilizó con éxito la campaña contra paludismo en primavera de 1915.

En Morón, los centrales y colonias prepararon los locales para palúdicos, igual que los barracones destinados a los jornaleros. A la población, en los ingenios y en los campos, se les administró quinina, ya que no había sitio habilitado a donde mandar a los enfermos. No se nombraron por la Junta Local de Sanidad los inspectores de zona.

Se concertó con la Clínica del doctor Hernández, quien preparó un pequeño local con 2 camas, para alojar a los sospechosos, los que estuvieron solo el tiempo que tardaron en ser trasladados por ferrocarril a Ciego de Ávila.

En la población de Morón, no existían nichos palúdicos como en Ciego de Ávila, pero en la jurisdicción hubo focos reportados. Se citaba a **Baracoa** como un foco con cientos de palúdicos.

Se establecieron trabajos sanitarios de captura y aislamiento de los infectados, sobre todo los que van de un lado a otro, en muchos centrales y colonias, se establecieron enfermerías para aislar febriles, se canalizaron zanjias, se rellenaron cloacas, petrolizado y rellenado de zanjias y charcos, se desinfectó con más empeño, se administró quinina profusamente, con lo cual se colocó al paludismo, en lo que se llamó curación social, es decir, que ya en su sangre periférica no se encuentran parásitos, ni en las investigaciones microscópicas, ni en las picadas de los anofeles y por tanto dejan de ser infectantes para las demás personas.

Se inició el trabajo del laboratorio de diagnóstico de paludismo, nombrado un perito y suministrado material de laboratorio. Se establecieron laboratorios para examen de sangre en Ciego de Ávila, Camagüey, Preston, Santiago de Cuba y Guantánamo.

En todos los distritos se nombraron inspectores de zona (6 para Camagüey), que recorren el territorio señalado para cada uno. Se les proveyó de caballos y una gratificación para la manutención. Se costeó el traslado de los enfermos al hospital central del distrito.

Se distribuyó, para todas partes abundante quinina para tratamiento y profilaxis. Se regó petróleo donde fue necesario y se crearon cuadrillas para canalización y desyerbe, saneamiento y petrolización. (**BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919**)

Los objetivos de esta actuación sanitaria fueron:

Controlar sanitariamente los centrales, sus colonias, minas, obras de ferrocarril, para dominar los focos. Impedir nuevas infecciones controlando la fuente de contagio.

Curar los infectados. Encontrar pronto al enfermo, conducirlos a locales defendidos por malla metálica, con asistencia médica hasta su positiva curación comprobada por repetidos exámenes de sangre. El trabajador sin residencia fija, era el más peligroso, pues repartía ampliamente la infección en diferentes lugares. En el residente, las mujeres y los niños, era necesario llevar a cabo minuciosas inspecciones, en las ciudades, poblados y caseríos, casa por casa, familia por familia. Explorar la sangre de los niños en las escuelas públicas y privadas y las familias de las que aparecieran infectados. Imponer en esas casas el uso de mosquiteros, convencer de la necesidad del empleo de quinina, proporcionar ésta y los mosquiteros a las familias pobres.

La campaña anofelina, contra el mosquito: saneamiento de la localidad, obras propias de drenaje, desecación, limpieza de cauces y orillas de corrientes de agua, entubación de ellos y, sobre todo, petrolización continua y bien realizada.

En cada término municipal se proveyó del número de inspectores que fue necesario, para que cada uno tuviera a su cuidado y vigilancia un circuito o zona que visitara cada tres días. En cada visita llenaba un impreso que remitía a la Junta Local de Sanidad. Se realizó el control de todos los trabajadores. Al trabajador enfermo, se le conducía, con las precauciones prevenidas, al lugar más próximo, donde existía enfermería defendida con malla metálica, en centrales, colonias o Juntas Locales de Sanidad, todas las cuales disponían de locales en perfectas condiciones, para aislar palúdicos. Los inspectores eran el factor más importante de la campaña.

En los laboratorios de investigación de sangre, al llegar el palúdico, le tomaban muestra de sangre, en dos láminas, y eran remitidas al jefe local de sanidad y por éste al laboratorio de investigaciones próximo. Se necesitaba la existencia o establecimiento de laboratorios en puntos céntricos y en hospitales de asistencia definitiva, para asegurar el diagnóstico y la curación de los pacientes, ya que son indispensables.

Habilitar hospitales para depósito inmediato y asistencia definitiva.

Se hicieron labores de sanidad general, saneamiento, limpieza, petrolización.

Para los pacientes, que ingresaron en los hospitales de esas provincias y para las familias pobres de residencia fija, para administrar previamente a los braceros, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, adquirió medicamentos en una cantidad (sulfato de quinina), que se estimó en medio millón de cápsulas.

Además de la preparación de ampollas de solución aséptica de quinina, para inyecciones hipodérmicas o endovenosas de 0,25 g, en cantidad de dos mil ampolletas.

Se prepararon bombones de chocolate con 0,10 g cada uno de tanato de quinina, para los niños.

Se concedió un plazo de 20 días, para la limpieza general inmediata, desyerbe, nivelación y corriente de aguas, petrolización (al mismo tiempo desyerbe y limpieza).

Protección de todos los lugares donde dormían personas.

Se orientó que todos los depósitos de agua estuvieren protegidos con tapas. (BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919)

GRIPE

Como las epidemias de gripe son frecuentes y afectan a grandes cantidades de población y son por lo general benignas, no se estudiaron a cabalidad, no se encontraron muchos datos de las mismas, excepto la de 1918 – 1919, que por su magnitud si se reflejó en el quehacer de los servicios médicos y del trabajo epidemiológico de la época y es a la que se hace referencia en este capítulo.

La Campaña Sanitaria contra la epidemia de gripe, fue diseñada por el doctor José A. López del Valle, responsable de la Jefatura Local de Sanidad de La Habana, en octubre de 1918 (BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919).

Se publicó un documento llamado *Notas para la profilaxis de la gripe en las casas infectadas*, en el cual se recomendaba:

OBSERVARSE LAS SIGUIENTES REGLAS:

1- El enfermo tiene que permanecer aislado en su domicilio, en tanto persistan las manifestaciones catarrales. Al salir se expone a la fatiga, a las inclemencias del tiempo y a otras causas perjudiciales. La gripe es una enfermedad propensa a las recaídas y estas son por lo general, graves.

Además, el enfermo es la fuente de contagio y si no observa las prácticas sanitarias, es el propagador de la infección.

2 - Es preciso llamar desde los primeros instantes a un médico, para que se encargue de la asistencia del atacado y de la dirección higiénica de la familia. La gripe cuando se cuida bien desde el inicio, evoluciona habitualmente en forma favorable. El descuido, la falta de asistencia esmerada, la suciedad de la casa, el hacinamiento y otras infracciones de la higiene, contribuyen a la difusión de la enfermedad y que revista caracteres de mayor intensidad.

3 - La casa tiene que mantenerse limpia, libre de polvo, de basuras y de tarcos. El sol debe bañar bien todos los departamentos. Los pisos se limpiarán cada día, con soluciones antisépticas y se cuidará de no levantar polvo ni al barrer ni al sacudir.

4 - En las casas con atacados de gripe, no se recibirán visitas, ni las harán los que en las mismas residen.

5 - Los enfermos hay que tenerlos en cuartos claros y bien ventilados y soleados, escupideras con soluciones desinfectantes. Deben dormir solos. Se cubrirán bien la boca y la nariz al toser o estornudar.

Se tendrán por separado para el enfermo, cubiertos, vasos, servilletas, toallas y demás útiles.

6 - El germen de la gripe se encuentra en la saliva y en los esputos de los atacados. La expectoración debe ser objeto de vigilancia y cuidado. Es necesario desinfectarlo y evitar que caiga en el suelo. Utilizar la escupidera.

El enfermo riega su infección con la tos, el estornudo y la saliva.

Si escupe en el suelo, la expectoración se mezcla con el polvo y con éste se levanta y se distribuye la infección.

Con tos y estornudo se lanza a varios metros la infección, puede evitarse cubriéndose la boca y la nariz.

7 - En la casa donde existen enfermos deben extremarse las medidas sanitarias y los que están expuestos deben observar con todo rigor los preceptos higiénicos.

8 – Se recomienda a los infectados de gripe como a los individuos en relación con esta enfermedad, se desinfecten tres veces al día la boca con Solución Dobell. Para gargarismos y buches, la fórmula del doctor Madam.

9 – Al cesar los síntomas, cuando el enfermo parece curado, precisa continuar con las medidas de observación y vigilancia higiénica.

Debe continuar por un mes la práctica de desinfectar la boca.

10 – Las casas donde hubieran ocurrido casos de gripe deben desinfectarse por cuenta y bajo la dirección de la familia.

Se recomienda: fregar pisos con cepillos, con solución de Bicloruro de Mercurio o de Kretol, Cloro – Naftaleno, Creolita o con cualquier otro desinfectante. Los muebles, marcos de los cuadros y demás objetos se lavarán con esas soluciones. Las ropas del enfermo, la de cama y pañuelos, se hervirán en una solución de hipoclorito de calcio (cloruro). Los papeles y objetos sin valor se quemarán.

Si carece de recursos para adquirir los medicamentos, la Jefatura Local de Sanidad los suministrará gratis.

Reglas de carácter general:

11 - El sol, el aire y la limpieza son los mayores y más poderosos enemigos de las infecciones. Para prevenirse de la gripe es necesario observar las reglas higiénicas relativas a la casa y persona limpia. No frecuentar lugares malsanos, cerrados, en que exista aglomeración de personas. Evitar contactos con los atacados.

12 – Observar toda manifestación catarral por ligera que sea y prestarle atención higiénica. Un caso benigno puede dar origen a un caso grave.

Una gripe benigna en sus comienzos puede complicarse.

13 – Cada ciudadano tiene que poner en práctica las medidas sanitarias contra la infección.

El enfermo que riegue el germen de la gripe por los pisos al escupir libremente y lance microbios contra sus semejantes al estornudar o toser, comete un delito grave.

14 – Hay que abolir la práctica de dar la mano a todo el mundo, cómo fórmula de cortesía, o besos en la cara entre las mujeres.

15 – Observar al que sirva en establecimientos públicos, si tiene catarro, retírese del lugar y avise a la Jefatura de Sanidad.

Vigile a su compañero de tranvía, teatro o cualquier sitio público. Si infringe algunas de estas reglas, llámele la atención. Avise al conductor, acomodador o policía.

16 – Se recomiendan Soluciones desinfectantes para el lavado de pisos:

1° Bicloruro de mercurio ---- 5 g,

Sal común ----- 30 g,

Agua ----- 1 galón

2° Ácido fénico --- 50 g,

Alcohol ----- 100 g y

Agua ----- 1 galón

3° Hipoclorito de cal (cloruro) --- 0,5 libras en

Agua ----- 10 galones

4° De Kretol, creolita, cloro – naftaleno, hyco una parte por cada 100 de agua

5° Agua ----- 1 cubo corriente,

Sulfato de hierro --- 1 libra,

Esta mezcla es eficaz para desinfectar el estiércol, fango, basuras, pozos negros, aguas estancadas.

También se aplicaron de las *Ordenanza sanitarias*, los siguientes artículos:

Art 243 – Todo caso de enfermedad fácilmente transmisible, será aislado por orden del Jefe Local de Sanidad, bien en la propia residencia del enfermo, si existen en ellos medios eficaces de hacerlo sin peligro de la salud pública, bien en un hospital, lazareto o casa apartada, si se carece de aquellos.

Art 246 – Los que burlen la vigilancia, la observación sanitaria o quebranten el aislamiento a que hayan sido sometidos por el Jefe Local de Sanidad serán castigados conforme a la penalidad establecida en las leyes sin perjuicio de su persecución por la policía, de ser nuevamente reintegrados al aislamiento dispuesto.

Hubo además mucha información general a la población, que regulaban la movilidad de las personas afectadas por la gripe, como el siguiente *Aviso al público*:

“De conformidad con las facultades conferidas a esta Jefatura por los artículos 243 y 246 de las *Ordenanzas Sanitarias*, se prohíbe de manera terminante a los atacados de gripe, así como a los que por presentar manifestaciones catarrales que sean sospechosas de esa infección, el que concurran a sitios y espectáculos públicos como parques, paseos, iglesias, teatros, cinematógrafos, tranvías, carros de ferrocarril y demás lugares donde concurran y se reúnan personas”.

Los infractores de esta disposición fueron en el acto retirados del lugar público en el que se encontraban y dispuesta su reclusión en su domicilio o en un hospital, a reserva de imponerles la penalidad correspondiente.

Otro comunicado de esas fechas, de la Jefatura Local de Sanidad de La Habana, comunicaba en un *Aviso al público*, las siguientes recomendaciones:

- 1º No escupa en el suelo. Busque la escupidera.
- 2º Cúbrase bien la boca al toser o estornudar. Use pañuelo.
- 3º En los establecimientos y espectáculos públicos, se observarán las siguientes prácticas:
 - a- Baldeo diario de los pisos con soluciones antisépticas.
 - b- Limpiar con paños húmedos en esas soluciones asientos y muebles.
 - c- Ventilación y limpieza esmerada del local.
 - d- Colocar escupideras en número suficiente y con soluciones desinfectantes.

El enfermo es la fuente del contagio de la gripe y el que la propaga cuando no observa las prácticas higiénicas. (BOL SAN BEN TOMO XXI, AÑO 11, ENERO - JUNIO 1919)

También se estipuló realizar estudio bacteriológico de la epidemia de influenza en Cuba, en el Laboratorio de Investigación de la Secretaría de Sanidad.

TUBERCULOSIS

La situación ocasionada por la tuberculosis, preocupaba a los médicos cubanos desde finales del siglo XIX, lo que motivó que se iniciaran medidas desde esas fechas, para tratar de contrarrestar el avance de la enfermedad.

Medidas para control de la tuberculosis:

El 17 de mayo de 1902, se creó la Junta de Sanidad, por la Orden No.159, como ya se dijo en páginas anteriores, mediante el Decreto Presidencial No.1 de 1903; se nombraron sus integrantes y se estableció el Departamento de Sanidad con varias secciones, entre ellas la de Tuberculosis, Estadísticas y Desinfección. (EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CUBA FINES DEL SIGLO XIX A 1930 . Niurka Morales. Enrique Beldarraín Chaple. / Beldarraín Chaple, E. Las instituciones y la salud pública en cuba en la primera mitad del siglo XX. San José, Costa Rica, Diálogos Revista Electrónica; 2014; 15(1): 175 – 191. (<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373>).

En 1903, la Liga Antituberculosa, consiguió que en el Hospital No.1, se dedicaran cuatro pabellones a enfermos de tuberculosis; se erigió también un dispensario propio, dirigido por el doctor Jorge Luis Ferrer. (EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CUBA. PERÍODO DE 1930 A 1958. Niurka Morales. Enrique Beldarraín Chaple.) Se dictaron las reglas de higiene que debían seguirse en las tabaquerías y comenzaron a llevarse a la práctica las medidas de profilaxis más urgentes. Se instaló cerca de La Habana un sanatorio para pobres. (EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CUBA FINES DEL SIGLO XIX A 1930 . Niurka Morales. Enrique Beldarraín Chaple./ Beldarraín Chaple, E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998; 24(2):97-105.)

A principios 1906, se dictaron las Ordenanzas Sanitarias, que habían de regular la higiene bromatológica, la de las habitaciones privadas y colectivas y la de las fábricas y talleres, con importantes repercusiones para el control de la tuberculosis. Se creó un modelo de legislación sanitaria. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408)

En 1906, se inició la construcción del Sanatorio "La Esperanza", con una capacidad de 60 camas, en la finca "La Asunción", para ingresar a pacientes aquejados del mal, el cual se inauguró el 22 de mayo de 1907. (EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CUBA FINES DEL SIGLO XIX A 1930 . Niurka Morales. Enrique Beldarraín Chaple./ Beldarraín Chaple, E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998; 24(2):97-105. /)

El doctor Lorenzo Comas, estudió en París, las técnicas del diagnóstico confirmado de la tuberculosis, por la presencia del bacilo de Koch en los esputos, que se introdujeron en la Isla, como elemento importante en el diagnóstico de certeza de la enfermedad. (Beldarraín Chaple, E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998; 24(2):97-105.)

Se llevaba el censo de tuberculosis de La Habana, con los partes obligatorios de casos nuevos y defunciones dadas por médicos y se disponía de la desinfección, en casos de muerte y cambios de domicilio. (EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN CUBA FINES DEL SIGLO XIX A 1930 . Niurka Morales. Enrique Beldarraín Chaple. / Beldarraín Chaple, E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo XX. San José, Costa Rica, Diálogos Revista Electrónica; 2014; 15(1): 175 – 191. (<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/8373>)

En 1909, la Secretaría organizó el Negociado contra la Tuberculosis, con un cuerpo de 11 médicos, de los cuales 3 estudian y enseñan, 2 consultan en el Dispensario, 4 inspeccionan los casos denunciados, uno está al frente de un pequeño sanatorio para 50 enfermos, y otro se encarga de hacer el censo exacto de la población tuberculosa de Cuba, ayudado en esta tarea por los Jefes Locales de Sanidad y por los médicos municipales. Se fundó una escuela de Enfermeras Sanitarias, estas enfermeras tienen el deber de concurrir a la casa del tuberculoso y enseñarle que género de vida ha de observar para reinfectarse lo menos posible y para no infectar a los que los rodean y aprenda a aprovechar los beneficios del aire y del sol como los mejores remedios. Ellas le enseñarán la toilette conveniente a su organismo, e indicarán al Jefe del Negociado las necesidades de abrigo y alimento de los tuberculosos indigentes. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año 1 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408)

Con el trabajo del Negociado, se pretendió iniciar una campaña contra la tuberculosis, que involucró a los Jefes Locales de Sanidad, quienes debían controlar también, a los

enfermos. En los hospitales se prepararon pabellones apartados y bien acondicionados para poder aislar en ellos 600 tuberculosos ambulantes, por lo menos, cuidarlos por un año y suprimir esa fuente peligrosa de contagio.

Como complemento de este plan de campaña, se creó un servicio de Inspección Médica, para los niños de las Escuelas Públicas de la capital, con el propósito de retirar de ellas a cuantos se encontraran anémicos y escrofulosos. Se preparó una barraca, con capacidad para 100 camas, para separar de las tareas escolares a niños, durante 2-3 meses, o más tiempo si fuere necesario, hasta fortalecerlos y lograr que pierdan el sello anémico o raquítrico. Se hizo propaganda higiénica y conferencias en fábricas. (Boletín oficial de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Año I 1909. Editoriales M. Duque. P 1-408)

En 1928 se formó el Patronato Nacional contra la Tuberculosis. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945. La Habana, 1946.)

El 4 de enero de 1929, se inauguró el Dispensario Hartmann, en Santiago de Cuba y el 6 de enero, se trasladaron a Manzanillo, donde se hizo la apertura del Primer Congreso Antituberculoso Provincial. (Beldarraín Chaple, E. Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 1998; 24(2):97-105. / Delgado G. Historia de la enseñanza médica superior en Cuba. La Habana. Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 75, 1990.)

A partir de 1930, la lucha antituberculosa sufrió un serio quebranto, motivado por la repercusión de los acontecimientos políticos. Esta situación provocó que, la casi inexistente ayuda oficial del gobierno cesara y disminuyó la lucha contra el mal. En 1933 se suspendieron casi todos los servicios contra la tuberculosis por falta de recursos económicos. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945. La Habana, 1946.)

El Consejo Nacional de Tuberculosis (CNTb), institución autónoma, se creó por el Decreto Ley 706, del 30 de marzo de 1936. Esta institución fue encargada oficialmente de dirigir la lucha contra la tuberculosis; quedaron bajo su jurisdicción todas las instituciones privadas, oficiales y las de nueva creación para la prevención y tratamiento. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945. La Habana, 1946.)

En 1942, el CNTb, acordó poner en práctica la vacunación con BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), que se había introducido en el país en 1928, pero por falta de recursos y de

educación sanitaria en la población dejó de ser aplicada. Este elemento de la lucha contra la enfermedad, se reanudó, bajo la dirección de dos técnicos europeos y la supervisión de un comité integrado por especialistas cubanos. El establecimiento del laboratorio del BCG fue un hecho trascendental y comenzó a funcionar en 1943, con la producción de dicha vacuna y su repartición gratuita en todo el país. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945.La Habana, 1946.)

El CNTb, a partir de 1943, realizó encuestas a la población supuestamente sana, hizo pruebas de tuberculina y exámenes de laboratorio. Promovió la creación de dispensarios y se estableció uno en cada capital provincial; se construyó, para cada uno, un edificio donde radicaban las oficinas centrales, la farmacia, los almacenes, el laboratorio general y el laboratorio del BCG. Promovió la construcción de Sanatorios, como "Ambrosio Grillo", construido en Puerto Maya, El Cobre, con capacidad para 400 pacientes, el sanatorio infantil, el "Ángel Arturo Aballí", en La Habana, con capacidad para 320 camas y el sanatorio de Topes de Collantes, con una capacidad para 1 000 enfermos, como estrategia de aislamiento de los enfermos más avanzados. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945.La Habana, 1946.)

En 1943, todavía se insistía en el tratamiento sintomático de la tuberculosis, como manera de contribuir a la supervivencia precaria de los enfermos, acompañados en muchas ocasiones del uso de las disímiles técnicas quirúrgicas desarrolladas, las que muchas veces eran cruentas y dejaban secuelas físicas y funcionales permanentes. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945.La Habana, 1946.)

En el año 1945, el Consejo Nacional de Tuberculosis, presentó un plan de lucha con tres aspectos principales: el epidemiológico, con acciones que incluían la realización de encuestas tuberculino-radiológicas para determinar el índice de tuberculización general, por regiones, edades, razas, y grupos sociales; el despistaje de los no infectados, esencialmente para la aplicación de la vacunación preventiva; y la determinación de las formas activas de la tuberculosis pulmonar aparente e inaparente. El aspecto asistencial incluía la asistencia al tuberculoso con su tratamiento hospitalario, sanatorial, dispensarial, la reeducación y la rehabilitación de los enfermos. Y el tercer aspecto era la acción social dirigida a la educación del público general en los principios de la prevención de la enfermedad. (Selva León B. Un año de lucha antituberculosa en Cuba, 1944-1945.La Habana, 1946.)

En 1946, comenzó en Cuba, la quimioterapia contra la tuberculosis, con el uso de la estreptomina, como monoterapia administrada fundamentalmente en régimen sanatorial. También se comenzó el tratamiento de los enfermos en régimen ambulatorio, en los dispensarios antituberculosos con la estreptomina y las medidas generales recomendadas en aquella época como el reposo y la dieta. (Pascual L. Extensión del problema de la tuberculosis en Cuba. En: Estudios sobre la tuberculosis pulmonar: Memoria de la Primera Reunión de Directores de Hospitales y Dispensarios Antituberculosos y Jefes de Servicios de Tisiología. Gobierno Revolucionario. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1961. P75-106.)

Los centros de salud conocidos como Dispensarios Antituberculosos, ocuparon con sus funciones, diferentes lugares dentro de la organización de los programas de control. Inicialmente los objetivos de estas instituciones estuvieron dirigidos a la búsqueda del paciente en su medio social, (control de contactos y convivientes y de grupos de expuestos) y educar a la población sobre lo que representaba el contagio con los portadores de esta enfermedad. (Pascual L. Extensión del problema de la tuberculosis en Cuba. En: Estudios sobre la tuberculosis pulmonar: Memoria de la Primera Reunión de Directores de Hospitales y Dispensarios Antituberculosos y Jefes de Servicios de Tisiología. Gobierno Revolucionario. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1961. P75-106.)

Bajo la Dirección del Consejo Nacional de Tuberculosis, las acciones sanitarias se caracterizaban por una nula asistencia preventiva a la población, no se realizaba ningún tipo de educación sanitaria sobre la afección. La vacunación BCG se practicaba en cifras insignificantes, si se tiene en cuenta que, nacionalmente ascendía a un promedio anual de 10 000. El examen radiográfico de la enfermedad, particularmente importante en la forma subclínica, pero contagiante del proceso, se efectuaba superficial. (Aldereguía G. La lucha antituberculosa en Cuba: crítica histórica y examen político del problema y endemia. En: Estudios sobre tuberculosis pulmonar. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1961. p. 23-64.)

En el ámbito científico, el Consejo Nacional de Tuberculosis, presentó, en 1945, un plan de lucha contra la enfermedad, que abarcó varios años de trabajo. Sus puntos fundamentales eran:

1. *Asuntos Epidemiológicos*. Realización de encuestas tuberculino-radiológicas aplicadas en escala progresiva creciente, hasta abarcar toda la población o una gran parte de ella, para:
 - a) Determinar el índice de tuberculinización general y por regiones, edades, razas, grupos sociales y obtener datos indispensables para la orientación científica de la campaña.
 - b) Despistaje de los no infectados, esencialmente para la aplicación de la vacunación preventiva.
 - c) Determinación de las formas activas de la tuberculosis pulmonar aparente e inaparente, para su control médico y sanitario.
2. *Ámbito asistencial*. Atención a los tuberculosos con tratamiento hospitalario, sanatorial y dispensarial, que incluyó en todas sus fases la reeducación y rehabilitación de los enfermos.
3. *Acción Social*. Educación del público, en general, en los principios de la prevención de la enfermedad. (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4)

Este fue el primer plan de lucha oficial organizado en forma de campaña en Cuba. Lamentablemente, solo se trabajó en el mismo poco tiempo. En el período analizado de la lucha antituberculosa, solo se pudo trabajar en las líneas de atención médica a los pacientes enfermos, ya fuera a nivel domiciliario y dispensarial, o nivel de ingreso en los sanatorios, como era lo estipulado en la época y en el trabajo educativo. Aunque se intentó trabajar en la profilaxis de la enfermedad, las malas condiciones de vida e higiénico-sanitarias en que estaba sumida una gran parte de la población, al igual que las deficiencias en los mismos enfoques de muchos puestos de trabajo, hacían imposible trabajar en la prevención de la enfermedad. Al final del período, el tratamiento médico había desarrollado casi todas las drogas antibióticas que permitirían más tarde la curación de la enfermedad si se modificaba el ámbito social. (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4)

FIEBRE TIFOIDEA

En la primera década del siglo XX, se perfeccionó en Cuba la obtención de la vacuna antitifoídica, el doctor Horacio Ferrer Díaz, un gran experto del tema, logró convencer al doctor Mario García Lebreo, para que, en el Laboratorio Nacional, el doctor Alberto Recio, comenzara los estudios y la producción de dicha vacuna. En 1911, el doctor Juan Guiteras, entonces Director Nacional de Sanidad, envió al doctor Recio a los Estados Unidos, a estudiar con Russell la vacuna por él preparada. Estos logros culminaron con el inicio, el 9 de febrero de 1912, de una vacunación antitifoídica en el Ejército Nacional, dirigida por el doctor Ferrer. Ese mismo año, en el Congreso de Higiene, celebrado en Washington, se hizo constar que Cuba, era el único país de América Latina que había iniciado estos trabajos y en 1917, el doctor Recio organizó la aplicación en gran escala de la vacunación antitífica en Cuba. (Beldarraín Chaple E. Apuntes sobre la medicina en Cuba. Historia y Publicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005. Capítulo 4 / Beldarraín Chaple E. Las instituciones y la salud pública en Cuba en la primera mitad del siglo xx. Diálogos. Revista electrónica de historia. Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica. 2014 [citado 27 may 2014]; 15(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/index> / Delgado G. Historia de la erradicación de algunas enfermedades epidémicas en Cuba. Cuad Hist Salud Pública. 1987; (72): 64 –5.)

En 1911, se realizó un estudio de la vacuna antitífica, que debía aplicarse por primera vez en Cuba, en individuos elegidos por el Jefe de Inspectores Médicos, doctor Ernesto Aragón. Los elegidos, se buscaron entre los que prestaban sus servicios de enfermeros o sirvientes en las salas de enfermedades infecciosas, entre los encargados de asistir a los enfermos tíficos de las Quintas de Dependientes y La Covadonga. Se examinaron previamente a los empleados, para descartar afecciones recientes, para no impedirselos a la vacunación.

El área de vacunación fue, en la cara externa y tercio superior del brazo, con 1cc de vacuna de Schiefelling, con dosis de 500 millones de bacilos en la 1ra inyección y 1 000 millones en la 2da y 3ra, con intervalos de 8 a 10 días entre dosis.

Se comprobó una elevación del poder aglutinante del suero de los vacunados, lo que habla de la eficacia de la vacuna AT y se corroboró el acierto de los que aconsejaron como medida preventiva para la atenuación de las epidemias, por las defensas individuales que confiere. (En 1912, en el Boletín de Sanidad y Beneficencia se redacta acerca de la

vacuna antitífica: 5 febrero 1912, vacuna antitífica BOLETÍN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA. VOLUMEN 7, 1912)

POLIOMIELITIS

Se tomaron algunas medidas en la época para disminuir los daños en la población:
BOLETÍN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA. VOLUMEN 7, 1912)

La dirección Sanidad, se dirigió a los médicos para que informen a las Jefaturas Locales de los casos que se presentan.

Recomendaciones:

- 1- Reclusión y aislamiento todo caso por un período de cuatro semanas.
- 2- Aislamiento, hasta donde sea posible, de los individuos que atienden regularmente al enfermo.
- 3- Mantendrá durante el tratamiento, tanto en los enfermos como en los que los asisten, una desinfección repetida de la nasofaringe. Lavados o pulverizaciones de peróxido de hidrógeno o permanganato.
- 4- Se desinfectarán los esputos, secreciones nariz y boca y excretas.
- 5- Desinfectarán las ropas del enfermo y de su cama.
- 6- Se lavarán y desinfectarán las manos de los asistentes.
- 7- Desinfección completa de las habitaciones a las 4 semanas de iniciada la enfermedad o antes si el caso termina fatalmente.
- 8- Recomienda uso de la urotropina primeros periodos de la enfermedad. **BOLETÍN DE SANIDAD Y BENEFICENCIA. VOLUMEN 7, 1912)**

En los años estudiados (1902 – 1958) no existió en Cuba una política sanitaria que tuviera en cuenta medidas de profilaxis contra la poliomielitis, ni control alguno sobre la enfermedad. (**Beldarraín**) A pesar del gran impacto social, además de ser un problema epidemiológico entre la población infantil cubana. Eran muy dramáticas las secuelas paralíticas y de deformidades neurolocomotoras que producía, además de su elevada mortalidad.

Desde 1955, se conocía en Cuba la vacuna antipoliomielítica Salk, pero se empleó en muy pocos casos, a nivel individual.

A pesar de que la notificación obligatoria de la enfermedad se estableció en Cuba en 1902, no todos los médicos cumplieron con esta disposición. Fue realmente a partir de 1932 que existieron registros continuos de morbilidad y mortalidad.

Solo se introdujeron medidas clínicas: rehabilitación en casos de limitaciones motoras y en casos graves, medidas extremas como respiración artificial, en los llamados “pulmones de acero”, que se instalaron en el Hospital Anti Infeccioso de “Las Ánimas”.

CONSIDERACIONES FINALES DEL PERÍODO

Este periodo de tiempo coincide con el final de la Primera Intervención Militar Norteamericana en Cuba (1899 - 1902), en el cual se realizó una fuerte labor de higiene y saneamiento ambiental y con el nacimiento de la República liberal burguesa (1902 - 1958), donde destacó la labor del doctor Carlos J. Finlay y Barrés, al frente de las actividades de Higiene, junto al grupo de notables salubristas que integraron la Escuela Cubana de Sanitaristas, quienes llevaron las actividades de control higiénico epidemiológico a estándares muy destacados para su momento, surgió el Ministerio de Sanidad y Beneficencia, que fue el primer ministerio de salud pública del mundo (1909), a partir de los años de la década de 1920, la situación sanitaria empezó a empeorar en la isla y se perdieron los logros de los años iniciales.

En esta etapa, se organizaron actividades de salud pública en Cuba, como respuesta a las epidemias, desde un grupo de instituciones específicas inauguradas a principios del siglo: El Departamento de Sanidad, las Juntas de Sanidad, la Comisión de Fiebre Amarilla, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Estas organizaciones, tenían entre sus propósitos, tomar medidas para proteger la salud de la población.

En el plano operacional, se contó con las Ordenanzas Sanitarias, conjunto de disposiciones legales, dirigidos a preservar la salud de la población, donde se establece una normativa para cada situación específica y queda claro lo que se debe y no se debe hacer y el sistema de penalidades establecidas para cada violación de las mismas.

La estructura de la organización sanitaria, estuvo compuesta por las Jefaturas Locales de Sanidad, en cada municipio del país, al frente de las cuales había un médico con funciones de sanitarista, que se encargó de los trabajos de control con las enfermedades infectocontagiosas y las epidemias. Esto ocurrió por primera vez en la Isla.

El marco teórico para los trabajos en el terreno sanitario, estuvo sólidamente respaldado por un importante grupo de publicaciones, que surgieron de las iniciativas de Finlay y sus colaboradores, dedicadas a aumentar el bagaje teórico del cuerpo de médicos que

integraron las Jefaturas Locales de Sanidad. El más importante de todos fue el mencionado Manual de Práctica Sanitaria.

Se tomaron medidas enérgicas contra la gripe española.

En este período se inició el control de la tuberculosis,

Una de las primeras vacunas producidas en el país, fue la antitífica, lo que permitió el inicio de una cierta profilaxis contra la fiebre tifoidea y en 1917 se aplicó en gran escala. Sobre la poliomielitis, solo se hicieron actividades de atención médica sobre los enfermos y tratamientos de discapacidades a algunos casos, sobre todo con fisioterapia. Pero no hubo una estrategia de prevención contra la misma, solo medidas de aislamiento de los casos.

En la lucha contra el tétanos neonatal, Finlay, observó que las mujeres que atendían los partos cortaban y curaban el cordón umbilical sin usar instrumental, ni material estéril. Se empezó a repartir un paquete aséptico para la cura del cordón umbilical en el recién nacido, a las comadronas y a las otras personas que asistían a los partos, lo que solucionó el problema, y fue la primera enfermedad infectocontagiosa importante que se eliminó en Cuba y para la cual se tomó una medida que fue sumamente efectiva.

La erradicación de la fiebre amarilla se logró mediante campañas contra el mosquito *Aedes aegypti*. La enfermedad que reapareció en 1905, se eliminó definitivamente bajo la dirección del doctor Finlay, a partir de 1908.

Para luchar contra la viruela, se decidió hacer una estrategia masiva de vacunación en la población. Un ejemplo fue la Vacunación de Urgencia. Servicio practicado por primera vez, con motivo de la existencia de un caso de viruelas importado en diciembre de 1909. Se efectuaron en estos años un total general de 443 829 vacunaciones. A partir de 1908 fue aumentando el número de inmunizaciones hasta lograr la mayor cantidad en 1922, con 324 008 dosis aplicadas, lo que coincide con las intensas labores de los higienistas de la época por acabar con esta epidemia en nuestro país. En 1923, disminuyó esta cifra en concordancia con la erradicación de esta enfermedad en nuestro territorio nacional. Para ello se contó con una estrategia local de producción de vacuna desarrollada en el Centro General de la Vacuna.

Contra la peste bubónica se tomaron enérgicas medidas que permitieron su erradicación en 1915, entre ellas se incluyó el ingreso y aislamiento de los casos, recogida y examen de las ratas en áreas afectadas, las casas de los enfermos fueron desinfectadas, fumigándose, inundando las casas con fuertes soluciones de kresol o de cloro- naftolem,

para matar pulgas, se regaron techos, paredes y pisos. Posteriormente se pintaron las paredes con una lechada, con solución de cloruro de cal y kresol, y tapiaron con arena, vidrio picado y cemento las cuevas de ratas.

Contra el paludismo se hizo una campaña en 1915, sobre todo en las zonas rurales de la provincia de Oriente, a nivel de las colonias cañeras y centrales azucareros, dicha campaña se realizó nuevamente en los años 1917 – 1918.

Se realizó una campaña contra el mosquito anofeles, que incluyó saneamiento de la localidad, obras propias de drenaje, desecación, limpieza de cauces y orillas de corrientes de agua, entubación de ellos y, sobre todo, petrolización continua y bien realizada.

En esta etapa, existieron sociedades científicas, entre las que tuvieron relación con los temas de la sanidad, funcionaron: la Sociedad de Salubridad Pública, fundada en 1937 por el doctor Antonio Díaz Albertini; la de Medicina Preventiva (1942), por el doctor Alejandro Casuso Hernández; la de Medicina del Trabajo (1949), por el doctor Oswaldo Morales Patiño y la Sociedad Cubana de Administradores de Hospitales, Sanatorios y Clínicas (1951).

El Laboratorio de la Isla de Cuba, posteriormente Laboratorio nacional, fue, desde 1902, un importante pilar en que se basó el diagnóstico microbiológico de las epidemias cubanas, así como un sitio de producción de sueros y vacunas.

En 1937, el profesor de Parasitología y Enfermedades Tropicales de la Universidad de La Habana, doctor Pedro Kourí Esmeja, fundó unido a su cátedra y auxiliado por los profesores doctores José G. Basnuevo Artiles y Federico Sotolongo Guerra, el Instituto de Medicina Tropical. Este Instituto fue el único en alcanzar renombre internacional por sus notables investigaciones.

En 1944 se inauguró el Instituto Nacional de Higiene; en 1947 el Instituto Nacional de Hidrología y Climatología Médicas y el Instituto Nacional de Alimentación; en 1953 el Instituto Nacional de Cardiología y en 1955 el Instituto de Investigaciones del Consejo Nacional de Tuberculosis.

La organización sanitaria pública trabajó científicamente, con organización y brillantez, al menos en los primeros 25 años del siglo, empezó a deteriorarse después de la jubilación de estos profesionales que integraron la Escuela Cubana de Sanitaristas de Principios del Siglo XX.