

Historia

Escuela Nacional de Salud Pública

Actividades sanitarias en dos momentos relevantes para la historia de la salud pública cubana

Dra. Silvia Martínez Calvo¹ y Lic. Carlos González Díaz²

RESUMEN

Se realiza un análisis comparativo entre dos unidades de Higiene, ubicadas en el mismo territorio de la provincia Ciudad de La Habana y cuyo quehacer se desarrolla en dos etapas históricas diferentes. La primera unidad es la desaparecida, aunque precursora, Unidad de Higiene del municipio de Marianao, la cual alcanzó su auge en la década del 40 del pasado siglo, y la segunda es la actual Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología del propio municipio que, junto a las 168 distribuidas en todo el país, fue inaugurada en la década del 80 del propio siglo, durante el período de plena consolidación del sistema nacional de salud. El objetivo de este trabajo es describir, en dos relevantes momentos del decursar histórico de la salud pública cubana, las actividades preventivas realizadas para el control de riesgos, enfermedades y daños en la población del territorio involucrado, mostrar logros y dificultades derivados de ese accionar y, especialmente, reconocer el desempeño de profesionales y técnicos en ambas unidades. Las actividades descritas se relacionan con promoción, prevención, trabajo intersectorial, participación comunitaria y procesos de capacitación, así como con los resultados más relevantes que se consideraron como aportes de estas unidades a la salud comunitaria.

Palabras clave: Actividades sanitarias, Unidades de Higiene.

Aunque en años recientes las acciones preventivas han sido sometidas a polémicos cuestionamientos teóricos, son inobjectables los resultados que por siglos se han alcanzado con su aplicación para la preservación de la vida humana, al reducirse el riesgo de muerte prematura. La sistematicidad o persistencia en la aplicación de estas acciones ha sido premisa insustituible en su eficacia, casi siempre vinculada a decisiones políticas y gubernamentales en su dimensión colectiva y al comportamiento personal en cuanto a su dimensión individual. Esta dicotomía es muy necesaria pues, como todo par dialéctico, su interrelación contribuye a elevar la calidad del resultado esperado.

Nacionalmente están bien delimitadas las etapas en las cuales las acciones promocionales y preventivas resultaron útiles para los cambios de la situación de salud de la población, traducidos básicamente en actividades puntuales, como las campañas masivas de vacunación, el saneamiento ambiental (que incluye el control de vectores), las medidas de aislamiento de los reservorios humanos, unidas a la cooperación de la comunidad, y la imprescindible actividad educativa.

El trabajo que se presenta tiene como objetivos la caracterización de dos centros de nivel municipal y la descripción y comparación de las actividades que allí se desarrollaron, especialmente las relacionadas con la promoción de salud, la prevención de riesgos, enfermedades y daños, la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y la capacitación del personal y la población.

MÉTODOS

Se realizó una indagación histórica de carácter testimonial y documental. Los procedimientos y técnicas para la obtención de información fueron:

1. Entrevistas a los directores de ambas Unidades y a funcionarios de niveles superiores del sistema nacional de salud
2. Revisión de documentos: informe del trabajo realizado en la Unidad Sanitaria de Marianao al año de su inauguración (1938), publicado en un boletín de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, informe del diagnóstico de salud de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Marianao en su pleno desarrollo (1989) y análisis de la situación de salud del año 2003.
3. Revisión bibliográfica sobre la historia de la salud pública en Cuba.

Descripción de las unidades

De acuerdo con la periodización histórico-sanitaria del Profesor *Gregorio Delgado*, para analizar el desarrollo de la salud pública en Cuba, existieron tres importantes momentos o períodos: colonial, república burguesa y revolucionario-socialista.¹ Consecuentemente, con el propósito y los objetivos del trabajo, se destacaron los hitos que durante el segundo y tercer períodos se relacionaron más con las actividades sanitarias escogidas; también se reseñaron las características de la época en el territorio donde se ubicaron ambos centros, las actividades que se desarrollaron como respuesta a la situación epidemiológica prevaleciente y, finalmente, se efectuó una sencilla comparación entre las dos unidades.

Hitos en ambos períodos históricos

República burguesa:

1909: Creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

1937: Inauguración de la Unidad Sanitaria de Marianao.

1947: Fundación del Servicio de Educación y Divulgación Sanitaria.

1948: Creación del Negociado de Educación y Divulgación Sanitaria.

A pesar de la presencia de estos organismos e instituciones que representaron hechos destacados para la Salud Pública cubana durante este período, el contexto nacional se distinguía, entre otros elementos, por la ausencia de un sistema de salud eficiente, así como de políticas estatales para enfrentar los problemas de salud, insuficiente formación de recursos de acuerdo con las necesidades y mortalidad y morbilidad elevadas por enfermedades transmisibles.²

Unidad Sanitaria de Marianao (USM)

No obstante ese deplorable panorama de la atención sanitaria y como humanamente siempre ha sucedido, surgieron precursores decididos a modificar esa situación. En ese sentido, ya en el año 1936, en el municipio de Marianao se ejecutaban trabajos de demostración del control de la malaria y, mediante un convenio con la Fundación Rockefeller y el Gobierno Cubano, se propuso el establecimiento de una unidad sanitaria modelo de tiempo completo, ya que la malaria era solo uno de los muchos problemas sanitarios que afectaban a la población y que enfrentaban las autoridades locales. Se decidió que la Unidad Sanitaria Municipal (USM) estuviera bajo la dirección de la Secretaría de Salubridad y Beneficencia, y así fue establecida durante los primeros meses del año 1937. Posteriormente hubo un intento de reproducir este tipo de Unidad en otros territorios del país, pero por las condiciones prevalecientes en el modelo sanitario de la época, todo permaneció solamente en la buena intención (Martínez Calvo S. Dr. Pedro Nogueira Rivera: un salubrista cubano. Trabajo de ingreso a la Sociedad Cubana de Historia de la Salud Pública. Diciembre 2003).

Territorio de la USM: El territorio de Marianao era en la década del 30 relativamente grande, con cerca de 20 km de largo de norte a sur. La población era de unos 20 000 habitantes y comprendía una demarcación urbana que constituía el pueblo de Marianao y un área rural en las partes sur y oeste del municipio. Poseía sectores que integraban dos barrios ricos aledaños de La Habana, y cuatro constituidos por casas de vecindad y solares, donde eran palpables los problemas sanitarios prevalecientes. Con atinada decisión epidemiológica, al instaurarse la Unidad Sanitaria, el territorio se dividió en siete distritos para desarrollar mejor las acciones de control.

Actividades básicas:

Las actividades básicas estuvieron dirigidas a la atención materno infantil, la puericultura y el saneamiento ambiental, y se tradujeron en las tareas siguientes:²

- Estudio de las enfermedades transmisibles más frecuentes en el territorio.
- Inicio en el país de actividades de terreno, especialmente puericultura, a partir del trabajo comunitario de enfermería derivado del primer programa de formación para ese perfil.
- Creación de un servicio de parasitología y de vacunación.
- Realización permanente de actividades de educación para la salud, que incluyó la confección de un Boletín editado y distribuido a todos los escolares mensualmente, en tiradas de 50 000 ejemplares.
- Desarrollo de relaciones intersectoriales y comunitarias a través del trabajo constante con maestros, vecinos y asociaciones de vecinos y padres.
- Realización semanal de un *staff-meeting*, donde participaban conjuntamente enfermeras y un médico auxiliar, con 20 o 30 madres, con el propósito de discutir un tema seleccionado previamente: TB, problemas del embarazo, puericultura, etcétera.
- Realización trimestral del *staff-meeting* de carácter técnico-administrativo con todo el personal de la Unidad, para analizar la situación de salud a partir del trabajo epidemiológico que se desarrollaba.

Período revolucionario socialista:

1960: Creación del servicio médico rural.
1961: Instauración del sistema nacional de salud.
1961: Creación del Policlínico Integral.
1974: Modelo “medicina en la comunidad”.
1980: Creación de los Centros y Unidades de Higiene y Epidemiología.
1984: Modelo Médico de Familia.
1994: Red de Municipios por la Salud.

Centros y Unidades de Higiene y Epidemiología

Consolidado el sistema de salud, garantizada la accesibilidad a los servicios, modificada sustancialmente la situación de salud de los cubanos, era el momento de “salto cualitativo”, específicamente en el campo de la promoción de salud y la prevención de riesgos, enfermedades y daños. “Se había llegado al punto de reforzar la base científica de las acciones sanitarias, tecnificar su realización y privilegiar la imprescindible autoridad sanitaria”, momento que coincidió con la epidemia de dengue en el año 1981 y que propició la creación de los Centros y Unidades de Higiene y Epidemiología. La ubicación territorial de estos centros coincidió con la división político-administrativa nacional y, en ese sentido, a cada municipio y provincia le correspondió una Unidad o Centro –la diferencia dependía de la existencia o no del laboratorio sanitario– y surgió así la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología de Marianao, que aún continúa vigente.

Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE)

Territorio de la UMHE: La extensión territorial en 1989 era de 133 343 habitantes, de los cuales 45 % eran hombres y 55 % mujeres. La ubicación geográfica del municipio de Marianao lo sitúa al oeste de la ciudad, en una franja de tierra de 21,69 km², que representa 2,9 de la superficie de la capital. Las zonas no urbanizadas están agrupadas por áreas de producción agropecuaria, industrial y parte del Parque Metropolitano. Limita con los municipios de Playa, Boyeros, Plaza, Cerro y La Lisa. La red de comunicaciones es buena y el principal medio de transporte es el ómnibus.

Actividades básicas:

- Control epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Control epidemiológico de las enfermedades transmisibles.
- Control higiénico-ambiental.
- Control sanitario internacional
- Control de la infección hospitalaria.
- Programa materno-infantil.
- Análisis y tendencias en salud.

Comparación de las Unidades

No fue posible rescatar la documentación que avalara el desempeño de los profesionales o suministrara datos sobre la situación de salud al constituirse la UMHE. Al respecto, el documento de mayor antigüedad conservado en el centro fue el *Diagnóstico de Salud de 1989*, el que fue utilizado para realizar la comparación. Por su parte, el *Informe Anual de 1938* que proporcionaba información sobre el trabajo desarrollado el año anterior

(1937), se convirtió en el documento-base correspondiente a la época y, unido a las entrevistas a ambos directores y a un exviceministro del MINSAP*, facilitó la realización de un sencillo ejercicio de comparación que sustentó estos comentarios. Es pertinente recordar que las diferencias políticas, sociales, económicas y culturales para la ejecución de las actividades en ambos centros indudablemente eran notables y sirvieron de apropiado escenario para comprender la disimilitud de los resultados en el desempeño de las dos instituciones De este modo se observa lo siguiente (ver anexo 1):

Población: Resulta obvia la enorme diferencia entre ambos períodos, aunque la extensión territorial es casi similar. La pérdida de área rural y la industrialización modificaron el entorno, y con estos cambios también se modificaron los riesgos, enfermedades y daños para la salud. La población se multiplicó cinco veces en los 52 años que separan una Unidad de otra, aunque en el *Informe Anual de 1938* no se consigna su distribución por sexo.

Personal: En la USM el personal de la Unidad debía seleccionarse con el mayor cuidado, sin permitir que factores políticos o de otra naturaleza, excepto la capacidad para el puesto, influyera en la selección. También se les exigió dedicar todas sus horas de trabajo al desempeño de sus deberes en la Unidad. En ese sentido se expuso en el mencionado informe: "La Unidad ha tenido la suerte de utilizar un personal bien capacitado para los distintos puestos y la excelente calidad del trabajo que ha rendido este organismo es debido en gran parte a la bondad de este personal. El médico ha tenido seis meses de estudios especiales en los Estados Unidos y otros países, y una de las enfermeras ha sido entrenada en el extranjero durante año y medio. A medida que las circunstancias lo permitieron, otros empleados fueron becados para realizar más amplios estudios que los adaptaran mejor a los trabajos que habían de rendir".³

El personal técnico más importante de la Unidad estaba integrado por un médico, cinco enfermeras, un inspector sanitario dedicado a los problemas de higiene del suelo y trabajos parecidos, un número impreciso de inspectores sanitarios dedicados al control de mosquitos (especialmente al control de mosquitos pestíferos), un técnico de laboratorio y de rayos X y una secretaria de la Unidad. No se incluyó el personal facilitado temporalmente a la Unidad por la Comisión de Malaria, el cual era utilizado exclusivamente en trabajos permanentes del control de mosquitos.

Por su parte, en la UMHE el número de profesionales y técnicos superó los de la USM, tanto en cantidad como en diversidad de disciplinas, y también estaban dedicados a tiempo completo a sus funciones. Accedían a los puestos de trabajo por necesidades del servicio e idoneidad profesional o técnica. El proceso de superación y capacitación ha sido permanente, en ocasiones obligatorio, aunque casi siempre de carácter nacional.

Recursos materiales: la Unidad Sanitaria ocupaba un amplio y hermoso edificio de estilo colonial, situado a una cuadra del centro de la población y cerca de las líneas de tranvías, así como de los ómnibus. Poseía oficinas, cuartos de reconocimiento, salón de conferencias, laboratorio, patio con campos de juego, jardines y huertos. El transporte se utilizaba para las visitas a zonas menos atendidas como Pocitos, Cocosolo y Pogolotti, y el resto del trabajo era verdaderamente de terreno, es decir, caminando. Por su parte, la UMHE en este territorio no ha tenido ubicación estable desde su creación y tampoco los locales seleccionados han reunido las condiciones que requiere el trabajo que realizan,

ya que se han escogido edificaciones que necesitan adaptaciones. Aquí la comparación parece beneficiar a la USM, atinadamente construida para sus fines.

Situación epidemiológica: Al respecto se realizó un somero análisis de la situación epidemiológica. Según aparece en el diagnóstico de salud correspondiente al año 1989, "las condiciones higiénico-epidemiológicas se corresponden con el buen nivel del patrón de morbilidad en el cual no cobran gran importancia las enfermedades infecciosas, como resultado del control de los departamentos de Higiene y Epidemiología que, con el desarrollo de sus acciones y programas, consiguen que las deficiencias higiénicas existentes (vivienda, red de alcantarillado, empresas contaminantes y presencia de vectores) no influyan negativamente en el estado de salud de la población. La cobertura y cumplimiento de estos programas suple la falta de recursos económicos necesarios para reparar y renovar los servicios higiénicos que no están en óptimas condiciones. El patrón de la morbilidad del municipio es el reflejo de la estructura de su población envejecida, que propicia la manifestación de enfermedades propias de edades avanzadas" (Diagnóstico de Salud del Municipio de Marianao, 1989. Trabajo realizado por un grupo de residentes de Epidemiología. Facultad de Salud Pública, 1990).

Retrospectivamente, en la situación epidemiológica del territorio marianense, en 1937 era evidente la elevada incidencia de enfermedades transmisibles derivadas de las deplorables condiciones medioambientales, los bajos ingresos de la población y la deficiente cantidad de recursos para la atención médico-sanitaria. Las enfermedades prevalentes eran: fiebre tifoidea y paratifoidea, tuberculosis, uncinariasis, paludismo, sífilis, sarampión, blenorragia y parotiditis. No aparecen en el *Informe Anual* datos de mortalidad y sí abundante información sobre la Salud Ambiental y las acciones de control para mejorarla. Al respecto, los focos de vectores, la pésima disposición de residuales líquidos y la mala calidad de la vivienda aportan cifras respetables para la aparición de riesgos ambientales en el territorio. En cuanto a los indicadores y variables higiénico-epidemiológicas seleccionados para la comparación, es obvia la calidad y confiabilidad del dato primario que generó el desarrollo del SNS, así como los beneficios para precisar las acciones sanitarias, lo cual no ocurría en la década del 30 (ver anexo 2).

Actividades sanitarias: Por supuesto que estas actividades se supeditan a la situación epidemiológica existente, a las estrategias proyectadas y a los recursos disponibles. Ante una situación sanitaria como la descrita en el año 1937, con un predominio casi hegemónico de la medicina asistencial privada, resultó audaz la iniciativa de implantar y desarrollar acciones epidemiológicas avanzadas, decisión que merece reconocimiento público. Para el cumplimiento de sus funciones básicas, en la USM se desarrollaron diversas actividades, algunas de las cuales se convirtieron incuestionablemente en acciones precursoras de las estrategias sanitarias ejecutadas durante las 2 primeras décadas del sistema nacional de salud y que se perfeccionaron en la de los años 80 (ver anexo 3):

Las actividades en la UMHE estaban incluidas, prioritariamente, en los programas contra daños, convertidos en el cimiento de la acción epidemiológica; sin embargo, no fue muy amplia la diferencia en el tipo de actividades realizadas en ambas Unidades. Se mantuvieron los controles de foco, las visitas de terreno, las inspecciones sanitarias, el saneamiento ambiental, e incluso se facilitó el trabajo de la UMHE en la década del 70,

al transferirse las actividades de zanjeo, limpieza de solares y entubamiento de residuales líquidos, a los Servicios Comunales de los Organos Locales de Poder Popular (OLPP). Las actividades de educación para la salud son reconocidas en ambos centros como apoyo insustituible del trabajo promocional y preventivo que los distingue, aunque su número y el análisis sobre su aplicación no se consignan en el diagnóstico de salud de la UMHE, lo cual limita la posibilidad de comparación.

Sobre el trabajo intersectorial y la participación comunitaria se puede afirmar que las actividades que hoy promueve el Movimiento de Municipios por la Salud tuvieron su semilla en el esfuerzo de aquellos precursores que decidieron enfrentar los problemas de salud allí donde el hombre vive, estudia y trabaja. Su labor responsable con y para la población en su conjunto, especialmente con padres y maestros, garantizó una buena parte de sus logros.

Resultado del trabajo de las Unidades

Finalmente, la historia reclama evidencias documentales que posibiliten los juicios valorativos y, mientras más precisas, mayor será su contribución a la rigurosidad del análisis histórico. Con esa intención, de cada Unidad se obtuvo información documental, pero, en ambas se detectaron limitaciones para la valoración que se pretendía. El objetivo general en ambos documentos está determinado por el enfoque de los redactores y los intereses del momento en que fueron concebidos, así como por la finalidad del estudio que se ejecutó en cada caso (ver anexo 4). El importante elemento referido a la capacitación no se analizó en ninguno de los 2 documentos, aunque en el correspondiente al año 1938 se consignaron datos cuantitativos, los que –ni por asomo– se explicitan en la información de 1989. La influencia de la capacitación en este segundo documento se consideró incluida dentro de las propias relaciones que crea la vinculación a la comunidad, mediante los procesos participativos en los que esta se involucra, siempre jerarquizados o conducidos por las propias autoridades de salud**

En cuanto a las actividades de promoción y prevención ocurre lo mismo. En el informe anual de 1938 aparecen datos numéricos y en el diagnóstico de salud de 1989 estas actividades se vinculan a la participación comunitaria, como aspecto fundamental para la detección y control de los problemas que alteren el estado de salud de la población. Con excepciones, se mantiene la omisión de este aspecto en la mayoría de los informes sobre la situación de salud en cualquier territorio; por eso, “es uno de los factores considerados como deficiencias en el desarrollo de estos estudios, pues no toman en cuenta la importancia de la comunidad en la determinación y solución de los problemas de salud”.⁴

Ambos documentos deben constituir material de consulta obligada y no solamente para los interesados en la evolución histórica de la salud pública en Cuba, sino para ofrecer luz en el desarrollo de la salud y la enfermedad en esta comunidad, pues aunque parezcan obvias las posibles causas de los cambios y modificaciones que, sin duda, generaron los aportes científicos en el campo sanitario en el último siglo, siempre se hallarán datos sorprendentes para no repetir errores o para evitar el descubrimiento de “novedades” que no son tales.

A criterio del Director de la Unidad Sanitaria, “la Unidad tuvo muy buenos resultados para la salud pública en Cuba, pues con la cooperación de todas las clases sociales y –

más que durante cualquier período anterior— una proporción mayor de los habitantes recibió los beneficios de estos trabajos. Paralelamente se ha desarrollado entre las autoridades locales un sentimiento de responsabilidad en mantener la isla libre de enfermedades evitables por medio del mejoramiento del estado sanitario y de la educación popular en salubridad, que está comenzando por servicios mejor equipados y dirigidos. Más que nunca en el pasado, se viene reconociendo el valor del mejoramiento de la salud y la prevención de las enfermedades como un número permanente en el programa de los trabajos sanitarios”. Por su parte, en las conclusiones del diagnóstico de salud de 1989 de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, se reconocen logros y también reclamos de mejorar la situación sanitario-ambiental, incluida la vivienda, y la infraestructura sanitaria para mantener los actuales niveles de salud de la población.

Obviamente, transcurrieron más de 50 años entre la creación de la Unidad Sanitaria de Marianao (USM) y el surgimiento de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE) del mismo territorio, de cuya instauración ya han avanzado otros 25 años de trabajo ininterrumpido. Para ofrecer información más reciente, se revisó el análisis de situación de salud del año 2003, elaborado en la propia UMHE, y se advirtió que —al compararlo con el diagnóstico de salud de 1989— supera ampliamente la calidad de la recolección y el análisis de la información, así como la oportuna recomendación de medidas de acción, aunque tampoco se aprovecharon los valiosos antecedentes históricos de este privilegiado territorio, que servirían para mostrar las similitudes y los cambios en la situación de salud de su población.

Consideraciones finales

Ante todo lo expuesto, se considera que en momentos de imprescindible reorientación del sistema de salud, de imperiosa necesidad de elevar la calidad de los servicios como respuesta a la situación de salud prevaleciente, sería muy atinado eliminar la tendencia al olvido —tan consustancial a una buena parte del género humano— y que tanto daña al hombre como hacedor de su propia historia. No se pierdan experiencias que, por lejanas, no son menos útiles y recordar a aquellos hombres y mujeres que, convertidos socialmente en profesionales y técnicos, fueron protagonistas de los dos momentos históricos que aquí se describieron. Aprender de su legado y no olvidar que de su trabajo —germinal para unos y continuador para otros— aún se recogen frutos. A todos ellos, presentes o no, a su entrega laboriosa, está dedicado este trabajo

Anexos

1. Comparación entre la población a atender y los recursos disponibles en la Unidad Sanitaria de Marianao (USM) y la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE) Años 1937 y 1989

Población y recursos disponibles	USM (1937)	UMHE (1989)
Población	20 000	133 343
Recursos humanos:		
• Médicos	2	10
• Enfermeras	7	2

<ul style="list-style-type: none"> • Inspectores sanitarios • Técnicos de laboratorio • Obreros de saneamiento • Choferes • Otros 	<p>9</p> <p>1</p> <p>Dato incompleto</p> <p>4</p> <p>-</p>	<p>3</p> <p>Pertenece al CPHE</p> <p>60</p> <p>1</p> <p>10 (licenciados)</p>
<p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Local • Transporte • Laboratorio • Aulas • Equipos 	<p>Bueno</p> <p>Camión y carro</p> <p>Clínico-sanitario</p> <p>1</p> <p>Rayos X, saneamiento</p>	<p>Regular</p> <p>Camioneta</p> <p>Sanitario (CPHE)</p> <p>No dispone</p> <p>Computadoras</p>

2. Comparación entre algunos indicadores epidemiológicos de la población atendida por la Unidad Sanitaria de Marianao (USM) y la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE). Años 1937 y 1989

Indicadores	USM (1937)	UMHE (1989)
Principal causa de mortalidad	No aparecen datos	Enfermedades del corazón
Principal causa de morbilidad	Fiebre tifoidea	Infecciones respiratorias agudas (IRA)
Calidad del agua	No aparecen datos	Buena (1 140 muestras)
Disposición residuales sólidos	Letrinas	Alcantarillado
Índice de infestación	826 criaderos (15 009 viviendas)	0,044 (532 criaderos)

3. Comparación entre las principales actividades sanitarias realizadas en la Unidad Sanitaria de Marianao (USM) y la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE). Años 1937 y 1989

Tipo de actividad	USM (1937)	UMHE (1989)
Inspecciones	694	1 560
Saneamiento ambiental	Zanjeo, chapea, fumigación, construcción de letrinas y otras	No aparecen datos
Imposición de multas	57	338
Visitas de terreno	228	No aparecen datos

Consultas médicas	730	12500 (preventivas)
Control de foco	15	No aparecen datos
Toma de muestras	1208	2 710
Educación para la Salud	92	No aparecen datos numéricos
Capacitación	113	“ “
Información epidemiológica	Anual	Anual

4. Comparación entre los contenidos de los informes anuales de la Unidad Sanitaria de Marianao (USM) y la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE). Años 1937 y 1989

Estructura del documento	Informe anual de la USM (1937)	Informe del diagnóstico de salud de la UMHE (1989)
Objetivo	Mostrar el trabajo realizado en la Unidad Sanitaria al año de su creación	Identificar la relación existente entre las características socioeconómicas y el nivel de salud en el municipio de Marianao
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de la Unidad • Limitantes para el desarrollo • La educación sanitaria • Los trabajos de control de la malaria • La higiene del suelo • El control de la TB • Informe estadístico (24 tablas y 4 cuartillas con cuadros) • Programa de becas • Personal • Conclusiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Objetivos • Control semántico • Métodos • Técnicas y procedimientos • Información previa • Características socioeconómicas de la comunidad • Aspectos higiénico-epidemiológicos de la comunidad • Organización, funciones y recursos de los servicios de salud • Indicadores de salud • Discusión • Conclusiones • Recomendaciones • Bibliografía • Gráficos (23) y tablas (27)

SUMMARY

Health activities held at two important moments for the Cuban public health care history

A comparative analysis of two Hygiene units located in the same territory of the City of Havana, but whose work was carried out in two different historical phases, was made. The first unit was the extinct Hygiene Unit from Marianao municipality, which reached its boom period at the 40's. The second unit is the present Municipal Hygiene and

Epidemiology Unit that was opened up on the 80`s as the rest of the 168 units distributed all over the country during the phase of full consolidation of the national healthcare system. The objectives of this paper were to describe the preventive activities carried out to control risks, diseases and damage to the population of the involved territory, to show achievements and shortcoming in their work, and to acknowledge the performance of health professionals and technicians from both units at two relevant periods of the historical course of the Cuban health care system. The depicted activities were related to health promotion, prevention, inter-sectoral work, community-wide participation and training courses as well as their most outstanding results considered as contributions by these units to the community health status.

Key words: Health activities, Hygiene units.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado García G. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana: una propuesta de periodización. *Rev Cubana Sal Públ.* 1996;22(1):48-54.
2. Martínez Calvo S. El análisis de situación de salud: su historicidad en los servicios. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 1997;35(2). Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1561-300319970002
3. Informe Anual Unidad Sanitaria de Marianao. Boletín de Sanidad y Beneficencia. 1938.
4. Ochoa A, Selva L, Rodríguez E. El análisis de la situación de salud. Una vía para el perfeccionamiento de la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1996;4(12). Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issues&pid=0864-2125&lng=es&nrm=iso

Recibido: 10 de marzo de 2006. Aprobado: 22 de abril de 2006.

Dra. *Silvia Martínez Calvo*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle I esquina a Línea. Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.

*Dr. Terry Molinet. Comunicación personal.

**Director de la UMHE. Comunicación personal.

¹Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular.

²Licenciado en Microbiología. Máster en Salud Ambiental. Asistente.