

Criterios en la planificación de la atención pediátrica en Cuba*

Por los Dres.:

ENZO DUEÑAS GÓMEZ,** RAÚL RIVERÓN CORTEGUERA,**
FRANCISCO ROJAS OCHOA****

Dueñas Gómez, E. et al. *Criterios en la planificación de la atención pediátrica en Cuba*. Rev Cub Ped 47: 4-5, 1975.

Se enumeran los criterios mantenidos en nuestro Ministerio de Salud Pública en relación con la planificación de la atención pediátrica. Entre éstos pueden enumerarse los siguientes: 1) desarrollo de las consultas de puericultura; 2) regionalización de los servicios de salud; 3) planificación de los recursos humanos y materiales; 4) normación técnica; 5) aplicación del resultado de las investigaciones; 6) activismo científico y otros, todo ello basado en los principios fundamentales en que descansa nuestra organización de salud.

Cuba inició en el año 1959 una profunda transformación económica, política y social que ha fijado como meta, la construcción de una sociedad socialista. Este proceso se apoya en la planificación económica y social.

La planificación de la atención pediátrica, inexistente, como cualquier otra forma en planificación en el país antes de

1959, comenzó a desarrollarse en 1962, cuando se fijaron las primeras metas y directrices de la salud pública cubana.

Toma como base para su realización los mismos principios que rigen la organización de la salud pública en Cuba.^{1, 2, 3} Los señalaremos someramente:

1. *La salud de la población es una responsabilidad del Estado*

Una consecuencia de ello ha sido la socialización de los servicios, que incluye la producción y comercialización de los medicamentos, instrumental y equipos, y casi la totalidad de las prestaciones médicas en consultorios donde solo un reducido número de profesionales conserva aún, actividad privada.

El proceso de socialización fue gradual, pero firme, y, en lo fundamental, efec-

* Trabajo presentado en sesión plenaria en el XIV Congreso Internacional de Pediatría, Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.

** Especialista de 1er. grado en pediatría, jefe del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública. Jefe del servicio de neonatología del hospital de maternidad "Ramón González Coro", de La Habana.

*** Especialista de 1er. grado en pediatría y secretario del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

**** Especialista de 2o. grado en Administración de Salud y Director Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

tuado dentro del primer decenio del poder revolucionario.

No estuvo exento de obstáculos, pero se ha establecido sólidamente.

Para la mejor administración, y para hacer realmente posible la planificación integral de los servicios de salud, entre ellos, la atención pediátrica, se ha centralizado en un organismo único de la administración estatal, la gestión de los servicios de salud: el Ministerio de Salud Pública. Los planes de este organismo, han contemplado con la más alta prioridad, la atención maternoinfantil de la población cubana.²

2. Los servicios de salud están al alcance de toda la población

Ello se hace posible porque se alcanza una cobertura de servicios para todo el país, lo que se ha logrado mediante tres medidas básicas: en primer término, la dispersión de las unidades de servicios y de los recursos humanos a través de todo el país, incluidas las áreas rurales, medida que tiene una gran significación ya que como puede observarse en el (gráfico 1), en el año 1973, el 98% de los partos ocurrieron en centros hospitalarios.

En segundo lugar, nuestra legislación ampara el derecho pleno de la población a utilizar los servicios de salud, sin discriminaciones de tipo político, religioso, racial o de otra índole.

En tercer lugar, desaparecen las limitantes de tipo económico al establecerse el carácter gratuito de los servicios de salud en sus componentes más gruesos: hospitalización (incluidos los medicamentos), consultas médicas, investigaciones de laboratorio y exámenes radiográficos. En los servicios pediátricos de urgencia se ofrecen gratuitamente medicamentos para las enfermedades diarreicas y respiratorias agu-

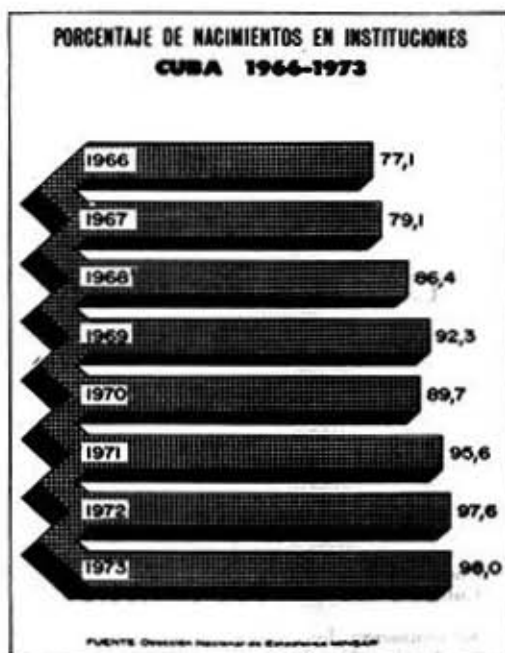


Gráfico 1

das y en las consultas externas, a los pacientes crónicos como reumáticos, nefróticos, etc.^{2,3}

3. La comunidad participa activamente en los programas de salud

La participación activa de las masas populares en todas las actividades que se desarrollan en nuestro proceso revolucionario es constante. La aplicación de la línea de masas en el campo de la salud se hace evidente a todos los niveles de nuestra organización, pero de manera particular en las unidades básicas de las áreas de salud, el policlinico integral (centro de salud) en las áreas urbanas y el hospital rural en las zonas rurales; además prestan una cooperación eficaz a las actividades de todos los programas y salud, y en especial a los de protección maternoinfantil.

Las organizaciones de masa que promueven las actividades de salud en nues-

tro país, son: los sindicatos, los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, y en las áreas rurales, de manera específica, la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.

Las tareas fundamentales que han desarrollado las organizaciones de masa en el campo de la salud, son entre otras:

- Elevar el nivel de educación sanitaria de la población mediante charlas educativas y otras actividades específicas de educación para la salud.
- Movilizar a la población y obtener su apoyo para programas específicos de salud, como son: los de vacunación, pesquisaje del cáncer uterino, donaciones voluntarias de sangre, etc.
- Participar en las campañas de higiene ambiental, por ejemplo en la eliminación de residuales sólidos, canalización de aguas residuales, etc.
- Estrechar las relaciones servicio-comunidad y médico-paciente mediante una amplia participación de la población en la planificación y ejecución de las actividades, lo que aumenta la confianza de la comunidad en sus servicios.
- Conocer la opinión de la comunidad acerca de los servicios de salud.
- Participar específicamente en actividades del programa de Reducción de la Mortalidad Infantil como en la captación precoz de la embarazada, para su atención prenatal, y al niño para asistir a las consultas de puericultura.
- Participar activamente en las investigaciones de crecimiento y desarrollo, y perinatal, que se llevan a cabo en el país.^{4, 5}

Muchas otras actividades pudieran enumerarse bajo este epígrafe, lo que hace tan valioso el aporte de las organizaciones de masa a las actividades de salud, por

ello, es un criterio importante en nuestra planificación de la atención pediátrica, tener en cuenta el valor de las actividades que realizan estas organizaciones en el seno de la comunidad.

4. Los servicios de salud tienen un carácter integral preventivo-curativo

La medicina curativa, a pesar de las nuevas tecnologías, no puede asegurar por sí sola el mantenimiento de un alto nivel de salud de la población. La promoción y protección de la salud, son actividades priorizadas cuando se pretende alcanzar este propósito.

Nuestro sistema nacional de salud le ha impartido a la práctica médica un contenido preventivo-curativo, para lo que desarrolla programas con objetivos precisos de prevención que nos han permitido obtener la erradicación de algunas enfermedades, tales como: la malaria, que constituyó un problema de magnitud apreciable en la provincia de Oriente y cuyo último caso autóctono fue reportado en 1967 (gráfico 2). La poliomielitis, enfermedad erradicada y de la cual sólo se han reportado 1 caso anual en los últimos 3 años, en pacientes no vacunados (gráfico 3); y la difteria prácticamente erradicada al no registrarse caso alguno desde 1970 (gráfico 4); y otras que han disminuido considerablemente, como el tétanos neonatorum, que de 80 casos reportados en 1961, se registraron 2 en 1971, uno en 1972 y ninguno en 1973 (gráfico 5); la morbilidad en el tétanos infantil, descendió de 112 casos en 1964 a sólo 25 en 1973 (gráfico 6), y la tuberculosis en menores de 15 años, de 418 casos reportados en 1964 disminuyó a 37 en 1973. De 43 defunciones ocurridas en 1960 disminuyó a 2 en 1973 (gráfico 7).

CASOS AUTOCTONOS DE MALARIA CUBA 1962-1973

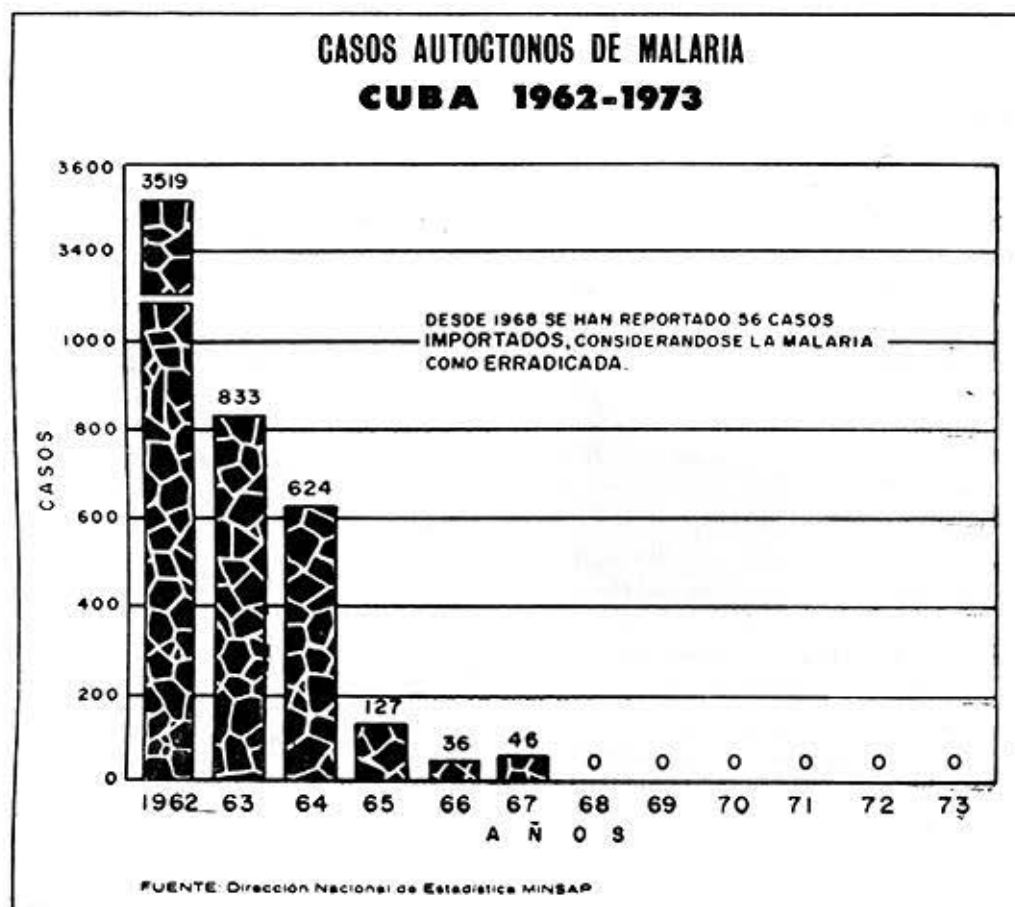


Gráfico 2

La meningitis tuberculosa es una afección poco frecuente, no se reportan casos en 1972 y 1973 (gráfico 8).

También, como un criterio de la planificación en la atención pediátrica, merece destacarse el desarrollo de las consultas de puericultura en los menores de un año, las cuales están planificadas a nivel primario en el área de salud, se ha trazado como meta siete consultas a cada niño en el primer año de su vida.^{6,7,8} Esta cifra todavía no ha sido alcanzada, sin embargo, año a año se registran aumentos en relación con el incremento de los recursos pediátricos. En el gráfico 9 se mues-

tra el número de consultas de puericultura, el cual se incrementó de 247 892 consultas en 1967 a 1 225 510 en 1973.

El gráfico 10 muestra el número de consultas pediátricas ofrecidas a menores de 15 años por grupos de edades, donde se destaca el aumento alcanzado de 1967 a 1973.

El gráfico 11 muestra la concentración de consultas por grupos de edades, se observa como en menores de 1 año, aumentan de 5,7 a 9,2 por niño menor de 1 año, en el grupo de 1 a 4 aumenta de 2,2 a 2,7 y en el de 5 a 14 de 1,0 a 1,5 de 1967-1973.

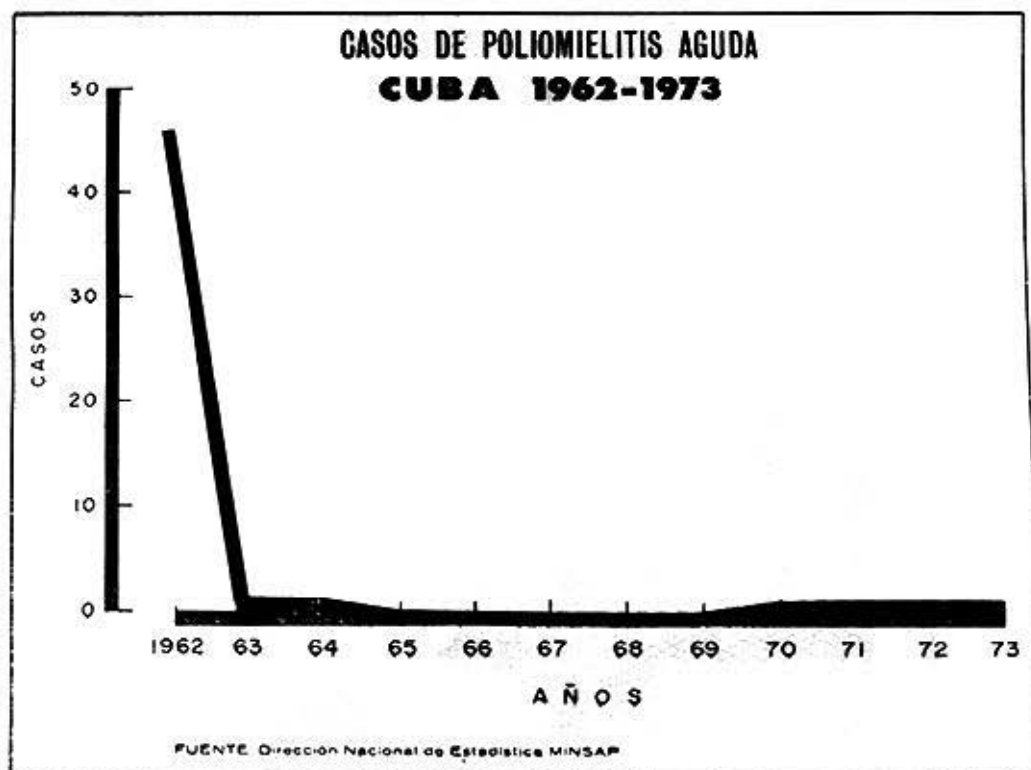


Gráfico 3

Todas estas tareas se han desarrollado sobre la base de integrar las actividades preventivas y curativas en los programas y unidades de servicio de toda la organización de salud.

Se toman en cuenta como criterios básicos para la planificación de la atención médica entre otros:

1. La regionalización de los servicios de salud

Este criterio ha determinado la planificación de las acciones de salud materno-infantiles y su ejecución, y ha definido tres niveles de atención; el área de salud, el de región y el de provincia, a los que corresponden en el mismo orden, servicios de atención primaria, secundaria y terciaria o superespecializada.^{3, 9}

La atención materno-infantil primaria se realiza en el policlínico integral, que atiende una población entre 25 000 y 30 000 habitantes en las zonas urbanas, y en las rurales, en el hospital rural, que además de realizar las funciones del policlínico, tiene hospitalización de enfermos (gráfico 12). Para la población del área de salud se brindan por estas unidades, consultas de puericultura y pediatría general, así como las consultas prenatales. También se realizan visitas a domicilio por personal de enfermería de terreno a las embarazadas y niños en riesgo: recién nacidos a término, patológicos, pretérmino y desnutridos; se realizan programadamente las vacunaciones con BCG y DPT, antipoliomielítica, antivariólica y antisarampiónica.⁶ Recientemente se han establecido además consultas médicas domiciliarias en zonas

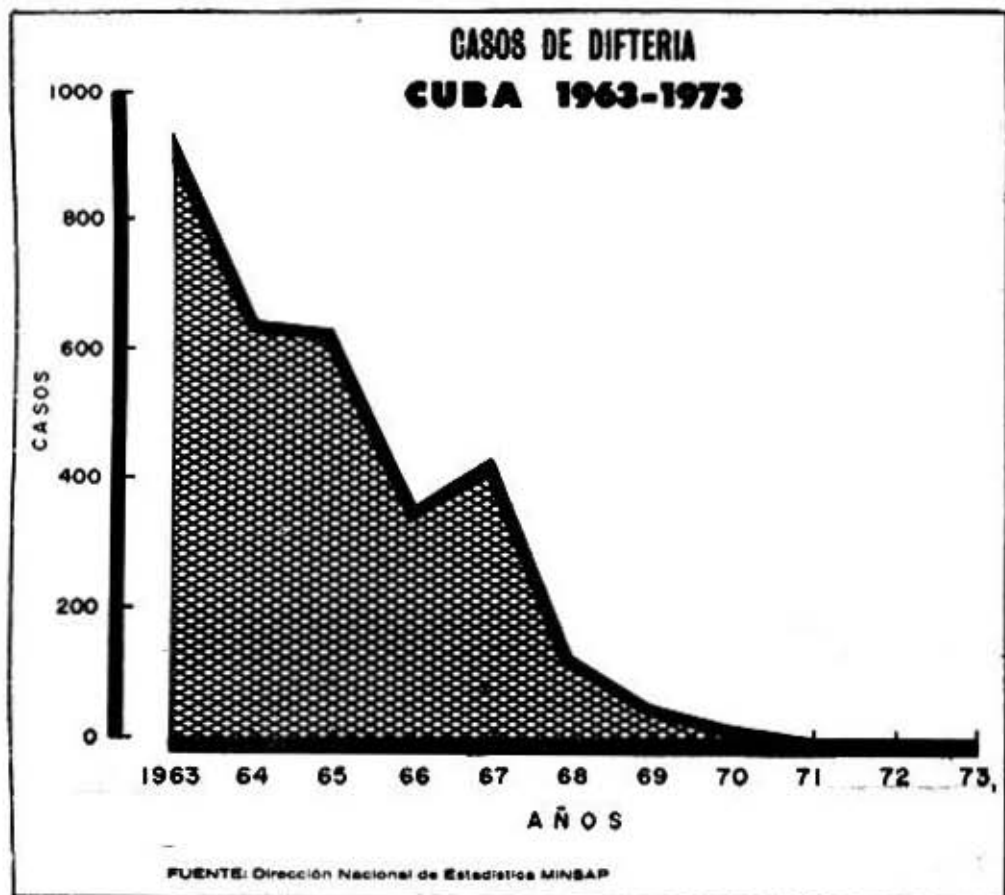


Gráfico 4

urbanas, para menores de 5 años y niños con algún grado de invalidez en todas las edades, a solicitud de la población.¹⁰

Existen en todos los policlínicos tarjeteros de control de vacunaciones, de la consulta de puericultura, y de los niños en riesgo, clasificados por sectores, que constituyen las partes en que se divide el área de salud, y que corresponden a una población entre 3 000 y 5 000 habitantes. Esto asegura un control adecuado de la actividad y permite evaluar el cumplimiento de los planes.

En el área existen también otras unidades dependientes del policlínico u hospital rural, como son: los hogares mater-

nos, los de recuperación nutricional y los dispensarios rurales. Además se brindan servicios estomatológicos a niños y se atienden las instituciones infantiles como círculos infantiles, jardines de la infancia y hogares de impedidos físicos y mentales.^{7, 11}

En el segundo nivel de atención, los servicios regionales atienden una población entre 100 000 y 250 000 habitantes y brindan apoyo a las áreas de salud (gráfico 13). A nivel de región existen hospitales pediátricos o servicios de pediatría en hospitales generales, así como servicios de especialidades como otorrinolaringología, oftalmología, urología, etc.

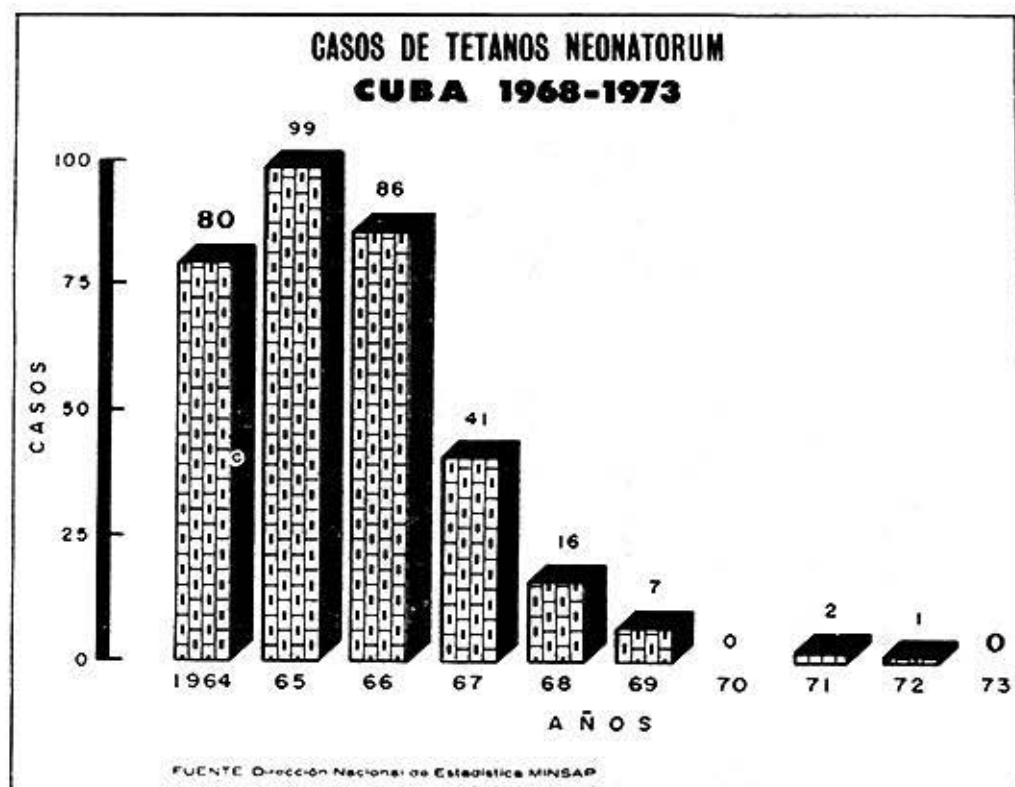


Gráfico 5

y consultas de seguimiento a niños egresados de salas de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, reumáticos y cardiopatas, nefrología, etc. Estos servicios pediátricos regionales ofrecen una asistencia más calificada que a nivel primario.

La atención estomatológica especializada se brinda en las clínicas dentales, que cuentan con 4 especialidades, entre ellas la ortodoncia.

Los servicios provinciales o de nivel terciario atienden una población que fluctúa entre 500 000 y 1 500 000 habitantes y ofrecen atención pediátrica de mayor calificación, ya que son hospitales docentes, donde se incluyen las especialidades que tiene la región y además otras como

neurocirugía, cirugía neonatal, siquiatria infantil, alergología, etc.

La planificación de estas acciones se encuentra materializada, en las áreas de salud urbanas, en sus policlínicos; y en las zonas rurales, por los hospitales rurales, a través de los programas de atención integral al niño y a la mujer, que contemplan actividades específicas para la reducción de la mortalidad infantil, atención a niños asmáticos, etc.

Un elemento fundamental en los servicios de los 3 niveles mencionados es el que se deriva a la actividad de los institutos de investigación, donde, además de la alta docencia y la investigación, se ofrece atención médica altamente especializada.

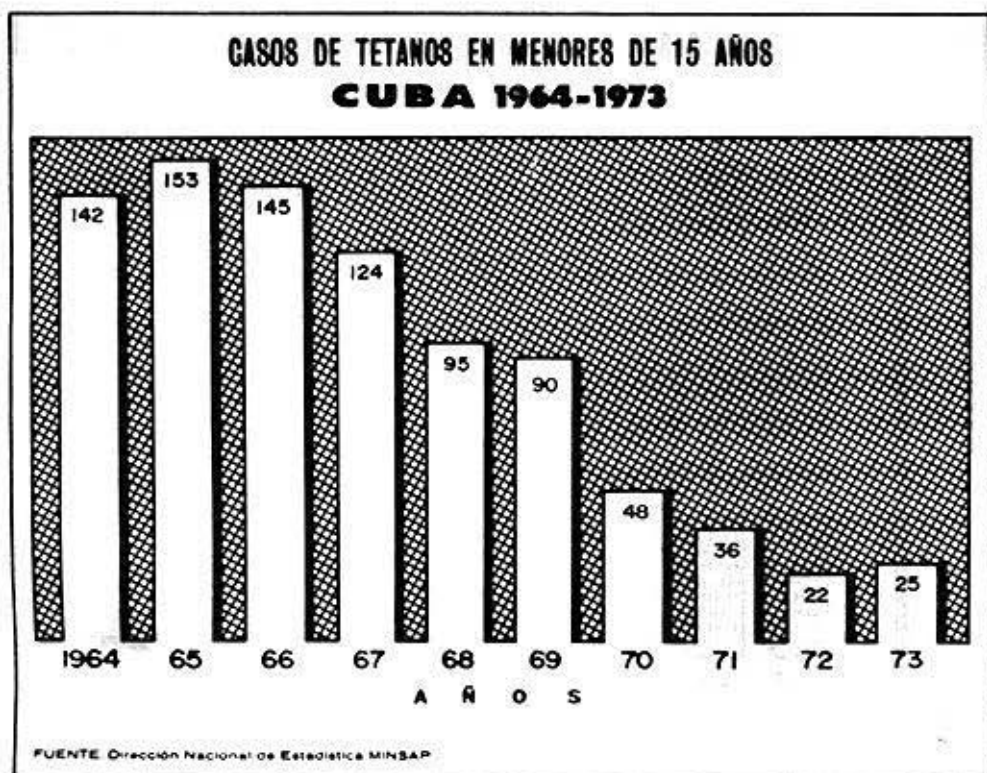


Gráfico 6

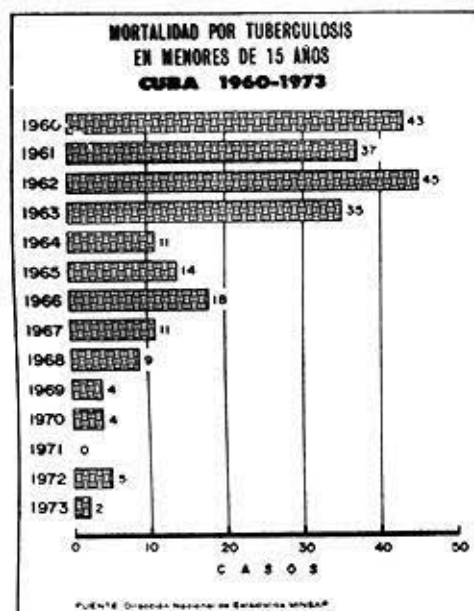
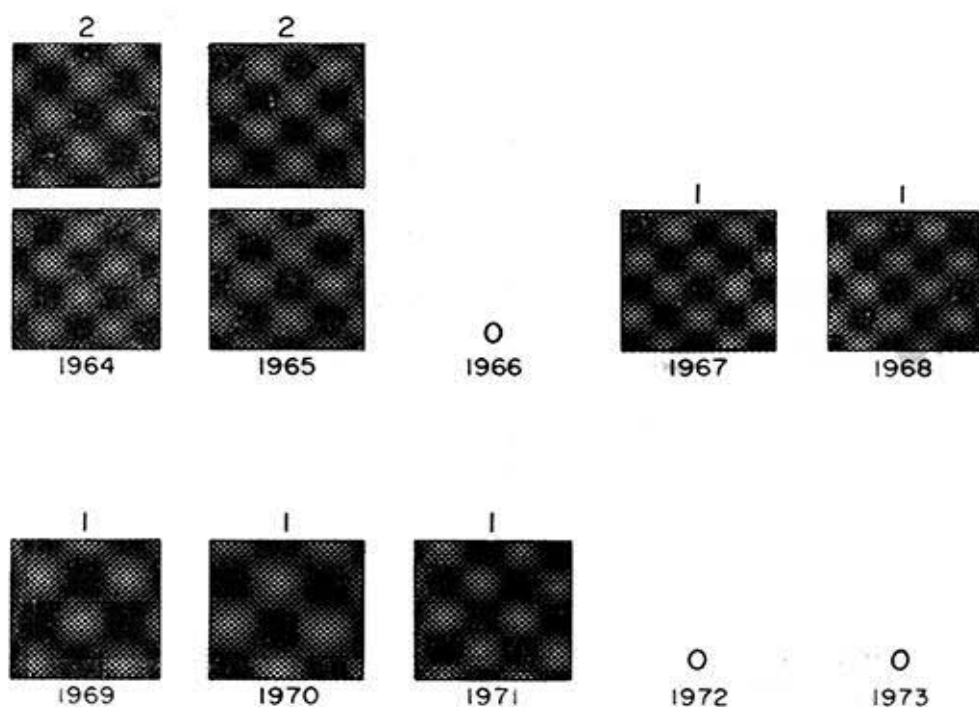


Gráfico 7

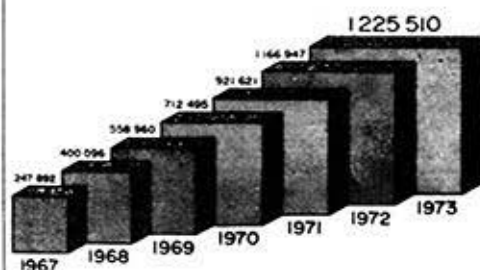
CASOS DE MENINGITIS TUBERCULOSA EN MENORES DE 15 AÑOS CUBA 1964-1973



FUENTE: Dirección Nacional de Estadística MINSAP

Gráfico 8

CONSULTAS DE PUERICULTURA CUBA 1967-1973



FUENTE: Dirección Nacional de Estadística MINSAP

Gráfico 9



Gráfico 10

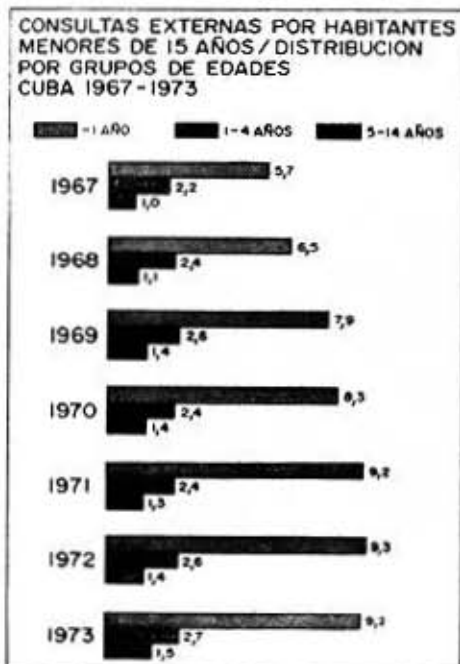


Gráfico 11

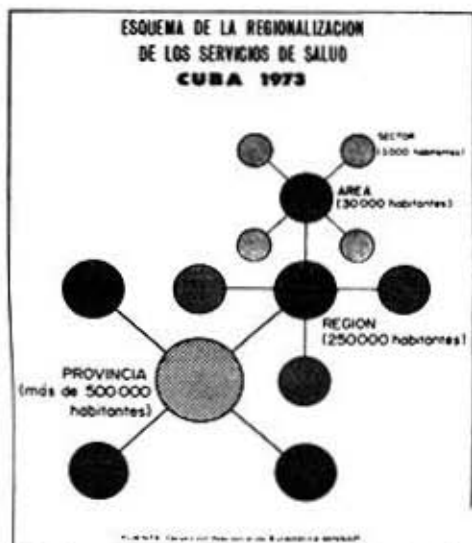
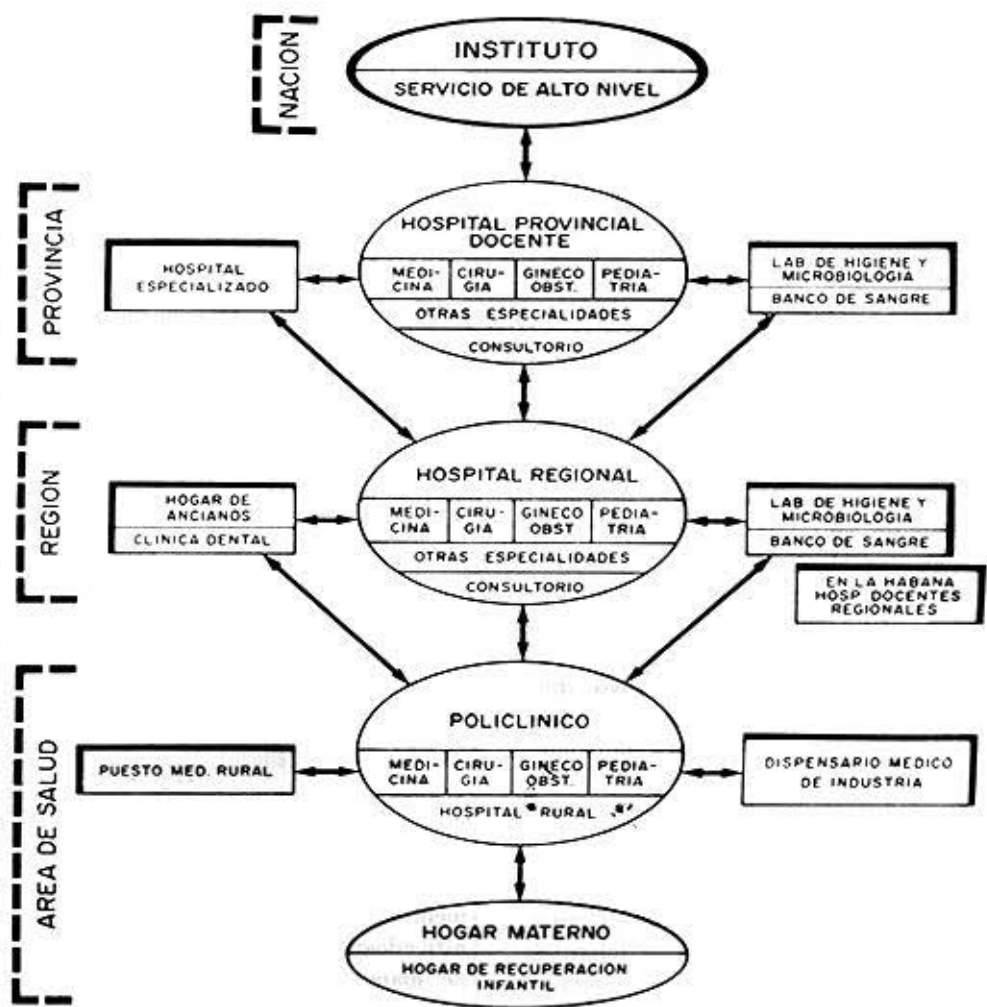


Gráfico 12

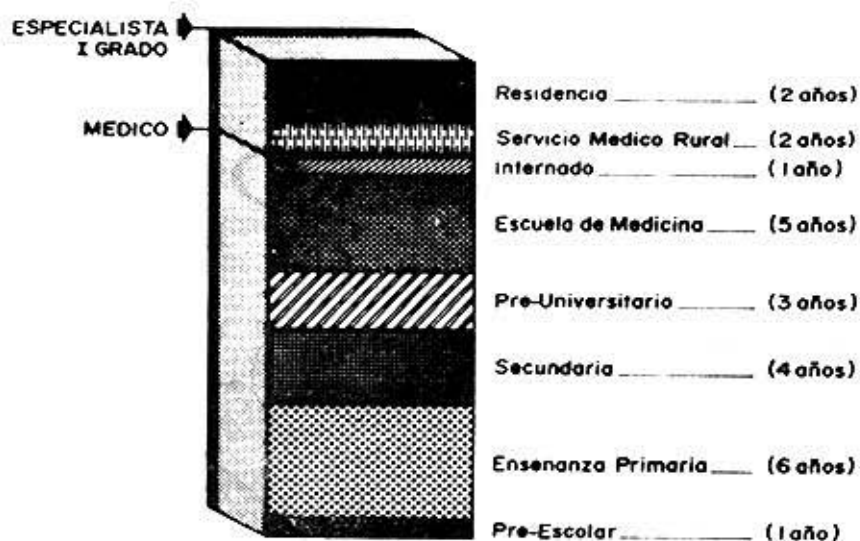
ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD REGIONALIZADOS



FUENTE: Dirección Nacional de Epidemiología y Muestreo

Gráfico 13

DURACION DE LOS ESTUDIOS HASTA LA GRADUACION DEL MEDICO ESPECIALISTA DE I GRADO EN PEDIATRIA



FUENTE: Dirección de Docencia MINSAP

Gráfico 11

2. La planificación de recursos humanos

Cuba, como país socialista, tuvo que afrontar la planificación de formar, conservar y supervisar sus recursos humanos calificados.

La formación del pediatra comienza en el internado (6to. año de la carrera de medicina), se verticaliza con un año dedicado, tiempo completo, a la práctica de esta especialidad. Cuando termina el internado inicia su trabajo de posgraduado en el Servicio Médico Social durante 3 años en área rural o pequeñas comunidades. Terminado el posgraduado continúa su formación de especialista, a través de una residencia de dos años, y al finalizar ésta, se le otorga el título de especialista de primer grado (gráfico 11). Este espe-

cialista tiene un entrenamiento mínimo de 5 años en la práctica de la pediatría.^{1, 2, 3, 11}

El proceso de formación de especialistas ha sido lento. En los últimos años hemos graduado un promedio de 30; en los 4 ó 5 años próximos aumentaremos esta cifra, al crecer de modo apreciable el número de médicos que se graduará anualmente. Todas las especialidades tienen planificados los recursos humanos a formar, de manera que se asegure un desarrollo armónico cuantitativo de las mismas.

Como un elemento necesario para el desarrollo cualitativo de la pediatría, y producto de un análisis de nuestra morbilidad infantil y perinatal, en 1972 se decidió formar neonatólogos para con ello incrementar la cobertura calificada

en la atención del recién nacido. Este profesional cursa un año de pediatría general y durante el segundo año dedica todo su tiempo a su preparación en neonatología.

Al finalizar, es un especialista de primer grado en pediatría dedicado a neonatología.

También se forman cirujanos y psiquiatras infantiles para así seguir los lineamientos antes expuestos.

Actualmente Cuba cuenta con 1 pediatra por cada 7 700 habitantes, o sea, 1 pediatra por cada 2 860 habitantes menores de 15 años, (gráfico 15) y aspiramos a tener en 1980, 1 pediatra por cada 5 500 habitantes, o sea, 1 por cada 1 800 habitantes menores de 15 años.

Para lograr el objetivo de una mejor calificación en los cuidados de enfermería, se crearon la enfermera pediátrica y la auxiliar de enfermería pediátrica.

Hasta 1974, se habían graduado 685 enfermeras pediátricas y 5 029 auxiliares de enfermería pediátrica, las que prestan servicio en hospitales, policlínicos e insti-

tuciones infantiles y escolares (círculos infantiles, jardines de la infancia, hogares de recuperación nutricional y de impedidos físicos y mentales). En los hospitales pediátricos también prestan servicio enfermeras generales, que cuidan a las pediátricas completan el personal de enfermería, de lo que se registra un índice de 34,8 enfermeras por cada 100 camas.

Este personal, a pesar del esfuerzo realizado, todavía resulta insuficiente, y será la formación de más cantidad en los años venideros, la que nos permitirá mejorar la relación de enfermeras por camas.¹¹

Se realizan cursos posbásicos de enfermería en neonatología y para instructoras de enfermería pediátrica.

Referente a la superación del personal médico pediátrico, se ha seguido un criterio de planificar cursos de perfeccionamiento, dirigidos a especialistas y médicos generales que prestan servicios pediátricos a nivel primario. Estos cursos se realizan en los hospitales infantiles provinciales docentes, lo que permite la actualización en las principales materias en el campo de la pediatría.¹²

3. La planificación de los recursos materiales

El total de camas pediátricas en el país es de 9 620 (23,5% del total de camas del país), lo que representa 1,1 camas pediátricas por cada 1 000 habitantes, (gráfico 16), o lo que es igual, 2,9 camas pediátricas por cada 10 000 niños menores de 15 años. Este índice lo consideramos todavía insuficiente. No se incluyen las camas para recién nacidos normales. En relación a su distribución (gráfico 17), el 29,4% de estas camas están dedicadas a clínica pediátrica; el 26,7% a enfermedades diarreicas agudas; el 17,9% a enfermedades respiratorias agudas; el 11,9%

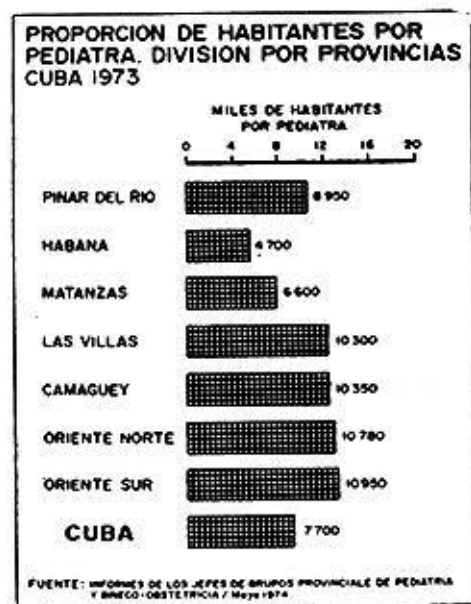


Gráfico 15

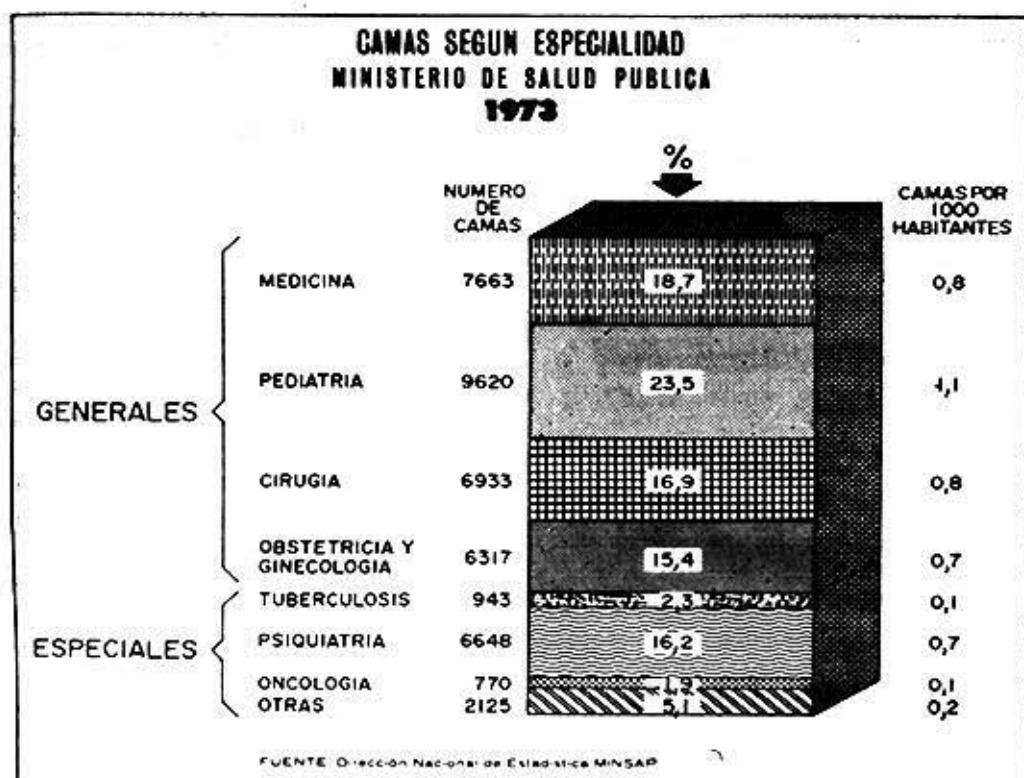


Gráfico 16

a neonatología (niños pretérmino y recién nacidos a término, patológicos); el 8,9% a cirugía pediátrica (se incluye las especialidades quirúrgicas); el 2,6% a infectología; el 1,7% a quemaduras; y el 0,9% a nutrición. En el momento actual esta distribución está acorde con nuestras necesidades pediátricas.

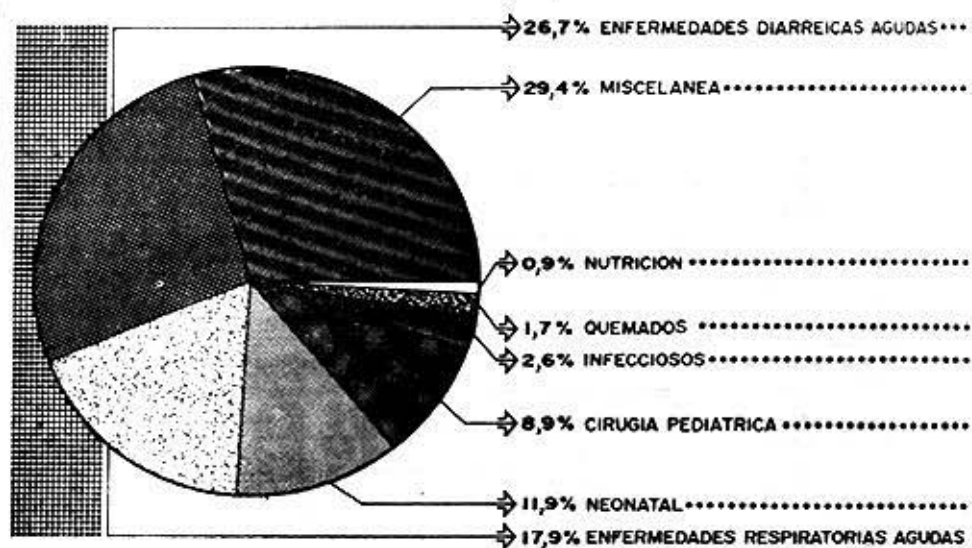
La distribución geográfica de las camas pediátricas (gráfico 18) ha equilibrado parcialmente las distintas provincias del país: la del índice más bajo muestra 2,3 camas pediátricas por cada 10 000 niños menores de 15 años, y el más alto es de 3,7. Esta situación aún es susceptible de una mejor distribución. El 54,2% del total de estas camas están ubicadas en hospitales pediátricos.

Además, se cuenta con un número de hogares de recuperación nutricional, y de impedidos físicos y mentales, que complementan la cobertura de camas dedicadas a la atención pediátrica en el país.¹³

Otro de los recursos con que cuenta la atención pediátrica es el de las consultas externas de puericultura y pediatría general, las cuales están planificadas en todas las áreas de salud urbanas y rurales. Son criterios de esta planificación, las siguientes normas:

- 7 consultas de puericultura anuales al menor de 1 año.
- 3 consultas anuales al niño de 1 a 4 años.
- 2 consultas anuales al niño de 5 a 14 años.

**DISTRIBUCION DE LAS CAMAS DE PEDIATRIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
1973**



FUENTE: Dirección Nacional de Estadística MINSAP

Gráfico 17

Estas metas no se han alcanzado aún, pero los resultados obtenidos son satisfactorios para el actual nivel de recursos humanos existentes.

Hay en el país 326 policlínicos (gráfico 19) que se corresponden aproximadamente con la totalidad de las áreas de salud existentes; todos tienen consultorios pediátricos.

1. Las normas técnicas de la pediatría

Las ventajas indudables de un cierto grado de uniformidad en la conducta médica frente a los problemas de salud, han conducido a la planificación de las normas técnicas de atención pediátrica en lo referente a inmunizaciones, diagnóstico y tratamiento.

Estas normas han sido recogidas en una extensa publicación de dos tomos, de carácter docente, cuya primera edición se realizó en 1971, después de un largo proceso de elaboración en que participaron centenares de especialistas de todas las provincias del país, lo que las hizo de fácil aceptación por el cuerpo médico.

Una revisión de estas normas, que constituye la 2a. edición, se encuentra actualmente en prensa. Estas normas técnicas incluyen algunos aspectos relativos a la administración de los servicios pediátricos.

Entre los beneficios que a éstas se pueden atribuir, están: el de erradicar el hacinamiento en servicios de enfermedades diarreicas agudas, lo que junto a las normas de hidratación y las del empleo de los antimicrobianos en esta patología han sido

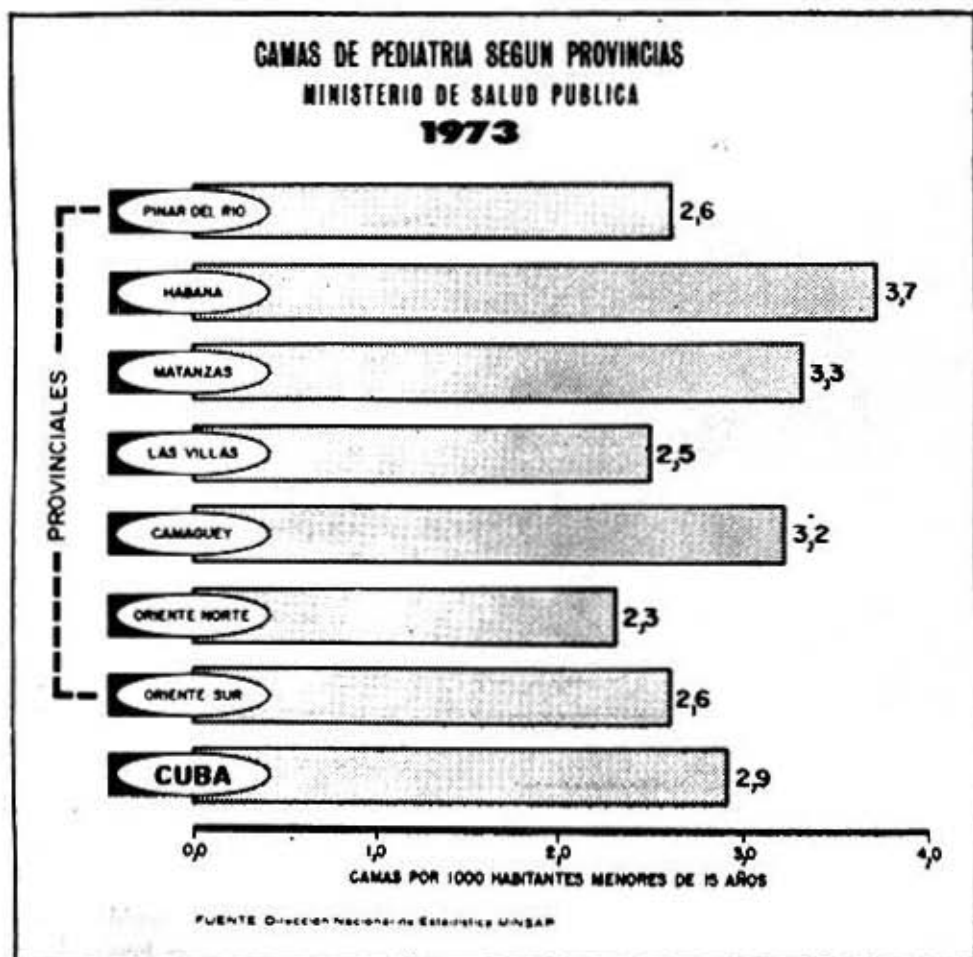


Gráfico 18

factores decisivos en la reducción de la mortalidad infantil.

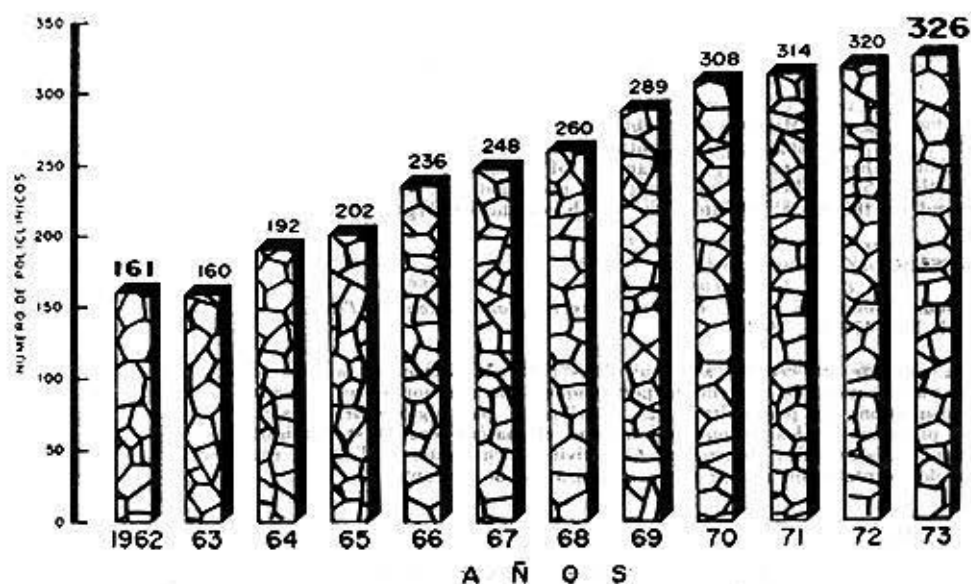
5. La aplicación de los resultados de las investigaciones

En la planificación de las investigaciones en salud se ha dado prioridad a las investigaciones aplicadas. Ello ha permitido que los resultados de las mismas sean de inmediata utilidad en la solución de los problemas principales que afrontan en la atención médica.

Dos investigaciones nacionales de gran trascendencia para la atención pediátrica

se han emprendido en fecha reciente: la Investigación Perinatal Nacional, Cuba 1973 y la Investigación Nacional de Crecimiento y Desarrollo. En la primera se obtendrán resultados relativos a la influencia de factores biológicos y sociales, así como a la atención médica en la morbi-mortalidad perinatal. Sobre estas bases se planificarán las acciones del programa para la reducción de la mortalidad en este período de la vida, y en la segunda quedarán establecidos los parámetros del niño cubano en términos más precisos, lo que permite diversas aplicaciones clínicas y sociales de los resultados.^{14, 15}

POLICLINICOS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
1962-1973



FUENTE: Dirección Nacional de Estadística MINSAP

Gráfico 19

6. *El activismo científico*

La obtención de resultados de impacto en el nivel de salud de la población no parecen alcanzables en las condiciones de un país de desarrollo económico limitado, sin una participación masiva, consciente y muy activa de la masa de profesionales de la medicina. Esto confiere gran importancia al activismo científico, entendiéndose por tal la organización de esa participación masiva de los profesionales.

Este criterio fundamentó la planificación de una forma específica de lograr esta participación, referida a los niveles más calificados de una especialidad mé-

dica, tal como es la pediatría: ésta es la organización de los llamados grupos.²

El grupo está formado por los más destacados especialistas en el campo de la pediatría en el país, que sin abandonar cada cual la práctica de su especialidad en un servicio aplicado, se integran a una función de dirección de las tareas de salud, y norman, asesoran, supervisan y evalúan, a través de la organización, todo lo concerniente a su especialidad.^{2, 3, 14}

Los administradores de salud los orientan y recogen sus experiencias y opiniones, que aplican de manera consecuente. De esta forma el trabajo de dirección logra

coordinar y enmarcar en una resultante definida, las opiniones y experiencias de los exponentes más calificados de las distintas ramas de las ciencias de la salud del país.

Este activismo científico en apoyo de la administración, es a su vez una forma de democratización del proceso administrativo, que permite un alto grado de participación de la masa de trabajadores científicos en la toma de decisiones.

SUMMARY

Dueñas Gómez, E., et al. *Criteria for the planning of pediatric care in Cuba*. Rev Cub Ped 47: 4-5, 1975.

Criteria of our Ministry of Public Health for planning pediatric care are exposed. Among these, the following can be mentioned: 1) development of puericulture services; 2) regionalization of health services; 3) planning of human and material resources; 4) technical standardization; 5) application of results of investigations; 6) scientific activity; etc. All them are based on the main principles on which our health organization lays.

RESUME

Dueñas Gómez, E. et al. *Crîtères dans la planification de l'attention pédiatrique à Cuba*. Rev Cub Ped 47: 4-5, 1975.

On rapporte les critères soutenus dans notre Ministère de la Santé Publique en rapport avec la planification de l'attention pédiatrique. On mentionne les suivants: 1) développement des consultations de puériculture; 2) distribution par régions des services de soin pour la santé; 3) planification des ressources humaines et matérielles; 4) standardisation technique; 5) application du résultat des recherches; 6) activité scientifique, et d'autres, étant basés sur les principes fondamentales où repose notre organisation de la santé.

РЕЗЮМЕ

Дуеньяс Гомез Э., и др. Некоторые мнения по планированию педиатрической помощи на Кубе. Rev Cub Ped 47: 4-5, 1975.

Даны концепции нашего Министерства здравоохранения по планированию педиатрической помощи. Примерами можно приводить следующие: 1) развитие приемов по пуерикультуре; 2) регионализация всех служб здоровья; 3) планирование материальных ресурсов и кадров; 4) техническое нормирование; 5) использование результатов исследований; 6) научные деятельности и другие. Все они основаны на общих принципах организации нашего здравоохранения.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Ministerio de Salud Pública. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe de la República de Cuba, Santiago de Chile, octubre de 1972.
- 2.—Ministerio de Salud Pública. XXVI Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Organización de los Servicios y Nivel de Salud. Informe del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Montevideo N. L. noviembre, 1972.
- 3.—Ministerio de Salud Pública. IV Reunión de Ministros de Salud Pública de las Américas. Cuba; Organización de los servicios y niveles de salud. Washington, D.C. Septiembre de 1974.
- 4.—Riverón Corteguera, R. et al. Organización de la pediatría en Cuba. XIV Congreso Internacional de Pediatría, Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 5.—Riverón Corteguera, R. "Integración del equipo de salud en el policlínico, sus relaciones con la comunidad. XIV Congreso Internacional de Pediatría, Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 6.—Valdés Lazo, F. Programa de atención integral al niño. Habana, mayo, 1960.

- 7.—Ministerio de Salud Pública. Dirección de Planificación de Salud. Consolidado de información para la evaluación de los programas básicos del área de salud, agosto, 1971.
- 8.—Ministerio de Salud Pública. Normas de pediatría. Instituto Cubano del Libro, Habana, 1971.
- 9.—*Hernández Elias, R.* Administración de la salud pública. Instituto Cubano del Libro, Habana, 1971.
- 10.—Ministerio de Salud Pública. Programa de atención médica domiciliaria, La Habana, mayo, 1973.
- 11.—*Riverón Cortegueta, R. y A. Peralta Quintero.* Recursos humanos en la atención materno-infantil en Cuba. XIV Congreso Internacional de Pediatría, Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 12.—Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Perfeccionamiento. Enseñanza continuada y perfeccionamiento medicosomatológico. Habana, marzo, 1973.
- 13.—*Riverón Cortegueta, R. y E. Dueñas Gómez.* Simposium sobre Mortalidad Infantil (sesión precongreso) Instituto Materno Infantil de Lanus. Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 14.—*Gutiérrez Muñoz, J. A. et al.* Investigación Perinatal, Nacional, Cuba 73. (Informe preliminar) XIV Congreso Internacional de Pediatría; Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 15.—*Jordán Rodríguez, J.* Investigación Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Población Cubana de 0-19 Años. XIV Congreso Internacional de Pediatría. Buenos Aires, Argentina, octubre, 1974.
- 16.—*Azcuy Henríquez, P.* Normas y Funcionamiento de los Grupos Nacionales. (inédito), Habana, abril, 1973.

Recibido el trabajo: diciembre 25, 1974.