

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

Por los Dres.:

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

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

Se plantean los programas y actividades que se desarrollaron desde los primeros años de la década de 1960, destinados a mejorar en sentido general la salud del pueblo. Se expone la situación de la salud maternoinfantil en el período 1970-1979, y se analizan la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, unidades para la atención maternoinfantil, personal de enfermería, organización de la atención maternoinfantil, programas de atención integral a la mujer y al niño. Se destaca la reducción de la mortalidad infantil en el 50,3% y la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en el 81,8% en el decenio. Se exponen las perspectivas de trabajo en los próximos años, encaminado a mantener los éxitos alcanzados, así como a solucionar otros problemas producto del desarrollo obtenido, y que actualmente son considerados.

Antecedentes

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

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

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

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

las campañas de vacunación contra la poliomielitis, el programa de lucha contra la gastroenteritis, el programa de erradicación del paludismo. Se incrementan el parto institucional y la atención de los recién nacidos en servicios de neonatología. Muy anticipadamente se tomó la decisión de priorizar la atención materno-infantil, como una forma de garantizar que las generaciones futuras tuvieran un crecimiento y desarrollo acordes con las necesidades que exigía la nueva sociedad que se comenzaba a construir. Al mismo tiempo se incrementaban los servicios de salud al adulto, y se iniciaba la transformación de una medicina asistencial curativa por una medicina preventiva. Se comenzó la formación de personal dedicado a epidemiología, higiene, medicina del trabajo y otras especialidades que nunca habían sido con anterioridad preocupación para la salud pública cubana, así como también se aumentó el número de los hogares de ancianos y se crearon los hogares maternos, de impedidos físicos y mentales y de recuperación, se transformó la atención psiquiátrica al enfermo crónico y muchos otros aspectos de la salud pública en general.¹⁻⁷

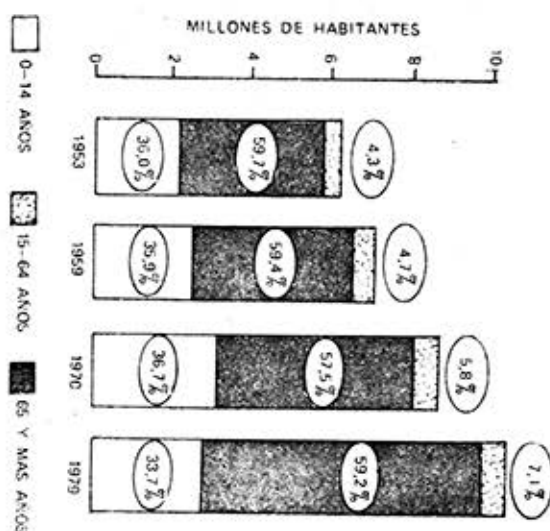
Han pasado 20 años y la salud materno-infantil se ha desarrollado considerablemente en nuestro país. El objetivo de este trabajo es analizar los indicadores, actividades y programas existentes en el decenio 1970-1979 y trazarnos las perspectivas de trabajo para la década del 80. Durante el tiempo transcurrido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

Al analizar la situación de la salud materno-infantil en el decenio recién finalizado estudiaremos la población, natalidad, crecimiento demográfico, recursos humanos, recursos-camas, instituciones de atención materna e infantil y los programas de atención integral a la mujer y al niño. Al final expondremos las perspectivas de trabajo en los próximos años.

Población

En el gráfico 1 se pueden apreciar los diferentes cambios en la estructura de población de Cuba desde 1953. El censo de población de 1953 registró 6 128 797 habitantes. Basado en este censo se hicieron estimaciones para 1959, y aumentó la población a 6 900 888 habitantes. En 1970 se realizó un nuevo censo de población el cual registró 8 551 390 habitantes. A partir de esta fecha la natalidad aumentó en 1971 y 1972, para después iniciar un descenso ininterrumpido hasta 1979. Los estimados de población registraron 9 772 855 habitantes para 1979, con una estructura del 33,7% menores de 15 años, 59,2% de 15 a 64 años y el 7,1% de 65 años y más. En la actualidad tenemos una densidad de población de 89 habitantes por km².

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



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

Natalidad

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

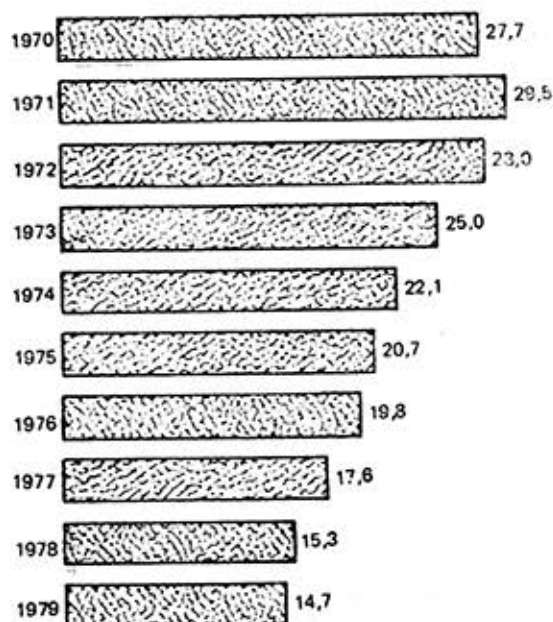
El crecimiento demográfico vegetativo a partir de 1970 se puede observar en el cuadro I, el cual muestra una tendencia descendente a expensas de la disminución registrada en la tasa de natalidad. El crecimiento vegetativo de nuestra población disminuyó de 2,14% en 1970 a 0,91% en 1979.

Recursos para la atención materno infantil

Humanos

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

Gráfico 2
NATALIDAD 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

CUADRO I
CRECIMIENTO DEMOGRAFICO VEGETATIVO. CUBA, 1970-1979

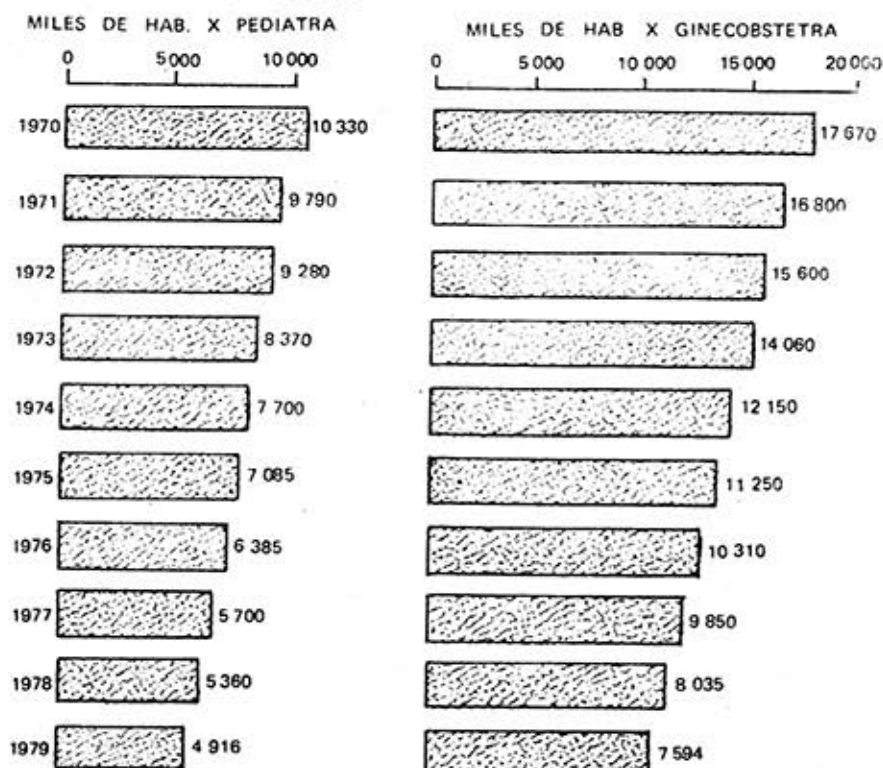
Años	Natalidad por 1 000 habitantes	Mortalidad general 0/00 habitantes	Crecimiento demográfico vegetativo %
1970	27,7	6,3	2,14
1971	29,5	6,0	2,35
1972	28,0	5,6	2,24
1973	25,0	5,6	1,94
1974	22,1	5,8	1,63
1975	20,7	5,5	1,52
1976	19,8	5,6	1,42
1977	17,6	5,8	1,18
1978	15,3	5,7	0,96
1979	14,7	5,6	0,91

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

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

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

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



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

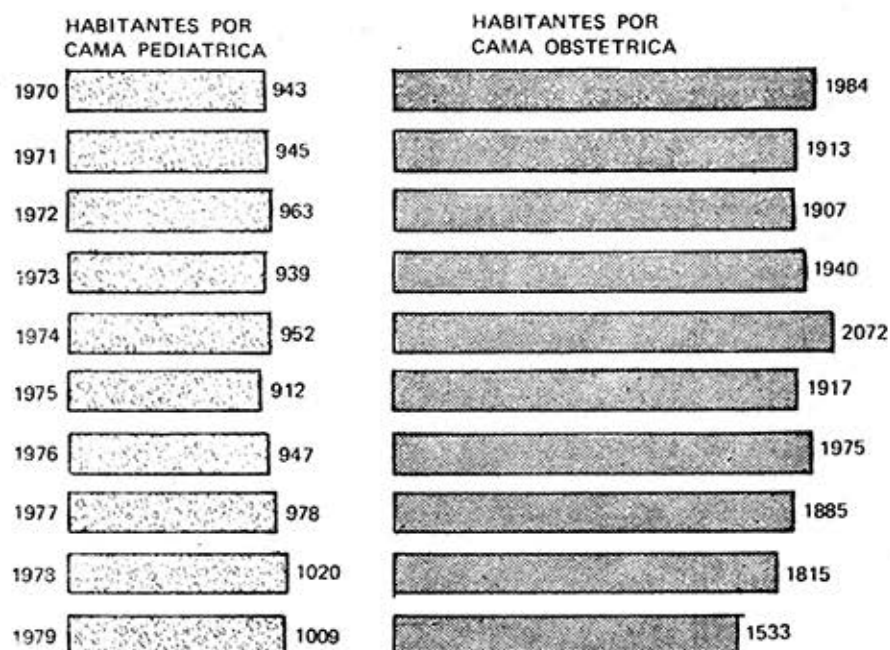
Unidades

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

Camas

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

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



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

Organización de la atención maternoinfantil

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

La Dirección Nacional de Atención Médica tiene un departamento maternoinfantil que cuenta con una sección de ginecología y una de pediatría. El departamento tiene, entre otras, las siguientes funciones:

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

En el nivel central aparecen entre los métodos de administración y dirección, los grupos nacionales de ginecología y pediatría.¹⁰ Los grupos nacionales son colectivos de trabajo integrados por profesores y especialistas que, sin abandonar la práctica diaria en su servicio aplicativo, se integran a una función de dirección de las tareas de salud, ya que norman, supervisan y evalúan, a través de la organización, lo concerniente a la salud de la mujer y del niño.¹

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

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

Por último, en todos los municipios hay especialistas en ginecología y pediatría responsabilizados con los programas de atención integral a la mujer y al niño para su aplicación en las áreas de salud.¹⁰⁻¹³

Los servicios regionalizados

La regionalización se fundamenta en la creación de divisiones territoriales, de extensión y número variables de habitantes, con lo que se logra mayor eficiencia y productividad de los recursos disponibles; así es posible brindar mayor calidad en la prestación de los servicios. Corresponde al nivel provincial la ejecución del programa en los hospitales municipales y rurales, así como en los policlínicos del área.^{12,14,15}

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

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

Un nuevo modelo de atención, denominada medicina en la comunidad, se está desarrollando desde hace tres años en nuestro país, el que ha mejorado considerablemente la atención primaria a la mujer y al niño, ya que facilita el acceso de la población a este nivel de atención que tiene mayor calidad técnica y científica.^{16,17}

Programa de atención integral a la mujer

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

El propósito de este programa es: contribuir a la salud de la comunidad mediante la promoción y recuperación de la salud de la mujer, a través de la organización de salud pública en coordinación con las demás instituciones del estado y con la participación de los organismos de masas.^{18,19}

A este propósito general se añaden:

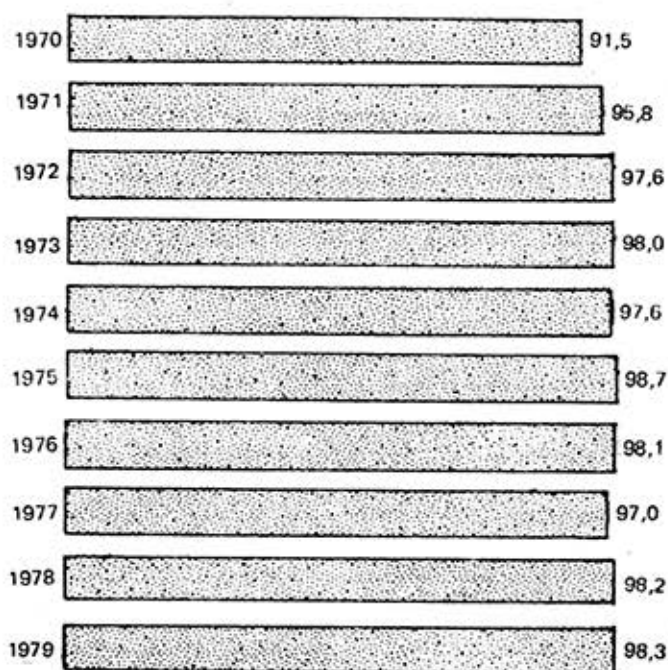
1. Captación total de las embarazadas para su atención prenatal.
2. Control prenatal

- Proporcionar óptima atención desde el punto de vista científico-técnico a la población embarazada correspondiente a cada área de salud.
 - Atención precoz, periódica, continua y completa a la embarazada.
 - Selección de grupos vulnerables y receptivos para darles un servicio más intensivo, por el personal de mejor calificación del equipo de trabajo.
3. Hospitalización
- Lograr que el mayor número de partos se realice en servicios u hospitales ginecobstétricos.
 - Lograr hospitalización precoz a las pacientes con embarazos *patológicos*.
4. Vigilancia de la evolución del puerperio y sus complicaciones.
5. Educación individual y en grupos sobre higiene, cuidados del embarazo, parto y puerperio, y cuidados del recién nacido. Dentro de las actividades de educación sanitaria la promoción de la lactancia materna ha sido de las que más prioritariamente se han atendido.
6. Promover la lucha contra el aborto mediante el uso de métodos anticonceptivos. Debemos señalar que este aspecto ha recibido atención especial en los últimos años al disponerse de mayores recursos en lo que a métodos de regulación de la fecundidad se refiere.
7. Atención ginecológica
- Atención médica curativa a las mujeres no embarazadas que presenten enfermedad ginecológica.
 - Pesquisaje del cáncer ginecológico entre la población femenina sana, movilizada por los CDR, y entre las pacientes que concurren a las consultas de obstetricia y ginecología en los policlínicos.
8. Psicoprofilaxis
- Incorporar la mayor cantidad de gestantes al método psicoprofiláctico.
- Otros aspectos importantes relacionados con la organización del programa son los siguientes:
- La ejecución de este programa es responsabilidad de cada director provincial a través de las vicedirecciones de asistencia médica y sus grupos provinciales de ginecobstetricia y pediatría. Participan en el desarrollo de éste todas las vicedirecciones de la provincia.
 - En cada provincia se adapta el programa de acuerdo con la problemática de los municipios que la integran.

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

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

Gráfico 5
NACIMIENTOS EN INSTITUCIONES 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública.

Parto institucional

En 1970 (gráfico 5) el 91,5% de los partos ocurrieron en unidades de salud pública. En 1979 esta cifra se elevó al 98,3%. Esto representó un incremento del parto institucional en el 7,4%.⁸

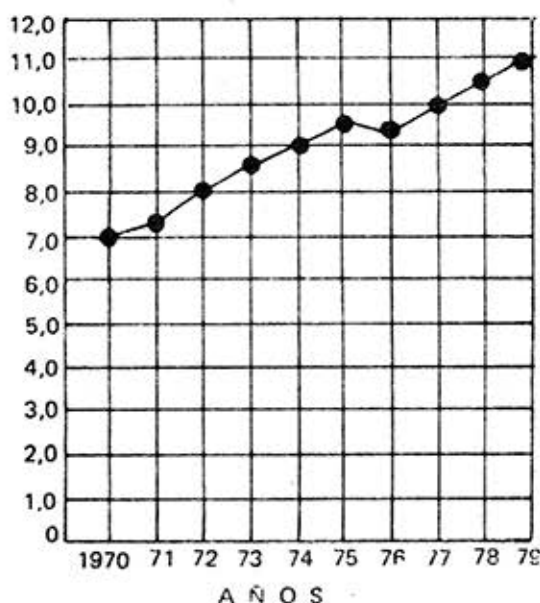
Consultas por parto

La cobertura nacional que ofrece el Sistema Nacional de Salud ha permitido que cada mujer embarazada reciba un número de controles prenatales suficiente para garantizar un parto feliz con un recién nacido sano, así como un puerperio con el menor riesgo de complicaciones. El número de consultas por parto (gráfico 6) fue nacionalmente de 11,0 en 1979, y las mujeres con alto riesgo obstétrico recibieron un número de controles, en ocasiones superior a 12. Las consultas por parto se elevaron de 7 a 11, para un incremento del 51,1%.

Muerte materna

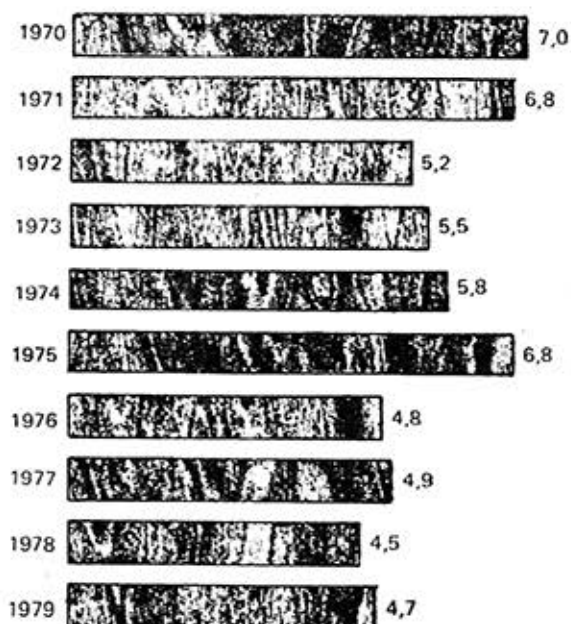
La tasa de muerte materna ha tenido una evolución favorable durante los años de ejecución del programa (gráfico 7). En 1970 ésta era de 7,0 por cada 10 000 nacidos vivos. En los primeros años del decenio 1960-1969 hubo, como es de suponer, un subregistro debido a no existir un sistema esta-

Gráfico 6
CONSULTAS POR PARTO. CUBA, 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del MINSAP.

Gráfico 7
MORTALIDAD MATERNA* 1970-1979



Fuente: Informe anual del Ministerio de Salud Pública

* Tasa por 10 000 nacidos vivos.

dístico bien organizado; en 1979, cuando ya desde hacía varios años el sistema nacional de estadística estaba establecido y el dato primario era absolutamente confiable, la tasa nacional fue de 4,7 por cada 10 000 nacidos vivos. Esto representa una reducción en la tasa del 48,9% en el período analizado.

Mortalidad perinatal

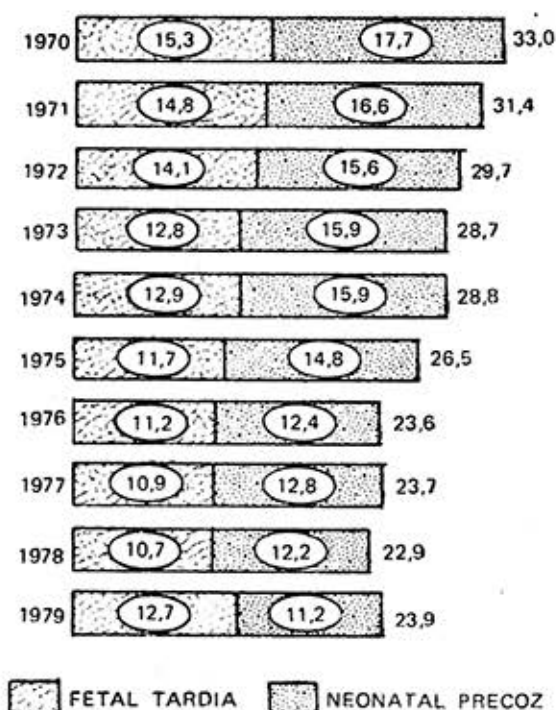
La mortalidad perinatal (gráfico 8) fue en 1970 de 33,0 por cada 1 000 nacidos vivos y fallecidos y mantuvo, a partir de este año, una tendencia descendente hasta llegar, en 1979, a 23,9 por cada 1 000 para una reducción de la tasa en el 27,6%. En igual período la mortalidad fetal tardía descendió de una tasa de 15,3 a 12,7 para un descenso del 17,0% en la tasa.²⁰

Programa de atención integral al niño

Durante el período 1970-1979 este programa continuó desarrollándose con éxito y con la experiencia adquirida desde 1967, en que se puso en ejecución. Este programa tiene el propósito de contribuir a fomentar la salud de la población infantil para lo cual asegura al niño un crecimiento

Gráfico 8

MORTALIDAD PERINATAL* 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

* Tasa por 1 000 nacidos vivos y fallecidos.

y desarrollo normales mediante acciones inherentes a la salud pública (prevención, promoción, curación y rehabilitación) de acuerdo con las normas dictadas por el Ministerio de Salud Pública y en colaboración con las organizaciones de masa.²¹

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

En el policlínico comunitario se brinda la atención primaria o ambulatoria al niño, donde un pediatra especializado o médico general con dedicación a pediatría atiende un promedio de 2 000 a 3 000 niños, y es el responsable de la salud de los niños que atiende. Actualmente este tipo de atención está establecida en más del 75% de los policlínicos en todo el territorio nacional.¹⁵⁻¹⁷

En el programa de atención integral al niño se proponen actividades, tales como: captación precoz de todo recién nacido, donde se incluyen los de bajo peso y los que presentan alguna afectación al egresar de la ma-

ternidad. El fomento de la lactancia materna; consultas al niño sano menor de 1 año, y los del grupo preescolar, con apoyo de las organizaciones de masa.

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

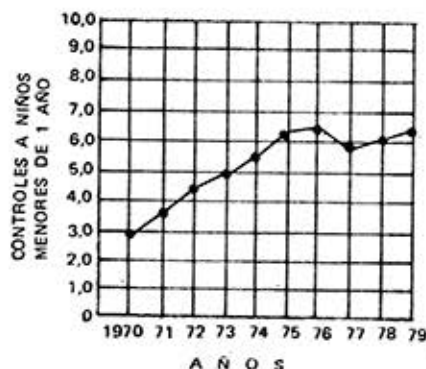
Otro de los objetivos de este programa es el del fomento de la lactancia materna, que se controla desde las maternidades, donde se apoya el incremento de la lactancia natural, motivo por el cual se han creado bancos de leche materna que permiten la alimentación de los prematuros y recién nacidos que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

En relación con los controles de salud a niños supuestamente sanos menores de 1 año, los mismos aumentaron de 2,8, en 1970 a 6,4, en 1979, para un aumento del 128,6%, en 1978 se brindaron como promedio 6,4 controles por niño de este grupo de edad. (gráfico 9).

Inmunizaciones

Las enfermedades prevenibles por vacunación han sido objeto de atención priorizada dentro de la atención pediátrica.²²

Gráfico 9
CONTROLES PROMEDIO A NIÑOS
SANOS MENORES DE 1 AÑO.
CUBA, 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del MINSAP.

Anualmente se realizan las campañas de vacunación contra la poliomielitis, con la participación de la comunidad organizada básicamente en los Comités de Defensa de la Revolución.

Previa a la campaña actual se realiza una encuesta nacional representativa del nivel inmunitario antipoliomielítico en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, sobre la vacuna y los grupos de edad que deben ser vacunados. En 1979 se efectuó la XVIII campaña nacional.

Sistemáticamente se vacuna con BCG a todo recién nacido egresado vivo de los hospitales ginecobstétricos, maternoinfantiles y rurales. En las consultas de pediatría de los policlínicos también se realiza la vacunación con BCG en aquellos recién nacidos que por determinadas causas no fueron vacunados en el hospital o servicio de donde egresó. En las consultas de pediatría de los policlínicos y en las instituciones infantiles se vacuna sistemáticamente con DTP (triple) y antisarampionosa. La vacuna dúplex se administra a los niños también en estas áreas anteriormente mencionadas, así como en las escuelas, al igual que el TT (toxoides tetánico).

En el cuadro II se expone el número de niños inmunizados por tipo de vacuna durante el período de 1970 a 1979. Ello ha permitido lograr una adecuada cobertura en estos tipos de vacuna, lo que se refleja en el descenso de la morbimortalidad por estas entidades, como se demuestra en el cuadro III, excepción hecha de la antisarampionosa, que comenzó a utilizarse por primera vez en 1971 en la antigua provincia de Oriente, y posteriormente se extendió a todo el país, pero no se ha logrado hacer en forma simultánea ni la cobertura ha llegado a ser total, pues quedan aún algunas provincias con niveles inmunitarios bajos.

Atención al preescolar y al escolar

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

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

Enfermedades diarreicas agudas

Las enfermedades diarreicas agudas descendieron de 1 308 defunciones en menores de 1 año en 1970, lo que representó el 14,3% de todas las defunciones ocurridas en ese grupo de edad, a 140 defunciones en 1979, donde representó el 5,0% de todas las defunciones menores de 1 año. La tasa disminuyó de 5,5 a 1,0 por cada 1 000 nacidos vivos. La reducción fue de 81,8%.

CUADRO II

INMUNIZACIONES A MENORES DE 15 AÑOS POR TIPO DE VACUNAS. CUBA, 1970-1979

Años	BCG	Triple	Antipolio	Antisarampionosa	Dúplex	Toxoide tetánico	Antivariolosa	Antitifoidea
1970	486 675	516 132	1 100 227	—	364 824	498 840	57 840	259 402
1971	356 279	437 939	1 080 533	73 090	316 705	416 219	39 525	327 306
1972	307 952	441 798	1 119 930	377 687	327 741	473 165	33 814	315 661
1973	301 958	429 367	1 130 271	303 854	351 012	481 357	31 352	307 394
1974	297 174	467 843	1 140 519	314 562	357 944	629 416	16 157	411 694
1975	250 653	450 524	1 120 530	123 983	333 852	411 584	...	563 602
1976	305 006	395 201	1 077 025	143 883	295 591	439 898	..	462 111
1977	326 287	352 565	986 277	147 521	253 326	430 379	...	255 704
1978*	285 089	384 902	931 312	224 139	267 375	443 125	...	392 276
1979*	328 253	369 188	885 537	307 965	266 694	403 857	...	262 541

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

* Dato provisional.

CUADRO III

CASOS NOTIFICADOS Y DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS EN MENORES DE 15 AÑOS. CUBA, 1970-1979

Años	Paludismo		Poliomielitis		Difteria		Tétanos		Tétanos neonat.*		Tuberculosis		Tos ferina		Sarampión	
	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.	Casos	Defunc.
1970	—	—	1	—	5	1	48	9	1	1	85	5	1 183	28	8 469	42
1971	—	—	1	—	—	—	36	8	2	2	55	—	354	8	10 684	40
1972	—	—	1	—	3	—	22	5	2	2	44	5	1 251	24	5 027	22
1973	—	—	1	—	—	—	25	4	—	—	37	4	2 130	46	4 615	25
1974	—	—	—	—	—	—	21	4	—	—	30	2	1 634	31	12 941	39
1975	—	—	—	—	1	—	20	3	—	—	37	3	325	2	10 021	18
1976	—	—	—	—	1	1	20	6	—	—	41	—	134	1	13 719	28
1977	—	—	—	—	1	—	14	—	—	—	53	—	971	22	23 852	42
1978**	—	—	—	—	1	1	6	1	—	—	38	2	1 453	15	18 038	26
1979**	—	—	—	—	1	1	6	—	—	—	32	3	147	3	7 125	8

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

* Menores de 27 días.

** Provisional.

En el grupo de 1 a 4 años la tasa se redujo de 0,9 a 0,6 defunciones por 10 000 habitantes de estas edades.

En 1962 se puso en ejecución un programa para reducir estas enfermedades, ya que la misma constituía la primera causa de mortalidad infantil. En 1979 ocupó la quinta causa de muerte en los menores de 1 año y no apareció en las primeras 10 causas de mortalidad general.^{8,23,24}

Servicios de neonatología

Estos servicios han tenido un gran desarrollo en los últimos años, lo que ha repercutido de manera decisiva en la disminución de la mortalidad perinatal e infantil. El incremento del personal médico y paramédico, tanto cuantitativamente como cualitativamente, el de recursos materiales y la implantación de nuevas técnicas y procedimientos, han sido los factores principales en esta reducción.²⁵⁻²⁷

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

Madre acompañante

Es de sobra conocido que la permanencia de la madre junto al niño hospitalizado, conjuntamente con un manejo psicológico adecuado, constituyen las medidas fundamentales para solucionar los trastornos que puede producir la hospitalización. Esto motivó la implantación de la madre acompañante en los hospitales pediátricos de todo el país a partir de 1970. Los años han pasado y el resultado obtenido ha sido extraordinariamente positivo, no sólo por lo anteriormente expuesto, sino que también ha colaborado a reducir la estadía de los pequeños pacientes en una forma significativa.^{1,28,29}

Visitas a domicilio

En febrero de 1973 se inició en las áreas de salud la prestación de este servicio para todos aquellos menores de 5 años y mayores de esa edad con algún grado de invalidez; este sistema se extendió a todo el país, y en 1979 se brindaron 56 603 consultas de este tipo.^{1,13}

Campamentos para niños asmáticos

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

En 1970 se creó el primer campamento de este tipo, y la creación de otros fue desarrollada ininterrumpidamente hasta el momento. Esta actividad se realiza muy estrechamente vinculada a otros organismos del estado.

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de lograr incrementar el número de estos campamentos en próximos años. En 1978 se construyó uno en La Habana con capacidad para albergar a 1 000 niños asmáticos.^{1,12}

Campamentos para niños diabéticos

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

Estos campamentos funcionan ininterrumpidamente desde 1969 con resultados muy positivos y, al igual que el de los asmáticos, en estrecha coordinación con otros organismos del estado.¹²

En 1978 se construyó un edificio para que funcione durante todo el año el Campamento de Diabéticos, en la Ciudad de los Pioneros "José Martí", en Ciudad de La Habana.

También se brindan servicios pediátricos a campamentos de pioneros y a campamentos vacacionales para escolares, en colaboración con la UJC y el Ministerio de Educación.

En 1976 se realizó el primer campamento para niños obesos.

Atención estomatológica

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

Desde hace varios años se realiza en todas las escuelas y círculos infantiles el programa de prevención de la caries dental, mediante enjuagatorio con fluoruro de sodio y aplicaciones con laca de flúor. Se brinda atención estomatológica en las instituciones pediátricas, así como a ingresados en hogares de impedidos físicos y mentales.^{7,13}

Educación para la salud

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

La publicación de las normas de pediatría, de las cuales ya han visto la luz dos ediciones y la tercera se encuentra en prensa, ha contribuido a mejorar notablemente la calidad de la atención, ya que ha permitido unificar criterios sobre tratamiento de determinadas enfermedades a escala nacional, previa discusión desde la base.

Programa de formación del especialista en pediatría

Durante 1976 quedó elaborado el programa de formación del especialista en pediatría. Este programa fue elaborado basado en los objetivos edu-

cacionales, y consideramos que será de una importancia extraordinaria en el desarrollo de la formación de nuestros especialistas en los próximos años.³⁰

Investigaciones

En el transcurso de estos 10 años se ha logrado realizar tres investigaciones de gran envergadura, que constituyen el basamento científico de nuestro Programa de Salud Maternoinfantil que se inició en 1970 y que se continuará en el decenio 1980-1989.

Estas investigaciones son:

- Investigación nacional de crecimiento y desarrollo de la población cubana de 0-20 años. En una muestra de 50 000 personas se tomaron 15 dimensiones antropométricas. Se evaluó el desarrollo sexual y se realizó un estudio radiográfico de la mano al 10% de la muestra. Además, se repitieron las mismas mediciones, un año después, al 30% del total para estudiar la velocidad del crecimiento. Esta investigación se inició en 1972-1973 y concluyó con la edición de un libro con sus resultados en diciembre de 1979. Se está preparando actualmente un atlas para identificar la maduración ósea, el cual esperamos tener muy pronto a disposición de los compañeros médicos.
- Investigación Perinatal, Cuba, 1973, donde se encuestaron todos los nacimientos durante el período de una semana en todo el país, los nacimientos de bajo peso de un mes, y se estudiaron las defunciones perinatales por un período de tres meses. El grupo estuvo formado por 4 378 niños y los resultados están contenidos en una publicación que será entregada próximamente.
- Investigación Perinatal Internacional. Cuba participó junto a otros seis países en una investigación cooperativa de la OMS, en 1973, cuyos resultados están contenidos en dos volúmenes editados por la OMS.

Mortalidad infantil

En el decenio 1960-1969 se trabajó arduamente por mejorar la calidad del dato estadístico que hasta 1965 tenía un marcado subregistro, motivado en parte por la concepción de considerar nacido vivo a los que sobrevivían después de pasadas las primeras 24 horas. Al finalizar el período las estadísticas habían mejorado notablemente y el dato era confiable.³¹

Al inicio del período 1970 a 1979 se puso en vigor el programa para la reducción de la mortalidad infantil, el cual se ha desarrollado con éxito en todo el país.

En 1970 se registraron 9 173 defunciones en menores de 1 año, para una tasa de 38,8 por cada 1 000 nacidos vivos. De estas defunciones 4 192 correspondían a menores de 7 días para una tasa de 17,7; 1 434 defunciones se registraron en el grupo de 7 a 27 días con una tasa de 6,1 y 3 547 defun-

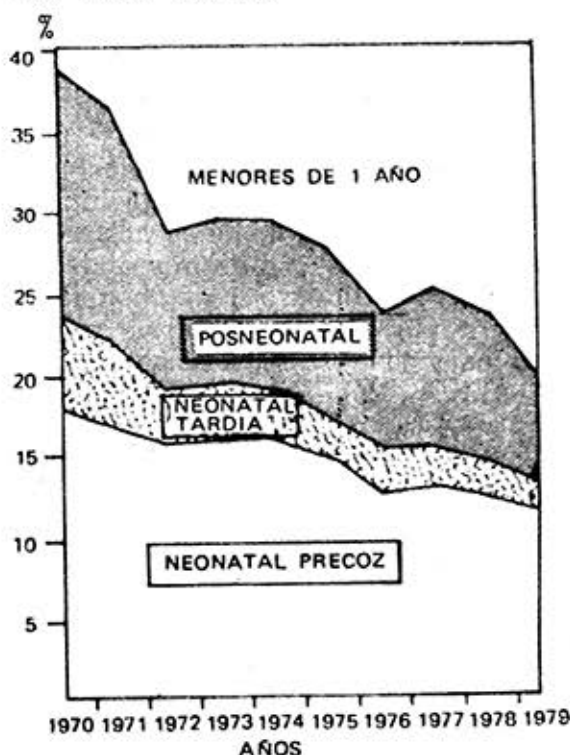
ciones de 28 días a 11 meses con tasa de 15,0 por cada 1 000 nacidos vivos.³²

En 1979 la mortalidad infantil se redujo a 2 773 defunciones, la cual alcanzó una tasa de 19,3 por 1 000 nacidos vivos. En el grupo de menores de 7 días se registraron 1 611 defunciones y tasa de 11,2; en los niños de 7 a 27 días se informaron 290 defunciones y tasa de 2,0, y en los de 28 días a 11 meses, 872 defunciones y una tasa de 6,1 por cada 1 000 nacidos vivos. Se alcanzó una reducción del 50,3% en los menores de 1 año; 36,7% en los menores de 7 días; 67,2% en los de 7 a 27 días y 59,3% en los de 28 días a 11 meses.

De esta forma se cumplió la meta trazada en diciembre de 1969, en la clausura de la Primera Jornada de Normación de la Pediatría, donde se planteó reducir la mortalidad infantil en el 50% en el decenio 1970 a 1979.³¹⁻³³

Esto se ha debido, por una parte, al mejoramiento de las condiciones de vida de nuestro pueblo y por otra al trabajo abnegado de pediatras, ginecobstetras, administradores de salud, enfermeras y demás profesionales y técnicos vinculados a la atención materno-infantil. Esto representa un esfuerzo considerable de nuestro Sistema Nacional de Salud.⁷

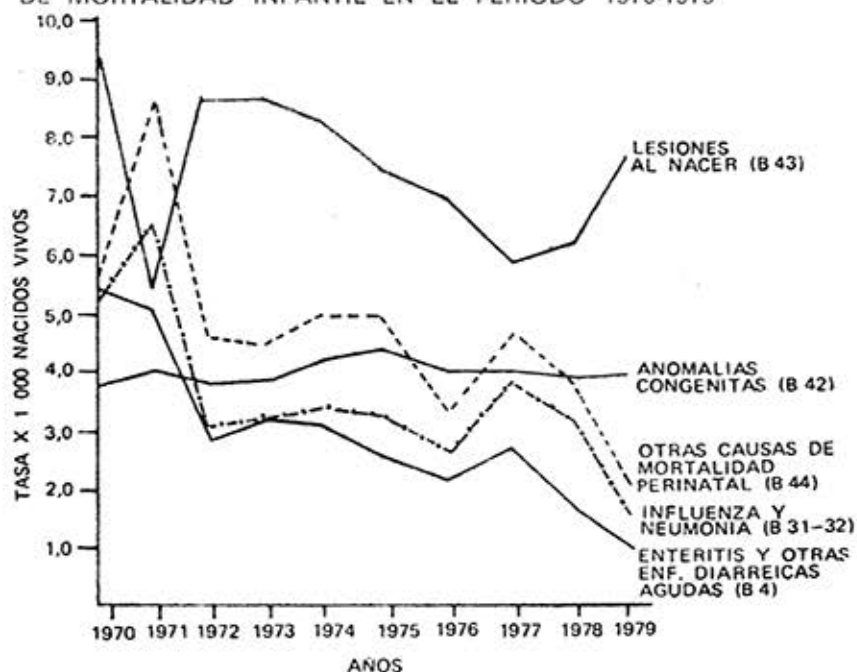
Gráfico 10
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES. CUBA, 1970-1979



Fuente: Informe anual 1975 C.E.E. Informe anual 1979 MINSAP.

Gráfico 11

EVOLUCION DE LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL PERIODO 1970-1979



El gráfico 10 muestra el comportamiento que ha tenido la mortalidad infantil y sus componentes (mortalidad neonatal precoz, tardía y posneonatal), de 1970 a 1979.

En 1979 las principales causas de mortalidad infantil (gráfico 1 093 defunciones y tasa de 7,6; 2) anomalía congénita (B 42 con 11) se ordenaron de la siguiente manera: 1) lesiones al nacer (B 43) con 549 defunciones y tasa de 3,8; 3) otras causas de mortalidad perinatal (B 44) 270 defunciones y tasa de 1,9; 4) influenza y neumonía (B 31 - B 32) con 222 defunciones y tasa de 1,5; 5) enteritis y otras enfermedades diarreicas (B 4) con 140 defunciones y tasa de 1,0 por cada 1 000 nacidos vivos.⁸

Mortalidad prescolar

En 1979 ocurrieron 702 defunciones en esta edad, para una tasa de 1,0 por cada 1 000 habitantes de 1 a 4 años⁷ (gráfico 12).

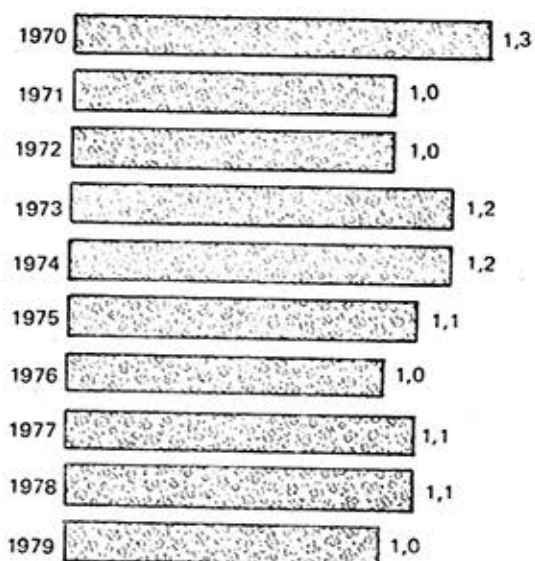
Las cinco principales causas de muerte (gráfico 13) fueron: 1) accidentes: 140 defunciones y tasa de 2,0; 2) influenza y neumonía: 93 defunciones y tasa de 1,3; 3) anomalías congénitas: 79 defunciones y tasa de 1,1; 4) tumores malignos: 67 fallecidos y tasa de 0,9 y por último, 5) enteritis y otras enfermedades diarreicas: 41 fallecidos y tasa de 0,6 por 10 000 habitantes de 1 a 4 años.^{8,34,35}

Mortalidad escolar

En 1979 se producen 1 137 defunciones de edad escolar (gráfico 14), lo que alcanza una tasa de 0,5 por cada 1 000 habitantes de 5 a 14 años;

Gráfico 12

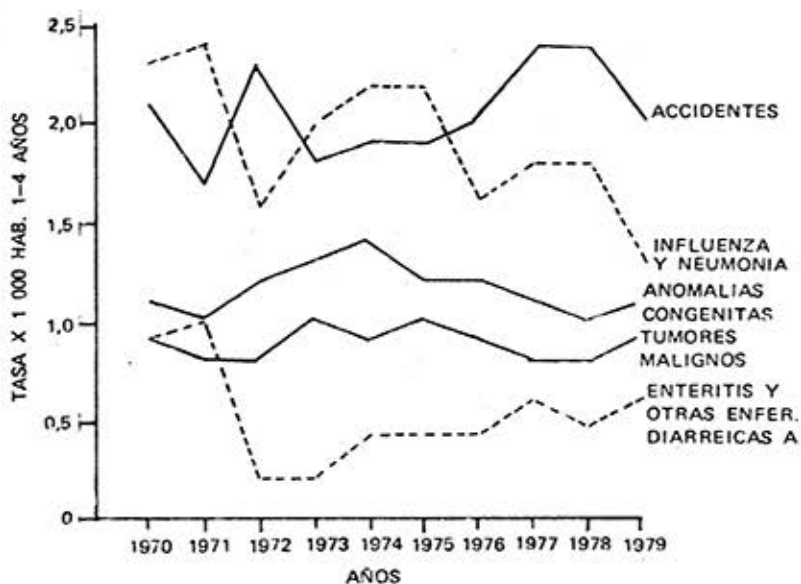
MORTALIDAD PRESCOLAR 1970-1979*



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública
 * Tasa por 1000 habitantes de 1-4 años.

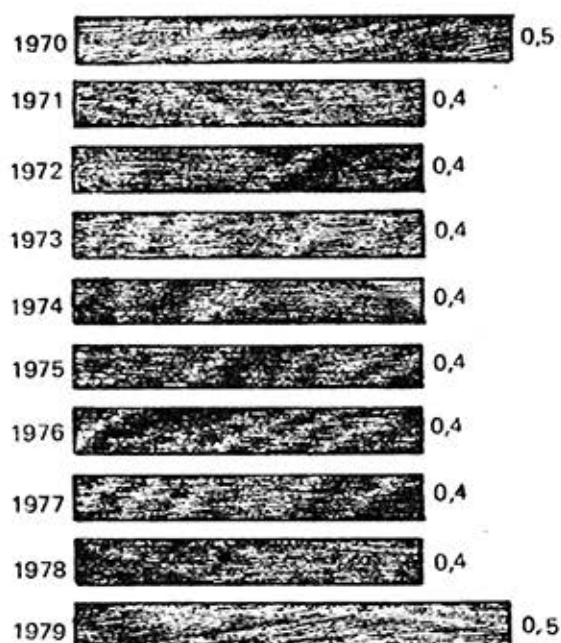
Gráfico 13

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL PRESCOLAR* CUBA, 1970-1979



* O.M.S. Lista de la VIII C.I.E. Ginebra, 1965.

Gráfico 14
MORTALIDAD ESCOLAR* 1970-1979



Fuente: Informe anual 1979 del Ministerio de Salud Pública

* Tasa por 1 000 habitantes de 5-14 años.

los accidentes, al igual que en el grupo anterior, son la primera causa de muerte, con 424 defunciones y tasa de 17,6; en segundo lugar, los tumores malignos con 142 fallecidos y tasa de 5,9; le sigue las anomalías congénitas con 55 fallecidos y 2,3 de tasa; la influenza y neumonía, con 42 defunciones y tasa de 1,7 y las enfermedades del corazón con 42 fallecidos y tasa de 1,7 por cada 100 000 habitantes (gráfico 15).

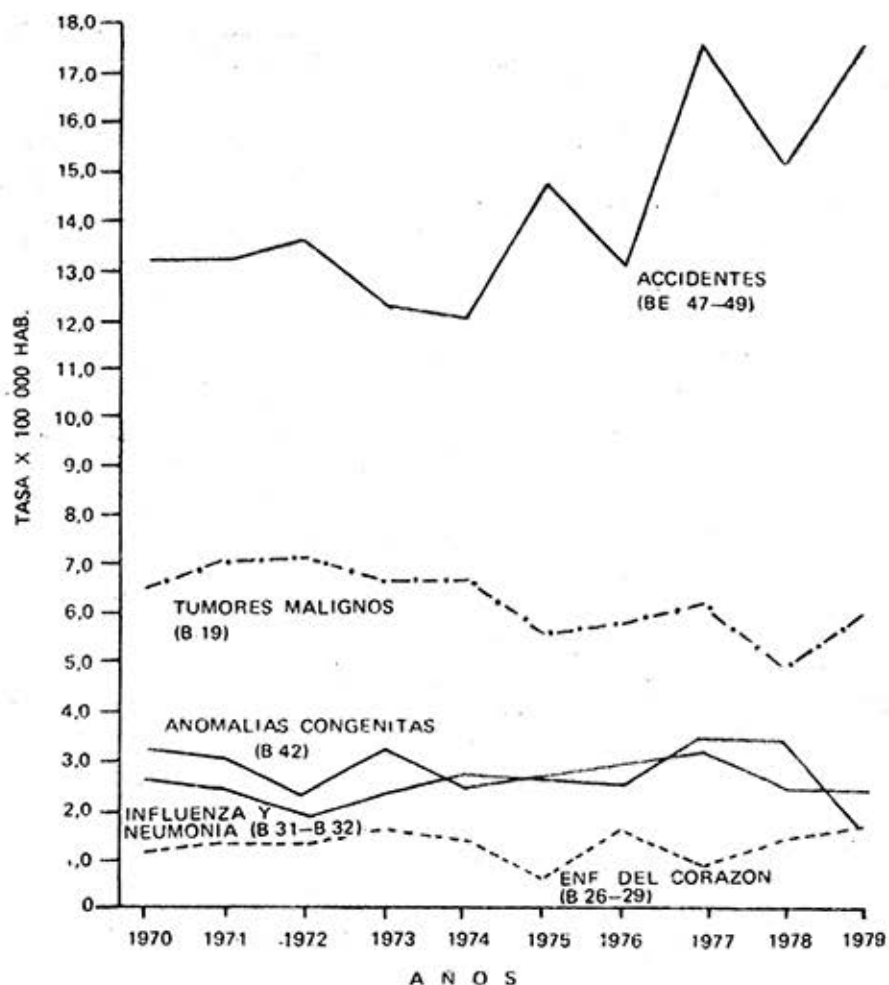
Perspectivas de la atención maternoinfantil

Durante 1980 se pondrá en ejecución un nuevo programa de salud maternoinfantil. En el mismo se plantean objetivos específicos de gran importancia, los que al alcanzarse permitirán mantener en unas ocasiones, o incrementar en otras, los éxitos obtenidos hasta el presente, así como abordar la solución de nuevos problemas relacionados, de una parte, con el desarrollo de la atención a la mujer y el niño en el mundo y, de otra, con nuestro propio desarrollo económico y social:

1. Vincular el trabajo obstétrico y pediátrico a la familia y a la comunidad.
2. Brindar atención precoz, periódica, continua y completa a la embarazada, así como al lactante, preescolar y escolar.

Gráfico 15

PRINCIPALES CUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR (5-14 AÑOS)
CUBA, 1970-1979



3. Brindar atención especial a las embarazadas y a los niños que presenten alto riesgo.
4. Mejorar la calidad de la atención médica durante el puerperio y disminuir las complicaciones durante este período.
5. Mantener un alto nivel inmunitario en nuestra población infantil.
6. Priorizar el desarrollo de la perinatología, y lograr una correcta evaluación del recién nacido, así como su tratamiento adecuado.
7. Establecer actividades específicas para reducir las principales causas de mortalidad materna, perinatal, infantil, preescolar y escolar, así como disminuir las producidas por causas evitables.

8. Incrementar la educación sanitaria a la comunidad, particularmente a la mujer y al niño.
9. Fomentar la lactancia materna.
10. Contribuir a la promoción de la educación sexual en nuestro país, con la incorporación del obstetra y el pediatra al equipo que atienda los programas de educación sexual.
11. Incrementar los cuadros docentes para la atención maternoinfantil, de manera que nos permitan: afrontar el incremento de matrículas en los institutos superiores de ciencias médicas, garantizar la calidad de nuestros futuros médicos, y poder brindar la ayuda solidaria a otros países del mundo.
12. Desarrollar y crear los servicios de Cuidados Intensivos en las unidades pediátricas, con la finalidad de dar una mejor atención al paciente más grave.
13. Incorporar nuevas tecnologías, medicamentos y equipamientos que mejoren la calidad del diagnóstico, tanto en la mujer como en el niño.
14. Mejorar la calidad de la formación del personal médico y paramédico, basado en los principios de nuestra sociedad socialista.
15. Elaborar en el transcurso de estos años, la tercera edición de las Normas de Pediatría y Ginecobstetricia.
16. Proyectar investigaciones científicas donde se analicen importantes aspectos pediátricos y ginecobstétricos hasta ahora no estudiados.
17. Desarrollar las especialidades pediátricas en los hospitales docentes y en las interconsultas de los policlínicos comunitarios docentes, con el propósito de dar una capacitación más completa al personal en formación para la atención maternoinfantil.
18. Poner en ejecución el programa de formación del especialista en ginecobstetricia y pediatría, elaborado sobre la base de los objetivos educacionales.
19. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer ginecológico.
20. Reducir la tasa de mortalidad por infecciones ginecológicas.
21. Mejorar la atención general de las pacientes con enfermedades ginecológicas.
22. Impulsar el desarrollo de la ginecología infantil, de la adolescencia y geriatría.
23. Incrementar el estudio y tratamiento de la pareja estéril.
24. Proporcionar a la población medios para la regulación de la fecundidad y conocimiento adecuado sobre esto.
25. Brindar atención médica integral al paciente impedido físico y mental

en las instituciones dedicadas a estos enfermos, así como desarrollar la rehabilitación del paciente pediátrico.

26. Brindar atención pediátrica integral en las instituciones infantiles (círculos infantiles y jardines de la infancia) de nueva creación, como un elemento más de la atención al niño preescolar.
27. Fomentar estudios concernientes a problemas de la adolescencia.

Esperamos que el desarrollo de estos aspectos señalados determinará el incremento en la calidad de la atención que ofreceremos a nuestra población durante el decenio 1980-1989.

SUMMARY

Riverón Corteguera, R. et al. *Analysis on maternal and child health in Cuba, 1970-1979 decade.* Rev Cub Ped 54: 2, 1982.

Programs and activities developed since 1960's early years, devoted to improve in a general ways people's health, are outlined. Maternal and child health condition during 1970-1979 period is exposed, and population, natality, demographical growth, human resources, maternal and child care units, nursery personnel, organization for maternal and child care, programs for mother and child integral care are analyzed. A 50,3% reduction for infantile mortality and 81,8% decreasing mortality for acute diarrheic diseases during the decade is detached. Working perspectives for years to come in order to keep on successfully benefits reached, as well as how to bring a solution to other problems that are product of development obtained, now under consideration, are exposed.

RÉSUMÉ

Riverón Corteguera, R. et al. *Analyse de la santé materno-infantile à Cuba pendant la période 1970-1979.* Rev Cub Ped 54: 2, 1982.

Les auteurs signalent les programmes et les activités développées au cours des premières années de la décennie 1960 visant à l'amélioration, en général, de la santé du peuple. Ils exposent la situation de la santé materno-infantile pendant la période 1970-1979, et analysent la population, la natalité, la croissance démographique, les ressources humaines, les ressources-lits, les unités pour le soin materno-infantile, le personnel d'infirmier, l'organisation du soin materno-infantile, et les programmes de soin intégral à la femme et à l'enfant. Il est souligné la réduction de la mortalité infantile de 50,3% et la chute de la mortalité par maladies diarrhéiques aiguës de 81,2% pendant la décennie. Enfin, ils exposent les perspectives de travail au cours des prochaines années, lequel vise à maintenir les succès atteints, ainsi qu'à solutionner d'autres problèmes entraînés par le développement obtenu, lesquels sont considérés à l'heure actuelle.

РЕЗЮМЕ

Риверон Кортегера, Р. и др. Анализ здоровья матери и ребёнка на Кубе в течении десятилетия 1970-1979 годов. *Rev Cub Ped* 54: 2: 1982.

В настоящей работе представлены программы и мероприятия, которые были развиты с первых же лет десятилетия 1960, направленные в первую очередь на улучшение здоровья нашего народа. Представляется состояние здоровья матери и ребёнка в период 1970-1979 годов и проводится анализ населения, рождаемости, роста демографического, человеческих ресурсов, ресурсов-кроватей, учреждений, предоставляющих медицинские услуги матери и ребёнку, персонала медицинских сестёр, организация медицинского обслуживания матери и ребёнка, а также программ полного предоставления обслуживания женщины и ребёнка. Подчёркивается снижение детской смертности на 50%, а снижение смертности в результате острых поносных заболеваний достигает 81,8% в течении десятилетия. Кроме того, в работе указываются перспективы развития работы на ближайшие годы, направленные на сохранение достигнутых успехов, а также на решение других проблем, возникших в результате достигнутого развития и которые учтены уже в настоящее время.

BIBLIOGRAFIA

1. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Avances en pediatría y atención infantil en Cuba (1959-1974). *Bol Of Sanit Panam* LXXX: 187-204, 1976.
2. Gaceta Oficial. Ley 723 - Servicio Médico Social. Ciudad de La Habana, febrero, 1960.
3. Cuba: La Salud en la Revolución. Libro impreso para el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba, diciembre, 1975.
4. *Riverón Corteguera, R.* Situación actual y perspectiva de la pediatría en Cuba, 1973. Folleto mimeografiado. La Habana, marzo, 1973.
5. Ministerio de Salud Pública. Informe presentado a la IV reunión Especial de Ministros de Salud Pública de las Américas. Washington, septiembre, 1977.
6. Instituto de Desarrollo de la Salud. El Sistema Nacional de Salud en Cuba: Antecedentes, situación actual y perspectivas. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, octubre, 1977.
7. *Dueñas Gómez, E. y otros.* Criterios en la planificación de la atención pediátrica. *Rev Cub Ped* 47: 449-467, 1975.
8. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual 1979. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, abril, 1980.
9. Ministerio de Salud Pública. Información del Departamento Nacional de Enfermería. Diciembre, 1978.
10. *Rodríguez Castro, R.* Organización de la atención obstétrica en Cuba. *Rev Cub Adm Salud* 2: 129-140, 1976.
11. *Azcuy Hernández, P.* Normas y funcionamiento de los grupos nacionales. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, abril, 1973.
12. *Rodríguez Castro, R.* Programa de salud maternoinfantil de la provincia de La Habana. Folleto mimeografiado. La Habana, diciembre, 1974.
13. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Organización de la atención pediátrica en Cuba. *Rev Cub Ped* 47: 335-342, 1975.

14. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Coordinación de los servicios maternoinfantiles en la provincia de La Habana: Regionalización. *Rev Cub Ped* 47: 469-474, 1975.
15. *Valdés Lazo, F.* Anteproyecto de regionalización de la pediatría en La Habana, mayo, 1968.
16. Ministerio de Salud Pública. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. Ciudad de La Habana, enero, 1977.
17. Ministerio de Salud Pública. Atención primaria en Cuba. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12, septiembre, 1972.
18. Ministerio de Salud Pública. Normas de Obstetricia. Instituto Cubano del Libro, II edición, La Habana.
19. *Rodríguez Castro, R.* Organización hospitalaria. Trabajo presentado al VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, enero, 1976.
20. *Cabezas Cruz, E. y otros.* Atención maternoinfantil y reducción de la mortalidad perinatal en Cuba. Folleto VIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Ciudad de La Habana, enero, 1976.
21. *Valdés Lazo, F.* Programa de atención integral al niño. Folleto mimeografiado. Ciudad de La Habana, mayo, 1967.
22. *Werthein, L.; R. Riverón Corteguera.* Resultados obtenidos en el control de algunas enfermedades prevenibles por vacunas. Trabajo de pediatría. Ciudad de La Habana, diciembre, 1977.
23. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Morbimortalidad por enfermedades diarreicas agudas en Cuba, 1962-1973. *Rev Cub Ped* 48: 7-15, 1976.
24. *Riverón Corteguera, R.; J. A. Gutiérrez Muñiz.* Las enfermedades diarreicas agudas en Latinoamérica en el decenio 1970-1979: la situación de Cuba (en prensa).
25. Ministerio de Salud Pública. Normas de Pediatría. Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1975.
26. *Rojas Ochoa, F.; R. Riverón Corteguera.* Mortalidad según peso al nacer en los servicios de neonatología de Cuba, 1968-1974. *Rev Cub Adm Salud* 2: 205-210, 1976.
27. *Dueñas Gómez, E.; R. Riverón Corteguera.* La neonatología en Cuba. *Bol Of Sanit Panam* 86: 406-419, 1979.
28. *Guerrero Rodríguez, T.* La madre acompañante en el Hospital Pediátrico Centro Habana. Trabajo de tesis para optar por el título de especialista de I grado en pediatría. Ciudad de La Habana, 1971.
29. *Riverón Corteguera, R.* La salud y la mujer en Cuba. *Rev Cub Adm Salud* 2: 219-238, 1976.
30. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Docencia Médica Superior. Programa de especialización en pediatría. La Habana, 1976.
31. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad infantil en Cuba, 1959-1973. *Rev Cub Ped* 47: 321-328, 1975.
32. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad infantil en Cuba: Análisis del programa para su reducción, 1970-1976. *Rev Cub Ped* 49: 583-594, 1977.
33. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Evolución de la mortalidad infantil en el decenio 1970-1979. *Rev Cub Adm Salud* (en prensa).
34. *Riverón Corteguera, R. y otros.* Mortalidad preescolar en Cuba. *Rev Cub Ped* 49: 595-608, 1977.
35. *Riverón Corteguera, R.; J. A. Gutiérrez Muñiz.* Mortalidad preescolar en América Latina. *Rev Cub Adm Salud* (en prensa).

Recibido: julio 5, 1981.

Aprobado: septiembre 15, 1981.

Dr. Raúl Riverón Corteguera

Calzada No. 602, apto. 302

Vedado, Ciudad de La Habana.