

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE CENTRO HABANA

Mortalidad infantil en Cuba. 1968-1983*

Dr. Raúl Riverón**

Riverón, R.: *Mortalidad infantil en Cuba. 1968-1983.*

Se analiza la mortalidad infantil en Cuba durante el período de 1968 a 1983 y se desglosa en sus diferentes componentes. Se muestra la evolución que ha tenido la misma en las diferentes provincias a partir de 1970 en que se inició el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil. Se detallan las principales causas de muerte y cómo se han comportado por años en el transcurso del tiempo analizado. Se expresa el análisis de los factores que incidieron en esta reducción de la mortalidad infantil y la importancia de un Programa Nacional Maternoinfantil con objetivos y actividades específicas para alcanzar este propósito. Al final se esbozan las perspectivas futuras para continuar disminuyendo estas tasas.

INTRODUCCION

La tasa de mortalidad infantil es uno de los factores más sensibles y comúnmente usados para medir el estado de salud de la población.¹ Constituye, al relacionarse con diversos factores sociales, culturales y económicos, indicador de nivel de vida de la población y del desarrollo socioeconómico de un país.² *Newsholme*³ en Inglaterra señaló "que la mortalidad infantil es la medida más sensible que poseemos de bienestar social y administración sanitaria, especialmente entre las condiciones urbanas".

Las comparaciones de la tasa de mortalidad infantil entre los diferentes países del mundo tienen una larga historia y la misma ha sido estrechamente vinculada con los índices de penuria social y se ha utilizado como un elemento político.⁴

Cuando comparamos las tasas de mortalidad infantil entre los diferentes países, debemos ser muy cuidadosos, pues en muchas ocasiones, las mismas no son comparables, pues existen elementos que difieren unos de otros. Uno de los elementos fundamentales a tener en cuenta es la defini-

* Trabajo presentado en los Congresos de Pediatría. Palacio de las Convenciones. Ciudad de La Habana, 14 de noviembre de 1984.

** Especialista de II Grado en Pediatría y Administración de Salud. Profesor Asistente y Jefe del Departamento de Pediatría. Facultad "General Calixto García" del ISCM-H. Jefe del Servicio de Enfermedades Diarreicas Agudas. Miembro del Grupo Nacional de Pediatría del Ministerio de Salud Pública.

ción de *nacido vivo* que adopte el país, pues con frecuencia las tasas registradas por algunos países están influidas por este elemento al considerar nacido vivo al que sobrevive las primeras 24 horas y el otro elemento es el subregistro que se produce en los menores de 7 días, principalmente en los países que no tienen una buena atención del parto y donde predomina el parto extrahospitalario. Por regla general, en dichas naciones, el registro primario es deficiente y la tasa de mortalidad infantil está muy afectada por estas razones.

Escudero⁵ hace referencia a los datos estadísticos que ofrecen los organismos internacionales por los informes de los países miembros y que sirven para describir la situación de salud de las poblaciones. Posteriormente destaca cómo la mayor parte de los datos referidos están plagados de subregistros considerables y cita algunos párrafos de trabajos publicados al respecto donde se informa que una parte significativa de las muertes que tienen lugar cada año en algunos países subdesarrollados nunca fueron registradas.

En nuestro país prevalecieron estas condiciones hasta 1965 en que se puso en vigor la definición de nacido vivo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud mediante una ley del Estado.⁶ Nuestros datos de mortalidad infantil han sido clasificados de la siguiente forma: antes de 1962, no confiables; de 1962 a 1967, sustancialmente mejorados y a partir de 1968, altamente confiables.⁷ En 1968 se adoptó la VIII revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en 1965 para la codificación de causas de muerte.⁸ En 1969 se emitió la Instrucción General No. 109 del Ministerio de Salud Pública que estableció que "todo Certificado de Defunción o Defunción fetal cualquiera que sea su origen o tipo, deberá pasar obligatoriamente por un Centro de Registro o recolección del Ministerio de Salud Pública (hospitales o policlínicos) antes de emitir el permiso de enterramiento.⁹ La puesta en práctica del Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil que se inició en 1970¹⁰ y que posteriormente se continuó con el Programa Nacional de Salud Maternoinfantil que lo continuó en 1980¹¹ contribuyó al perfeccionamiento de la calidad del registro de defunciones en todo el país.

En un informe de la Consultora de la OPS, Ruffer,¹² realizado en 1974, se expone la calidad de nuestros datos estadísticos y las perspectivas futuras de las mismas para la investigación de problemas de salud vinculados con la salud de la madre y del niño.

Un informe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicado en 1984 con datos de mortalidad infantil de 1981 ubica a Cuba en el lugar número 26 entre los 30 países de más baja mortalidad en el mundo.¹³ En el momento actual, con datos de 1983, nuestra posición es muy probable que haya descendido aún más.

MATERIAL Y METODO

Se analizan los datos de mortalidad infantil y sus componentes en el período comprendido entre 1968 y 1983, los cuales fueron recogidos de los informes anuales del Ministerio de Salud Pública correspondientes a los años del estudio.¹⁴

Se exponen las cifras de mortalidad infantil en las diferentes provincias del país de 1970 a 1983, así como el comportamiento que han tenido las diferentes causas de muerte a lo largo del período analizado.

Se informa la evolución de los porcentajes que representan las defunciones de menores de un año en relación con el total de defunciones del país por todas las edades.

Se examinan los factores que han incidido en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos 15 años.

Por último se destacan algunos elementos de desarrollo económico y social que se han producido en el año 1983 y que consideramos hayan influido también en la cifra de mortalidad infantil registrada en este año.

RESULTADOS

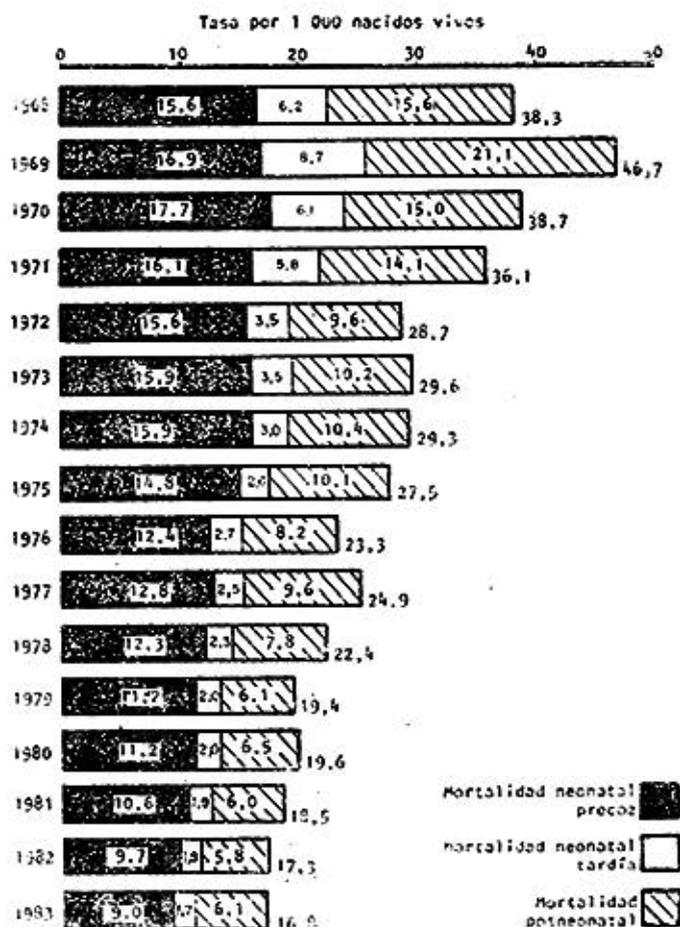
MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES

La mortalidad infantil en 1968 alcanzó la cifra de 38,3 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, producto de una reducción que venía produciéndose a partir de 1962 en que se registró una tasa de 41,7 defunciones por 1 000 nacidos vivos.¹⁵ Sin embargo, en 1969 esta tasa se incrementó a cifras nunca antes alcanzadas después del triunfo de la Revolución y alcanzó la cifra de 46,7 0/00 nacidos vivos. Este aumento se atribuyó a una doble alza de la morbimortalidad por las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, estas últimas coincidieron con la pandemia mundial de influenza por virus A₂ Hong-Kong.^{16,17} En 1983 la tasa registrada fue de 16,8 defunciones por 1 000 nacidos vivos, la cifra de mortalidad infantil más baja registrada en toda nuestra historia. Esto representó una disminución de un 56,1 % en relación con la tasa registrada en 1968.

Todos los componentes de la mortalidad infantil alcanzaron reducciones importantes. La mortalidad neonatal precoz que comprende las defunciones de menores de 7 días y que constituye el componente más difícil de reducir, disminuyó su tasa de 15,6 0/00 nacidos vivos en 1968 a 9,0 0/00 nacidos vivos en 1983. Esto representó una reducción del 42,3 % en el período analizado. La mortalidad neonatal tardía, que incluye las defunciones del período de 7 a 27 días y que está íntimamente relacionada con la disminución de las infecciones en los Servicios de Neonatología, se redujo de 6,2 en 1968 a 1,7 0/00 nacidos vivos en 1983, para una baja en la tasa del 72,6 % y la mortalidad posneonatal que incluye los lactantes de 28 días a 11 meses y que está muy ligada a los elementos dependientes del medioambiente y particularmente a las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas disminuyó su tasa de 15,6 en 1968 a 6,1 0/00 nacidos vivos en 1983 para el 60,9 % de disminución (figura).

PORCENTAJES EN RELACION CON EL TOTAL DE DEFUNCIONES POR TODAS LAS EDADES

En 1968 las defunciones de menores de 1 año representan el 18,0 % de las defunciones por todas las edades, mientras que en 1983, el porcentaje de participación disminuyó a un 4,8 % (tabla 1).



Fuente: *Anuarios Estadísticos 1973-1983 del Ministerio de Salud Pública.*

Figura: *Mortalidad infantil y sus componentes. Cuba, 1968-1983.*

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Al analizar las primeras 5 causas de muerte en el menor de 1 año se observa que las afecciones perinatales (B43 y B44), disminuyen su tasa de 13,6 en 1968 a 7,5 0/00 nacidos vivos en 1983, para una disminución del 44,9 %; las anomalías congénitas (B42) se mantienen oscilando alrededor de 4,0 defunciones por 1 000 nacidos vivos, sin embargo, en 1968 se registró una tasa de 3,9 0/00 de nacidos vivos, y en 1983 la tasa disminuyó a 3,4 0/00

Tabla 1. *Porcentaje de participación de las defunciones de menores de 1 año en relación con el total de defunciones. Cuba 1968-1983*

Años	Defunciones		Tasas *	Porcentaje de participación en relación con el total de defunciones
	Total	Menores de 1 año		
1968	53 642	9 636	38,2	18,0
1969	55 654	11 499	46,7	20,7
1970	53 761	9 173	38,7	17,1
1971	52 299	9 232	36,1	17,7
1972	49 447	7 129	28,7	14,4
1973	51 026	6 687	29,6	13,1
1974	52 909	5 946	29,3	11,2
1975	50 961	5 299	27,5	10,4
1976	53 080	4 370	23,3	8,2
1977	56 084	4 211	24,9	7,5
1978	55 100	3 326	22,4	6,0
1979	54 838	2 780	19,4	5,1
1980	55 707	2 690	19,6	4,8
1981	57 941	2 520	18,5	4,3
1982	56 224	2 759	17,3	4,9
1983	58 346	2 778	16,8	4,8

* Tasa por 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Informes anuales 1973-1983 del Ministerio de Salud Pública.

nacidos vivos y se redujo la misma en un 12,8 %; la influenza y la neumonía (B31-B32) disminuye de 6,3 en 1968, a 1,3 0/00 nacidos vivos en 1983, lo que representó una reducción de un 79,4 %; las enteritis y otras enfermedades diarreicas (B4) se reducen de 4,9 en 1968, a 1,1 0/00 nacidos vivos en 1983, para representar el 77,6 % de reducción. Las demás causas de mortalidad se reducen de 9,6 en 1968 a 3,5 en 1983, para alcanzar una disminución del 63,5 % (tabla 2).

MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS

La tabla 3 muestra la evolución de la mortalidad infantil por provincias de 1970 a 1983 y en la misma se destaca que todas las provincias redujeron su tasa en el período estudiado. A continuación se exponen los porcentajes de reducción obtenidos por cada una de las provincias:

Pinar del Río (50,0 %); Habana (61,5 %); Ciudad de La Habana (64,1 %); Matanzas (66,4 %); Villa Clara (53,9 %); Cienfuegos (48,6 %); Sancti Spiritus (58,9 %); Ciego de Avila (62,0 %); Camagüey (65,4 %); Las Tunas (44,3 %); Holguín (56,4 %); Granma (57,5 %); Santiago de Cuba (47,1 %); Guantánamo (52,3 %) y la Isla de la Juventud (76,5 %).

Como puede observarse, el descenso es superior al 60 % en las provincias La Habana, Ciudad de La Habana, Matanzas, Ciego de Avila, Camagüey y la Isla de la Juventud. Superan el 50 % de reducción de sus tasas las provincias de Pinar del Río, Villa Clara, Sancti Spiritus, Holguín, Granma y Guantánamo. Las provincias que menor reducción exhiben son: Cienfuegos, Las Tunas y Santiago de Cuba, que rebasan el 40 %.

Tabla 2. Principales causas de mortalidad infantil.* Cuba 1968-1983

Años	Afecciones anóxicas (B-43)	Otras causas de mortalidad			Enteritis y otras EDA (B4)	Las demás causas
		Anomalías congénitas (B-42)	perinatal (B-44)	Influenza-neumonía (B31-B32)		
1968	5,2	3,9	3,4	6,3	4,9	9,6
1969	5,1	3,8	9,4	9,2	6,9	12,3
1970	9,4	3,8	5,6	5,1	5,5	9,3
1971	5,3	4,0	8,6	6,5	5,0	6,7
1972	8,6	3,8	4,5	3,0	2,8	6,0
1973	8,6	3,8	4,4	3,2	3,2	6,4
1974	8,2	4,1	4,8	3,4	3,0	5,8
1975	7,4	4,3	4,8	3,2	2,5	5,3
1976	6,9	3,9	3,2	2,6	2,1	4,6
1977	5,7	3,9	4,5	3,6	2,6	4,6
1978	6,0	3,8	3,6	3,0	1,6	4,4
1979	7,6	3,8	1,9	1,5	1,0	3,6
1980	7,7	3,9	1,7	1,6	1,1	3,6
1981	7,6	3,8	2,0	1,3	1,0	2,8
1982	6,4	3,5	1,7	1,4	1,0	3,3
1983	6,1	3,4	1,4	1,3	1,1	3,5

* Tasa por 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Informes anuales 1973-1983 del Ministerio de Salud Pública.

Tabla 3 Mortalidad infantil* por provincias, Cuba 1970-1983

Provincias	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Pinar del Río	33,5	34,2	27,4	28,8	23,6	27,6	24,8	29,2	26,1	20,4	20,5	18,0	18,0	16,7
La Habana	36,9	32,7	28,7	26,1	33,3	29,9	22,2	18,9	17,8	19,0	15,6	14,6	15,3	14,2
Ciudad de La Habana	39,5	26,4	23,9	21,7	24,7	24,6	19,9	21,4	18,0	16,2	17,4	15,9	14,3	14,2
Matanzas	38,7	35,8	23,0	23,7	24,6	22,5	20,9	22,5	18,7	14,9	14,0	16,0	12,2	13,0
Villa Clara	34,9	30,4	21,3	21,9	18,6	17,7	17,0	17,0	17,0	15,6	18,2	17,9	15,4	16,1
Cienfuegos	38,1	34,8	28,8	21,3	23,0	20,3	16,9	18,2	20,2	17,2	18,1	16,4	16,6	19,6
Sancti Spiritus	35,8	39,2	27,0	22,9	24,3	21,2	17,9	18,0	21,0	20,5	18,8	18,3	16,0	14,7
Ciego de Ávila	40,3	44,7	26,6	35,2	40,7	32,5	25,9	23,2	19,0	23,2	21,0	19,1	16,3	15,3
Camagüey	43,1	48,9	35,2	36,4	40,7	34,7	26,1	27,1	22,7	18,3	22,3	22,1	21,2	14,9
Las Tunas	36,8	50,8	36,6	29,0	31,0	34,3	25,2	28,3	24,3	26,1	21,5	19,1	17,9	20,5
Holguín	38,3	46,4	30,1	33,5	34,1	28,6	25,2	30,7	29,8	18,5	19,7	19,3	18,7	16,7
Granma	45,7	42,1	34,4	37,8	33,1	26,7	24,3	28,9	26,7	23,9	22,4	20,0	19,4	21,0
Santiago de Cuba	36,3	33,6	26,1	31,3	28,2	27,9	23,2	28,8	23,4	19,5	20,3	19,1	18,4	19,2
Guantánamo	41,8	45,6	36,0	34,6	29,6	25,9	23,3	24,2	23,8	24,1	24,1	23,3	21,6	20,2
Isla de la Juventud	51,1	53,6	28,9	46,5	28,0	21,1	21,8	21,8	29,8	14,7	16,2	15,5	10,6	12,0
Cuba	38,7	36,1	28,7	29,6	29,3	27,5	23,3	24,9	22,4	19,4	19,6	18,5	17,3	16,8

* Tasa por 1 000 nacidos vivos.

Fuente: Informes anuales 1973-1983 del Ministerio de Salud Pública y del CEE.

DISCUSION

Los avances alcanzados en el campo de la atención materno-infantil en Cuba, que han hecho posible la reducción de la mortalidad infantil, se han debido principalmente a una decisión política presente en nuestro país desde el triunfo de la Revolución, donde el sector salud fue priorizado desde los primeros años de la década del 60. En Cuba la decisión política no sólo estuvo encaminada a mejorar las condiciones de vida de la población, sino que desde el primer momento se estableció un Sistema Nacional de Salud y se amplió la cobertura, tanto del personal de la salud, como de hospitales y policlínicos que se multiplicaron por todo el país, alcanzaron las regiones más apartadas del país y partieron siempre del principio de brindar atención médica, con personal médico (graduados universitarios) auxiliado por el personal de enfermería y los técnicos de las diferentes ramas de los trabajadores de la salud.

Rohde¹⁸ (1983), entre otros, señala que en los países industrializados la reducción de la mortalidad infantil se debe en gran parte a las mejoras alcanzadas en las condiciones generales de vida, más bien que a avances en la atención médica, y plantea que las altas tasas de mortalidad infantil en los países subdesarrollados pueden reducirse sin esperar por el desarrollo económico. El autor se basa en que la mayor parte de las muertes se deben a un número limitado de causas, en que existen tecnologías apropiadas para reducir las principales causas de muerte y destaca la importancia de la voluntad política que debe existir por parte de los gobiernos para llevar adelante una reducción sustancial de la mortalidad infantil.

El Ministerio de Salud Pública, desde los primeros años de la década del 60, organizó sus programas de inmunizaciones y muy especialmente se encaminó contra la poliomielitis; inició el Programa de Lucha contra las enfermedades diarreicas agudas; incrementó y desarrolló los servicios de recién nacidos y prematuros, estableció el Programa de Tuberculosis, implantó el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y en la actualidad se desarrolla el Programa Nacional de Salud Materno-infantil.¹⁹

Entre los factores que han contribuido a mejorar la atención materno-infantil en el período estudiado y que han dado como resultado la reducción alcanzada en la mortalidad infantil, se pueden mencionar los siguientes:

1. La decisión política de priorizar la atención materno-infantil desde los años que siguieron al triunfo de la Revolución al hacer realidad que "no hay nada más importante que un niño" y que "la mujer es el taller natural donde se forja la vida".
2. La mejoría del estado nutricional de la población en general y de la infantil en particular, al asegurar la posibilidad de adquirir alimentos y distribuirlos en forma equitativa.
3. La elevación del nivel educacional de la población que repercute directamente en la salud de la madre y del niño principalmente.

4. La desaparición del desempleo con la secuela de hambre y de miseria que lo acompaña, donde resultan la madre y el niño sus principales víctimas.
5. El mejoramiento de las condiciones de vivienda al desaparecer los barrios insalubres, al realizarse la construcción de viviendas higiénicas en áreas urbanas y la edificación de nuevas comunidades en las áreas rurales.
6. La participación activa del pueblo organizado en los programas de salud a través de los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y la Asociación de Agricultores Pequeños, que ha permitido llevar adelante las campañas de vacunación, saneamiento ambiental y la educación sanitaria.
7. La creación de las Salas de Enfermedades Diarreicas Agudas y de las Salas de Enfermedades Respiratorias Agudas y Crónicas independientes del resto de la Clínica Pediátrica.
8. El elevado nivel inmunitario de la población infantil de las zonas urbanas y rurales.²⁰
9. La implantación de la reanimación del recién nacido en los salones de partos de todas las unidades obstétricas del país.²¹
10. La modernización y el desarrollo de los Servicios de Neonatología con la creación de la Neonatología como dedicación médica y de los cursos posbásicos de Enfermería en Neonatología.²²
11. El incremento y desarrollo de la atención ambulatoria, la cual se ha ido perfeccionando cuantitativa y cualitativamente al proyectar los servicios de salud en la comunidad y al hacer efectiva su participación en los programas que desarrolla.²³
12. El determinar el ingreso a todo niño con elementos de riesgo que acuda a los servicios de urgencia con enfermedades diarreicas o respiratorias agudas.
13. La mejoría de la situación higienicosanitaria en todo el país, tanto en la calidad del agua como en el tratamiento de los residuales.
14. La implantación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en nutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, etcétera.
15. La captación precoz de la embarazada y el incremento del parto institucional.
16. La presencia de la madre acompañante junto a su hijo en todas las salas de pediatría, incluso la de cuidados intensivos en todo el país.²⁴
17. La creación de 31 salas de cuidados intensivos pediátricos distribuidas a lo largo y ancho del país, dotadas de un equipamiento de la más elevada calidad, acorde con el desarrollo científicotécnico actual.

Muchos otros elementos pudieran enumerarse, pero consideramos que éstos son los que mayor peso han tenido en estos años y que han sido decisivos en los logros alcanzados.

Todos estos elementos surgen en un momento en que la crisis económica se agudiza año tras año, pero a pesar de ello, Cuba ha realizado ingentes esfuerzos en el campo de su economía y concluye en 1983 con un crecimiento de la economía del 5,2 % a pesar de los bajos precios del azúcar en el mercado mundial y de haberse estimado un crecimiento del 2,5 % para ese año. Esto permitió que el sector de la salud ejecutara un presupuesto de 665 millones de pesos, lo que representó un incremento del 11,9 % sobre la ejecución del presupuesto de 1982. Se logró un aumento en los niveles de alimentación, y se alcanzó un per cápita diario de 2 970 calorías con 78,8 g de proteína.²⁵

Se espera que en los próximos años, el desarrollo de los servicios de terapia intensiva, la aplicación de nuevas tecnologías —como son la determinación de la alfafetoproteína en líquido amniótico y la ultrasonografía, que permitirán reducir el número de defunciones por anomalías congénitas—, así el desarrollo de la cirugía cardiovascular pediátrica y de las unidades de terapia intensiva neonatal, el monitoreo de los partos, el desarrollo de la microbiología y de la genética, el empleo del tratamiento de rehidratación oral en la atención primaria y el incremento de la lactancia materna, nos permitirán seguir avanzando en el campo de las investigaciones pediátricas, lo que repercutirá en una mejor atención a nuestros niños y ayudará a reducir la mortalidad infantil.

SUMMARY

Riverón, R.: *Infantile mortality in Cuba. 1968-1983.*

Infantile mortality in Cuba during 1968-1983 period is analyzed and its different components are taken off. Evolution of infantile mortality at the different provinces since 1970, when the Programme for the Reduction of Infantile Mortality started, is showed. Main causes of death and their behaviour by years, during the period analyzed, are detailed. The analysis of factors involved in the reduction of infantile mortality and the importance of a National Maternal and Infantile Programme with specific objectives and activities to reach such purpose are exposed. Finally, future perspectives to go on decreasing such rates are outlined.

RÉSUMÉ

Riverón, R.: *Mortalité infantile à Cuba. 1968-1983.*

Il est analysé la mortalité infantile à Cuba pendant la période 1968-1983 en séparant leurs différents composants. Il est montré l'évolution subie par la mortalité dans les différentes provinces à partir de 1970, année pendant laquelle on a initié le Programme de Réduction de la Mortalité Infantile. Il est signalé en détail les principales causes de mort et la façon dont elles se sont comportées au cours des années analysées. Une analyse est faite des facteurs qui ont contribué à cette réduction de la mortalité infantile et il est signalé l'importance d'un Programme National pour la Mère et l'Enfant dont les objectifs et les activités spécifiques visent à atteindre ce but. Enfin, il est brièvement signalé les perspectives futures pour continuer à diminuer ces taux.

BIBLIOGRAFIA

1. *Klinger, A.*: Infant Mortality in Eastern Europe. Budapest, Statistical Publishing House, 1982.
2. *Riverón Corteguera, R. et al.*: Salud Materno-infantil en Cuba. Situación actual y perspectivas. *Rev Cub Ped* 50: 407-423, 1978.
3. *Newsholme, A.*: Report by the Medical Officer on Infant and Child Mortality. London, Supplement to the 30th Annual Report of the local Government Board, 1910.
4. *Panoth, E.*: Infant Mortality Reexamined. *JAMA* 247: 1027-1028, 1982.
5. *Escudero, J. C.*: Health statistics: some Latin American examples. *Int J Health Serv* 10: 421-433, 1980.
6. Gaceta Oficial de la República de Cuba: Ley 1179 sobre la adopción de la definición de nacido vivo propuesta por la Organización Mundial de la Salud. La Habana, 1965.
7. *Menéndez Valonga, M. C. et al.*: Mortalidad en el niño cubano menor de 15 años. *Rev Cub Adm Salud* 8: 352-381, 1982.
8. *Organización Mundial de la Salud*: VIII Revisión de la CIE. Ginebra, 1965.
9. *Ministerio de Salud Pública*: Instrucción General No. 109, 21 de enero de 1969.
10. *Ascuay-Henriquez, P. y otros*: Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil. Dirección Provincial de Salud Oriente Sur, Santiago de Cuba, noviembre de 1969.
11. *Ministerio de Salud Pública*: Programa Nacional de Salud Materno-infantil. Ciudad de La Habana, 1980.
12. *Ruffer, R. R.*: Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre investigaciones de mortalidad perinatal e Infantil en Cuba. Marzo 1-8, 1974.
13. *Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*: Estado Mundial de la Infancia, 1984. España, Ed. Siglo XXI, 1984.
14. *Ministerio de Salud Pública*: Informes Anuales 1973-1983, Ciudad de La Habana, 1984.
15. *Tobey Haza, F. y otros*: "25 años de experiencia cubana en la reducción de la mortalidad infantil." Programas e Instituciones, *Rev Cub Ped* (en prensa).
16. *Riverón Corteguera, R. y otros*: Advances in Pediatrics and Child Care in Cuba 1953-1974. *Bull Pan Am Health Organ* 10: 9-24, 1976.
17. *Riverón Corteguera, R. y otros*: Mortalidad infantil en Cuba en el decenio 1970-1979. *Bol of Sanit Panam* 92: 379-390, 1982.
18. *Rohde, J. R.*: Why the other half dies? The Science and Politics of Child Mortality in the Third World. *Assignment Children* 61/62: 35-67, 1983.
19. *Riverón Corteguera, R. y otros*: Salud Materno-infantil en Cuba 1970-1979. *World Health Statistics Quarterly* (en prensa).
20. *Wertheim, L. R.*: *Riverón Corteguera*: Resultados obtenidos en el control de algunas enfermedades prevenibles por vacunas. *Rev Cub Hig Epid* 19: 378-388, 1981.
21. *Farnot, V. y otros*: Mortalidad Perinatal en Cuba. *Rev Cub Obstet Ginec* 2: 135-146, 1976.
22. *Dueñas Gómez, E.*: *R. Riverón Corteguera*: La neonatología en Cuba. *Bol of Sanit Panam* 86: 406-419, 1979.
23. *Ministerio de Salud Pública*. Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. Ciudad de La Habana, enero, 1974.
24. *Guerrero Rodríguez, T.*: La madre acompañante en el Hospital Pediátrico de Centro Habana. Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Pediatría. La Habana, Dirección Nacional de Docencia Médica Superior, 1971.
25. *Gutiérrez Muñiz, J. A.*: La crisis económica mundial y el niño: el caso de Cuba 1983. IV efectos de la recesión sobre la Infancia. New York, World Development, Ed. Pergamon Press, marzo, 1984.

Recibido: 27 de diciembre de 1984

Aprobado: 14 de enero de 1985

Dr. Raúl Riverón
Morales y Benjumeda
Municipio Cerro
Ciudad de La Habana 6
Cuba