

ARTICULO ESPECIAL

La colaboración cubana en Argelia en el área materno-infantil durante los años 2007-2010

Cuban Collaboration in Algeria in Maternal-Infant Field during the Years 2007 to 2010

Dr. Manuel Fernández Urquiza, ⁽¹⁾ Lic. Verónica Gil Blanco. ⁽²⁾

¹ Especialista de II Grado en Neonatología. MSc. en Ciencias de la Educación. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. ² Licenciada en Enfermería. Especialista en Atención Comunitaria. Policlínico Área V. Cienfuegos.

¹ Terminal Professional Degree in Neonatology. MSc. in Educational Sciences. Associate Professor. University of Medical Sciences. Cienfuegos. ² Nursing Graduate. Community Care Specialist. Area V Polyclinic. Cienfuegos.

RESUMEN

La misión médica en la República de Argelia entre los años 2007 y 2010 tuvo como propósito desarrollar una estrategia de trabajo para reducir los indicadores relacionados con la morbilidad materno-infantil, existentes cuando llegaron los médicos cubanos. Se utilizaron alternativas para enfrentar las barreras y limitaciones que suponían las costumbres propias de un país árabe, con práctica de la religión islámica en el 99 % de su población y un elevado componente nómada, con el objetivo de modificar paulatinamente algunas costumbres en el terreno de lo asistencial, e incluso social, que estaban reñidas con nuestros procedimientos. Se logró intervenir con el ánimo de reducir la morbilidad materna-infantil en esta región, introducir el quehacer de especialidades novedosas en ese medio, e instaurar el sistema de guardia física para los especialistas. Este trabajo tiene como propósito dejar testimonio del aporte de un grupo de cubanos pertenecientes a una brigada médica en la República de Argelia.

Palabras clave: cooperación internacional; misiones médicas oficiales; indicadores de morbilidad; salud materno-infantil; Argelia

ABSTRACT

The medical mission in the Republic of Algeria between 2007 and 2010 was aimed at developing a strategy to reduce indicators related to maternal and infant morbidity and mortality rates that already existed when Cuban doctors arrived in. Alternatives were used to address barriers and constraints posed by the typical customs of an Arabic country, with Islamic religious practice in 99% of its population and a large nomadic component, in order to gradually change some habits in the field assistance or even in social behavior that were at odds with our procedures. It was possible to intervene with the aim of reducing maternal and infant morbidity and mortality in this region, introducing the work of innovative specialties in that environment and establishing physical guard system for specialists, etc.. This paper is aimed at providing a testimony of the contribution of a group of Cubans working in a medical brigade in the Republic of Algeria.

Key words: international cooperation; medical missions, official; indicators of morbidity and mortality; maternal and child health; Algeria

Recibido: 27 de agosto de 2011

Aprobado: 6 de septiembre de 2012

Correspondencia:

Dr. Manuel Fernández Urquiza.
Universidad de Ciencias Médicas.
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.
Cienfuegos. CP: 55100.

Dirección electrónica: metodologoesp@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta la labor realizada por la Brigada Médica Cubana en la hermana República de Argelia entre los años 2007 y 2010. Se reflejan las características del medio en que les correspondió realizar esta labor: las costumbres propias de un país árabe, con el 99 % de su población que profesa el musulmán, que tienen como idioma oficial el árabe (lengua materna) y desde el punto de vista técnico el francés como idioma alternativo.

El propósito fundamental de la misión era realizar una intervención con el ánimo de reducir la morbimortalidad materna-infantil que en sentido general en estos países oscila en cifras muy elevadas.

La colaboración cubana en Argelia data de muchos años, incluso es de los países con una mayor historia en este sentido. La misión médica es una ampliación de nuestra presencia con la introducción de especialidades como la Neonatología y la Medicina General Integral, labor que estuvo dirigida a una provincia específica con el ánimo de introducir los dos niveles de atención, medir la efectividad de nuestras acciones y en un futuro hacerlo extensivo para el resto del país.

La mortalidad neonatal cuando llegaron los médicos cubanos, según les fue informado, estaba en el rango del 30 %, la mortalidad materna también era alta. Después de tres años de trabajo se comprobó que en ambos casos existía un subregistro estadístico considerable, por lo disperso de su población, su condición de nómada, la gran cantidad de remisiones de casos graves que fallecían en los trayectos, etc. así como por la logística de un sistema de salud que no responde eficientemente a las demandas de sus pobladores.

Otro problema que se debe señalar y que fue detectado en los primeros momentos, fue que a pesar de contar con buenas estructuras en las instalaciones, no poseían personal especializado y que además no tenían un sistema de trabajo que contemplara la guardia física, situación que conspiraba con el logro de resultados más eficientes.

Todo esto significó un reto importante pues se trataba de cambiar hábitos y estilos de trabajo, introducir especialidades nunca antes trabajadas, el inicio de un sistema de guardia física tanto en Gineco-obstetricia como en Neonatología, cambio de logística en cuanto a la demanda de exámenes complementarios y medicamentos e implementar un nivel de atención al grave tanto para la paciente obstétrica como para el recién nacido.

El propósito de este trabajo es dejar testimonio del aporte de un grupo de cubanos que a través de una brigada médica logró reducir las cifras de morbimortalidad materna-infantil al vencer barreras en la comunicación, modificar modos de actuación y en resumen elevar el prestigio de la Colaboración Cubana, lo que estamos seguros amplió las perspectivas de

nuestra labor en ese hermano país.

DESARROLLO

Formando parte de una Brigada Médica con destino a la hermana República de Argelia partieron el 14 de julio del 2007 un total de 126 compañeros con el ánimo de iniciar un trabajo especializado en el área Materno-infantil con un mayor énfasis en la provincia de Djelfa y a menor escala en otras provincias en que solo se ubicaron especialistas de Gineco-obstetricia (20) que debían cubrir sobre todo aquellos territorios más alejados de la capital del país.

La Colaboración Cubana en Argelia cuenta con más de cuarenta años de existencia, pero como alternativa Materno-infantil resultaba una nueva variante de colaboración, sobre todo si se tiene en cuenta la presencia de especialistas de Medicina General Integral y el ánimo de sentar las bases para establecer un primer nivel de atención y lograr la integración como servicios de salud de ambos niveles de atención.

En la antes mencionada provincia de Djelfa fueron ubicados un total de 106 compañeros. Este grupo estuvo compuesto por especialistas de: Ginecología, Neonatología, Anestesia, Radiología, Medicina General Integral y enfermeras neonatólogas y obstétricas.

Como antecedente de interés se puede destacar la etapa de formación recibida en la Escuela Salvador Allende, en relación con el panorama epidemiológico del norte de África y específicamente del país de referencia: Argelia. Se hizo énfasis en la picadura por escorpión que luego en la práctica resultó ser bastante tóxico y que en dependencia de las horas transcurridas podía tener un final fatal. Se informó la cifra de mortalidad neonatal declarada, que oscilaba en el 30 % y de la que se confirmó posteriormente que constaba con un importante sub-registro. Otro elemento importante fue una formación elemental de idioma francés que fue determinante para dar los primeros pasos en la labor de asistencia.

Antes de la partida fue comunicada la ubicación en tierra argelina, en el caso del autor de este trabajo, le correspondió el hospital regional de Messaad ubicado a 380 Km de Argel, el cual le prestaba atención a un universo correspondiente a 7 comunas con una dispersión poblacional considerable (nómadas) lo que hace más difícil el control asistencial de los pacientes de esta área.

Al llegar la brigada, tras el recibimiento por las autoridades del país, designaron a un grupo de expertos quienes comunicaron los principales problemas de salud de esta región, luego en la práctica se comprobó que muchas de esas situaciones no concordaban con la realidad.

Definitivamente a las 72 horas ya se estaba en camino hacia la provincia de Djelfa, en la cual se produjo el correspondiente recibimiento por las autoridades y 24 horas más tarde se continuó en camino hacia Messaad.

Una vez allí, les fue mostrado y entregado un edificio en el que debían vivir, ubicado en un reparto denominado Feluya como tributo a las víctimas de esa ciudad de Irak. Dicho edificio poseía apartamentos donde fueron ubicados por partidas de 4 y de 6 compañeros.

Una vez dispuestos, fueron conducidos al hospital para una visita de familiarización tanto con la estructura como con el personal nativo.

La Brigada Médica quedó compuesta de la siguiente forma: 6 obstetras, 4 neonatólogos, 2 anestelistas, 1 radiólogo, 5 enfermeras neonatólogas y 1 enfermera obstétrica.

Al realizar el recorrido por el hospital se constató una edificación con una buena estructura constructiva y de buen gusto, que había sido edificado veinte años atrás por una empresa sueca; poseía posibilidades de climatización, pero carecía de buena higiene.

Nunca en la historia del hospital la especialidad de Neonatología había tenido algún desempeño, por ende se imponía comenzar a sentar las bases. A esto se unía el hecho contradictorio de que por tradición, como trabajo médico, los especialistas no tenían estipulado hacer guardia física de 24 horas por lo que las condiciones no estaban creadas al respecto.

Al autor de este trabajo le correspondió organizar administrativamente nuestro sistema de trabajo por su condición de coordinador por la parte cubana. Al respecto sí teníamos como definición que en ambas especialidades era necesario comenzar de inmediato con la guardia física y mantener el servicio durante las 24 horas, lo que significaba crear las condiciones para lograrlo.

Otra limitante importante lo constituía la barrera de la comunicación. El personal técnico o con alguna preparación nos daba la posibilidad de intercambio en francés, por lo que hubo que poner en práctica algunas estrategias para dar nuestros primeros pasos asistenciales, entre ellas colocar en cada grupo de rotación a uno de los tres colaboradores que tenían mejor dominio del idioma, de manera que siempre estuviera uno de ellos presente, lo que facilitaba cualquier emergencia de comunicación. Esto también fue válido para los trámites administrativos que había que realizar con la dirección argelina, sobre todo en la primera etapa, como por ejemplo: la solicitud que se hizo de equipamiento, medicamentos y cambios estructurales para poder desarrollar nuestro trabajo, la cual contó con un respaldo efectivo por lo que se adquirieron equipos costosos y adecuados: un equipo de rayos X portátil, ventiladores propios para el recién nacido, juego de reanimación y algún instrumental quirúrgico pues este, producto del sistema de esterilización por ellos utilizado (horno), se encontró con un gran nivel de deterioro, lo que por supuesto repercutía en la actividad quirúrgica.

Un aspecto a tener en cuenta es que la dirección del hospital (situación común como sistema) estaba ocupada

por profesionales no médicos, lo que a veces dificultaba demostrar los puntos de vista médicos. Esta situación se viabilizó cuando se solicitó y obtuvo la intervención de un médico argelino que atendía la esfera de higiene y servía de intermediario ante el consejo de dirección del hospital.

Por esta vía se hizo entrega de algunos proyectos, entre ellos: uno para el desarrollo de la Neonatología (recordemos que no existía una experiencia previa), otro intento en la propuesta de un laboratorio que diera respuesta al uso de micrómetro para los exámenes complementarios de los neonatos, así como un banco de sangre con mayor poder resolutivo. Se logró la compra de un gasómetro que, además de dar respuesta a nuestra demanda, también daba servicio al resto de las especialidades. Otro de los proyectos entregados fue el relacionado con la apertura de una sala que diera cobertura al pre y posoperatorio pues este último, a la llegada de la brigada, se realizaba en una sala a la que le llamaban de intensiva. En este local se logró que designaran dos camas de las cuatro que poseía; dicha sala, hasta cierto punto, tenía una mayor cobertura en cuanto a equipamiento, no así en la atención de enfermería que al igual que en el resto de las salas no tenía la disciplina observacional y el acompañamiento que necesita un paciente grave.

Para reducir esta situación se tomó la decisión de preparar dos cubículos dentro de la sala de obstetricia, con el apoyo de la enfermera cubana especialista en obstetricia, para ofrecer cuidados progresivos tanto a las pacientes que agravaran su cuadro como a aquellas que por proceder de la intensiva eran trasladadas a la sala, para continuar su tratamiento y observación. Decididamente esto favoreció el trabajo y evitó complicaciones en nuestras pacientes.

Algo no menos importante fue lograr empatía con los profesionales naturales del país, pues por lo regular tenían cabinas o consultorios privados; la presencia nuestra les provocaba desventajas y lo más importante para ellos, los afectaba económicamente. Sobre todo al inicio estaban muy al tanto de nuestro trabajo y de nuestros resultados.

Costó bastante esfuerzo tener una referencia confiable en lo que se refiere a sus estadísticas de salud, por ejemplo: declararon una mortalidad neonatal de un 30 % que aunque estábamos seguros tenía subregistro, era la que ellos daban como dato oficial. La mortalidad materna resultaba muy difícil de precisar pues ellos tenían una cifra de evacuación extraordinaria con pacientes en extremo graves y las fallecidas en el trayecto o en otro centro de atención no se registraban por el hospital de origen. En un mes podían transferir hasta 120 pacientes hacia otros hospitales. La intervención de la brigada médica cubana, sin lugar a dudas, tuvo un impacto extraordinario en este rubro, por el hecho de reducir prácticamente a cero las evacuaciones.

De inicio se comprobó la desconfianza de que éramos objeto, sobre todo para que los hombres aceptaran que nuestros médicos asistieran a sus mujeres. Este era uno de los motivos del alto número de partos extra hospitalarios que nos antecedió y que gracias a nuestros resultados se fue modificando paulatinamente, lo que quedó demostrado por el número de nacimientos, los cuales, de un promedio de seis por día fueron ascendiendo progresivamente hasta un promedio de diez a once a nuestra salida, lo que por supuesto iba en detrimento de los partos domiciliarios.

Resulta interesante también tener en cuenta el promedio de hijos por pareja, que resultaba alto (cinco, seis y más) y si se añade que a los hombres les estaba permitido legalmente hasta cuatro enlaces matrimoniales, por simple matemática se llega a una idea de la productividad por hombre y su descendencia.

Una vez creadas las condiciones mínimas para poder permanecer de noche, se logró la cobertura para 24 horas, lo que también resultó un impacto importante, primero porque rápidamente comenzaron a observarse cambios en los resultados del trabajo (que más adelante se expresan estadísticamente) y segundo, porque no se había hecho nunca en ese hospital una cobertura especializada de ese alcance.

Paralelamente se iban dando pasos a nivel de comunas (policlínicos) que sumaban siete para el sector, que ya contaban con presencia cubana que garantizaba en alguna medida cierta cobertura como primer nivel de atención.

Este fue otro elemento que se fue introduciendo paulatinamente pues, por su idiosincrasia, los pobladores resultan muy conservadores, además las mujeres viven en tal grado de clausura que no se les permite que sean visitadas (no abren las puertas, las que son portones de metal y el cierre con cerraduras y candados); esto guarda relación con el tipo de construcción de casas que están tapiadas a una altura de tres metros, sin ventanas. Por costumbre, cuando el hombre de la casa realiza una invitación, recibe en un salón aldaño a la puerta de entrada, destinado a recibir a los hombres y atenderlos sin posibilidad de introducirse en el resto del domicilio; en el caso de una visitante femenina, además de que se reúnen en otro salón, sí pueden, en compañía de la ama de casa, recorrer el resto de las instalaciones. En la medida que se fueron incrementando las buenas relaciones y el buen entendimiento, algunas familias daban licencia para no tener en cuenta dichas limitaciones.

Es bueno señalar que este sector estaba caracterizado como un lugar muy tradicional en el que se observaba el rigor de las costumbres en grado superlativo. No obstante se fueron dando pasos y al menos las pacientes podían ser valoradas en la etapa prenatal y se podía tener, en alguna medida, la evaluación del riesgo.

Otro aspecto a resaltar es que en algunos de los policlínicos se crearon las condiciones para realizar

partos que no resultaran de riesgo o que llegaran en un periodo muy avanzado del trabajo de parto. Con el objetivo de unificar los criterios y las acciones a través de la coordinación de los servicios médicos, se circuló un documento que pautaba la conducta a seguir a nivel de los policlínicos con aquellas embarazadas de riesgo y su traslado oportuno a la institución hospitalaria. Anteriormente, todo esto lo asumían las comadronas de la comunidad en los domicilios, pero en la medida que fue siendo del dominio de la población, la balanza se fue inclinando hacia lo institucional. El hecho de que existiera una diferencia económica en la atención también influyó en esta situación.

Debemos también hacer énfasis en que en todos aquellos lugares con presencia de nuestra brigada los aspectos relacionados con la higiene iban transformándose, existía mayor limpieza y control del proceso de esterilización. Es bueno resaltar que lo más difícil era poder modificar las mentalidades y la forma de actuar de las técnicas en Obstetricia (*Sage Femmes*) que resultaban diosas en dicho medio y que poseían hábitos muchas veces reñidos con el buen hacer, como por ejemplo: la manipulación sin lavado de manos, con los mismos guantes hacían de todo, además de los tactos y manipulación vaginal.

Otro aspecto es que, antes de la llegada de los cubanos, los partos complicados eran asumidos por el cirujano, quien, siempre que lo pudiera remitir, no realizaba la cesárea. Esto explica el gran número de remisiones que se efectuaban y por supuesto la elevada morbimortalidad a nuestra llegada.

En cuanto al recién nacido (RN), este no tenía protagonismo, era un elemento secundario y lo más lamentable resultaba que aunque este país contaba con recursos (material desechable y equipamiento) no se le realizaban los cuidados propios del RN y aunque contaban con cunas térmicas, los neonatos sufrían de enfriamiento con todas las complicaciones aparejadas. Todo esto fue objeto de un trabajo de concientización y pacientemente se fueron dando los pasos para que, sobre todo el personal más joven, lo fuera asimilando; factor muy importante si recordamos las condiciones climáticas del lugar, donde predomina un frío intenso.

El aborto hemorrágico tuvo mucha incidencia pues las pacientes, luego de la manipulación hogareña, llegaban en muy mal estado; esto condujo a que se crearan algunas condiciones: se creó un local para el curetaje, pero además, al contar la brigada con la especialidad de Anestesia, se le adicionó una máquina anestésica que hacía más humano este procedimiento. Podemos asegurar que el número de mujeres salvadas por este concepto resultó importante.

En el transcurso de nuestra etapa se logró establecer un sistema de rescate para aquellos recién nacidos de riesgo: prematuridad, dificultad respiratoria, etc. que hubieran nacido en los domicilios o en los policlínicos, pues previa coordinación con la institución hospitalaria,

se disponía de una ambulancia, equipada para ese fin, y se hacía acompañar de personal especializado. Esta gestión tuvo también su impacto y contribuyó decisivamente a la reducción de la morbimortalidad neonatal.

Inicialmente realizábamos las entregas de guardia a las 8 a.m. y teníamos otro contacto a las 2 p.m. momento en que la estancia le hacía entrega al personal que iniciaba la guardia, la cual se extendía desde las 2 p.m. hasta las 8 a.m. del siguiente día. Mediante este mecanismo recopilamos la información estadística día a día, lo que brindó la posibilidad de hacer los análisis mensualmente y al cierre por año, así como la presentación de nuestros resultados en los eventos convocados y finalmente llevarlos al presente trabajo.

Resumen del trabajo realizado en el hospital de Messaad.

En Obstetricia:

- Total de partos: 8 262.
- Porcentaje de partos realizados por cubanos: 31 %.
- Nacidos por pelviana: 318.
- Aplicación de fórceps: 274.
- Total de cesáreas: 466.
- Cesáreas primitivas: 351.
- Índice de cesárea global: 5,6 %.
- Índice de cesárea primitiva: 4,2 %.
- Mortalidad materna: 0.
- Muertes fetales (a partir segundo semestre 09): 77.
- Histerectomías obstétricas (a partir del 09): 19.
- Mujeres atendidas (urgencias y pase de visita): 32 025.

Comentario:

Se incrementó el número de nacimientos de manera progresiva, si se tiene en cuenta que inicialmente el promedio diario oscilaba entre los seis nacimientos y a nuestra salida este se incrementó a diez y once por día, lo que guarda relación con el grado de confiabilidad que se fue ganando progresivamente, aparejado con los resultados alcanzados. El índice de cesárea se mantuvo en el mismo rango y como se puede observar era de lujo, sobre todo si tenemos en cuenta que no repercutió ni en la mortalidad materna ni en las muertes fetales. En cuanto a las histerectomías obstétricas: la mayor parte fueron por sangrado (17) y sepsis (2). Se incrementaron las mujeres atendidas, lo que unido al mayor número de partos es muestra de mayor fiabilidad de la población con el trabajo realizado por nuestra brigada.

En Neonatología:

- Total de ingresos: 1 043.
- Mayores de 2500 g: 565 (54,1 %).
- Menores de 2500 g: 478 (45,8 %).
- Fallecidos: 135.

- Mortalidad: 12,9 %.
- Malformados: 107.
- Reportados graves: 263 (26,4 %)

Comentario:

Se redujo la mortalidad de un 30 % (al inicio) al 14 % (2008) y el acumulado arroja un 12,9 %, progresivamente estos resultados constituyeron un gran impacto, tanto en las autoridades como en la población, por lo que se incrementó el número de ingresos. En cuanto a las causas de muerte no hubo mucha variación: la sepsis y las malformaciones estaban entre las principales causas. Resulta posible que su reducción se favoreciera con la ventilación, sin dejar de observar las limitaciones de estructura y recursos humanos que hacían prácticamente imposible desarrollar un Servicio de Cuidados Intensivos, para llevar a cabo el tratamiento ventilatorio; se añadió también la carencia de micrómetro en el laboratorio.

En cuanto a la morbilidad es importante destacar la sepsis, tanto congénita como adquirida en la comunidad, que incrementaron el número de ingresos de manera considerable (representaba entre un 30 y un 35 % del total). La hipoxia, aunque posee un valor importante en la morbilidad, no resultó ser una causa de muerte digna de destacar.

Las malformaciones resultaron numerosas y pudieron estar relacionadas con el alto grado de consanguinidad existente; además, a pesar de tener un diagnóstico prenatal, son reacios a realizar la interrupción de la gestación, lo que incrementa la morbimortalidad, entre otras causas por no contar con un sistema de salud capaz de darle cobertura oportuna a dichas malformaciones entre las que se pueden señalar: las cardiopatías, las digestivas, neuroquirúrgicas, etc. cuya remisión para otro nivel de atención resultaba tardío a pesar de las gestiones realizadas.

En Anestesia:

- Total en urgencias: 485.
- Total de electivas: 310.
- Total: 860.
- Espinales: 397.
- General de endovenosas: 278.
- General oro traqueales: 147.
- Otras: 38.

Atención en la sala de reanimación:

- Pacientes graves y muy graves: 130
- Pacientes en el posoperatorio: 323.
- Total: 453.

Comentario:

La presencia del anestesiólogo continúa siendo un pilar importante en los resultados de la atención a la paciente obstétrica grave. Un importante indicador lo constituyó el índice de cero mortalidad, unido a los cuidados intermedios de enfermería como factor progresivo de

atención. El sangrado y la sepsis fueron los diagnósticos de mayor incidencia en la paciente grave.

Es oportuno señalar que la técnica espinal no era utilizada por el personal argelino y con la incorporación de los cubanos comienza a ser utilizada. Se debe añadir el número considerable de mujeres graves por causa de la práctica de abortos, que se salvaron debido a la atención oportuna de los especialistas y la introducción del servicio de curetaje, que humanizó el procedimiento y redujo de manera considerable las evacuaciones y el riesgo de muerte.

Radiología:

- Total de casos: 9 948.
- Casos obstétricos: 4 710.
- Casos ginecológicos: 2 245.
- Otros: 2 993.

Comentario:

Esta actividad aportó indicadores estables mes tras mes y resultó un apoyo importante para el trabajo gineco-obstétrico en el diagnóstico y seguimiento de las pacientes y la detección de malformaciones congénitas (numerosas) que al menos daban la opción de la

interrupción de la gestación, así como el de otras especialidades que demandaron su presencia.

CONCLUSIONES

La presencia de la brigada médica cubana en el hospital de Messaad logró impactar positivamente en la reducción de la morbilidad materna y neonatal a lo largo de los tres años que se mantuvo en la República de Argelia.

Se creó un estilo de trabajo que sentó pautas para el desarrollo de la misión en el resto del país y se pudo instituir un modelo para la colaboración en este tipo de países, en los que se cuenta con dificultades tanto por el idioma como por sus costumbres y creencias.

En alguna medida esta influencia cambió los paradigmas de higiene y estilos de trabajo del personal nativo. Se logró una estrecha relación con la población nativa que se identificó con Cuba por medio de nuestra presencia. A partir de los resultados se establece un nuevo punto de partida para la colaboración entre los dos países.

Finalmente fuimos fieles al juramento que hicimos a nuestra partida y rendimos honor al nombre que asumió nuestra brigada, el de Vilma Espín.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009[citado 20 May 2009]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2009/es/index.html.
2. Sedes Álvarez G. Chad: salud materno infantil. Cuadernos. 2008;XXII(2):14-17.
3. Recibe presidente Bouteflika al Ministro de salud cubano[Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Relaciones Exteriores; 2012[citado 19 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.cubaminrex.cu/Actualidad/2012/Enero/recibe56.html>.
4. Molina G. Argelia revoluciona la salud pública y la relación con Cuba[Internet]. La Habana: Asamblea Nacional del Poder Popular; 2010[citado 19 Mar 2012]. Disponible en: http://www.parlamentocubano.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=654:argelia-revoluciona-la-salud-publica-y-la-relacion-con-cuba-&catid=74:lo-que-el-mundo-opina-sobre-cuba&Itemid=153.