

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



ASUNCION - PARAGUAY

IV CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL CISS - AISS

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

	Página
TERCERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	387
INFORME FINAL DE LA TERCERA SECCION	389
CUARTA SESION PLENARIA	391
LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO FACTOR DE PROTECCION MATERNO INFANTIL EN LOS REGIMENES DE SEGURIDAD SOCIAL.	
Documento preparado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médico Social	393
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por la Organización Internacional del Trabajo	415
PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.	
Documento preparado por The Population Council Western Hemisphere	443
CUARTA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SOBRE EL TEMA	455
INFORME FINAL DE LA CUARTA SECCION	457

CUARTA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Américo Velázquez.
Honorable Diputado Nacional,
Presidente de la Comisión de Justicia,
Trabajo y Seguridad Social
de la Cámara de Diputados de la
Nación Paraguaya.

Presidentes Alternos:

Dr. Jorge Brenes.
Jefe de la División de Seguridad
Social y Bienestar Social.
Departamento de Desarrollo
Social e Institucional.
Organización de los Estados Americanos.

Dr. Guido Miranda Gutiérrez.
Sub-Gerente Médico de la Caja
Costarricense de Seguro Social.

Dr. Jorge Pellecer Gómez.
Sub-Gerente de Administración
de Prestaciones del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social.

Dr. Adolfo Rosevics.
Director del Departamento de
Unidades Sanitarias.
Secretaría de Salud Pública del
Estado de Paraná, Brasil.

Secretarios Técnicos:

Dr. Juan B. Elizeche,
Dr. Vicente Bataglia.

TEMA:

“PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU
PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR”.

“PROTECCION MATERNO INFANTIL Y SU PROYECCION EN LAS POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR”*

Dr. Ramiro Molina Cartes. **

Introducción

A petición del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) a través de su Proyecto Regional en Seguridad Social y Planificación Familiar para Latinoamérica, ha preparado este documento en el cual se han invertido las experiencias e informaciones acumulados por el Proyecto antes mencionado en sus múltiples actividades de Asesoría Técnica restada a diferentes países del Continente.

Por otra parte fue necesario efectuar visitas de investigación a las Instituciones de Seguridad Social de Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela, a fin de completar la información básica requerida.

La no inclusión de algunas Instituciones de Seguridad Social se ha debido única y exclusivamente a la falta de datos e información de prestaciones médicas suficientes que permitiesen una comparación adecuada en el esquema de análisis e investigación desarrollado.

Cabe agregar además que el documento analizará fundamentalmente el nivel de Salud Maternal donde existe información factible de ser comparada, dejando los aspectos infantiles debido a la heterogeneidad existente en cuanto a la cobertura de sus prestaciones por las diferentes instituciones de Seguridad Social, como a la desimilitud de su información estadística médica.

Generalidades

Los sistemas de “atención Médica”, dados a la población han incrementado progresivamente sus actividades en el campo preventivo complementando las

* Documento preparado por la OIT.

** Consejero Regional en Seguridad Social y Planificación Familiar.

tradicionales funciones de la Medicina Curativa, de tal modo, que en la Planificación Global de los servicios médicos en las Instituciones de Salud ya no se plantea la tradicional discrepancia entre lo “Curativo y lo Preventivo” o los aspectos puramente clínicos y los elementos de Salud Pública de la Atención Médica.

Evidentemente, que esta concepción de integralidad de las acciones de salud, necesariamente ha llevado a un aumento de los costos de la Atención Médica⁽¹⁾ y a una adaptación de las estructuras de salud y coordinación de ellas⁽²⁾, con el fin de mantener una población física, social y síquicamente sana, objetivos más amplios que la simple recuperación y rehabilitación del daño en la salud individual o colectiva.

Por otra parte, ha surgido la necesidad de preparar a los profesionales de la salud con una Visión Integral de la Atención Médica y darles las herramientas para trabajar como “equipo de salud” y a su vez coordinarse con otras áreas fuera del sector salud.

Desde este punto de vista la Organización Internacional del Trabajo, (OIT) formuló y adoptó el Convenio sobre Seguridad Social (norma mínima) 1952 (102) que abarca todo el campo de la Seguridad Social distinguiendo nueve contingencias a saber:

- 1) Condiciones que requieran asistencia médica de carácter preventivo o curativo.
- 2) Incapacidad para el trabajo debido a Enfermedad.
- 3) Desempleo.
- 4) Vejez.
- 5) Accidente del Trabajo y Enfermedad Profesional.
- 6) Hijos a cargo.
- 7) Maternidad.
- 8) Invalidez y sostén de la familia.
- 9) Muerte del sostén de la familia.

Pese a su amplitud, el Convenio permite la ratificación inicial con respecto a, por lo menos, tres contingencias a condición de que una de ellas

se refiera a enfermedad profesional o accidente del trabajo, a invalidez a muerte, a vejez o desempleo (1).

Debe admitirse que el Convenio # 102 pese a establecer normas mínimas, hasta ahora sólo ha sido ratificado por un número relativamente reducido de países, sin embargo, su repercusión en el desarrollo de la asistencia médica en el marco de la Seguridad Social no debe considerarse únicamente desde el punto de vista del número de ratificaciones. De hecho hay muchas pruebas de que los Regímenes de Seguridad Social en un número considerable de los Estados Miembros, en general han alcanzado y frecuentemente superado las disposiciones de asistencia médica establecidas por el Convenio 102(1)

Nivel de Salud

En Latinoamérica la madre y el niño aparecen como los grupos más “vulnerables” dado que sus niveles de salud están estrechamente unidos con las características del desarrollo, estructura y dinámica demográfica de los países de la región(3).

Por otra parte, en estos mismos grupos se concentran los “daños reducibles” de morbilidad y mortalidad factibles de ser prevenidos a través de programas que consideren los aspectos Curativos y Preventivos de la Atención Médica, como también sus factores y condicionantes.

A nivel de las Instituciones de Seguridad Social este hecho también cobra gran importancia aunque en menor proporción dado que la población cubierta por sus prestaciones es seleccionada y difiere en muchos aspectos tanto de un punto de vista económico, educacional y demográfico de la población general o población “abierta”, bajo la responsabilidad de los Servicios Nacionales de Salud o de Instituciones de Beneficencia.

Atención Gineco-Obstétrica

La importancia relativa de la atención gineco-obstétrica en los Seguros Sociales alcanza magnitudes variables.

Al analizar este hecho (gráfica # 1) con datos de algunas Instituciones de Seguridad Social seleccionadas, (4 al 19) podemos constatar que los egresos gineco-obstétricos alcanzaron un promedio de 35.9% del total de egresos de dichas instituciones, observándose una variación de 19.1% en Costa Rica a 51% en Honduras. Esta imagen está algo distorsionada debido a la importancia creciente de la hospitalización de partos normales.

Así, si analizamos los recursos día-cama ocupados por ginecobstetricia

en relación al total de días-camas ocupados por el régimen de enfermedad-maternidad se observa una variación de 8.1% en Ecuador a un 30.7% en Honduras.

El promedio observado fué de 15.8% para todas las Instituciones analizadas (gráfica # 2). Cabe hacer notar que dada la diferente forma que tienen las Instituciones de presentar sus estadísticas, en algunos casos se incluye los egresos por ginecología y en otros sólo los de maternidad.

Por otra parte en este estudio algunos Seguros Sociales contabilizan sólo los egresos producidos en los hospitales pertenecientes a la Institución, no considerando los egresos de aquellas aseguradas o beneficiarias que se atendieron institucionalmente en otros servicios o no institucionalmente.

Morbilidad Maternal

De los datos factibles de obtener en la investigación llevada a cabo ha sido posible conocer muy someramente el Riesgo Materno para lo cual, se analizó en algunas instituciones de Seguridad Social los egresos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio observándose que éstos varían de 6.9% de los egresos por causas obstétricas en Ecuador a 30.7% en Colombia. (gráfica # 3).

Por otra parte se analizó la importancia relativa de los abortos utilizando índices proporcionales por embarazo y parto. No se pudo utilizar población femenina en edad fértil por la gran variación de este denominador en las diferentes instituciones y por falta de estadísticas para hacer estudios comparativos.

De los hallazgos del estudio se comprobó que los abortos varían de 10.4 abortos a 22.2 abortos por cada 100 partos en el Salvador y Honduras respectivamente, con un promedio de 15.3 abortos por 100 partos para el total de la serie. (gráfica # 4). Una diferente expresión del mismo fenómeno se aprecia en el gráfica # 5.

La evolución del aborto en los últimos años muestra una tendencia mantenida del fenómeno o con muy escasa tendencia a la disminución, (gráfica # 6). Hacen excepción la C C S S y el I G S S

Los aspectos de estructura de la morbilidad específica maternal tanto en hospitalización y consulta ha sido imposible de determinar comparativamente por la falta de datos en los registros consultados.

Sin embargo del análisis de la importancia relativa de la atención gineco-obstétrica y de los Riesgos Maternos se puede observar la indudable importancia de ellos tanto por el volumen, como por el impacto que está

significando para la Atención Médica Materna de los Seguros Sociales; como para la salud de las aseguradas y beneficiarias de las Instituciones. Evidentemente que el fenómeno de riesgo por aborto en este estudio se considera subenumerado por razones de estadísticas básicas o por encubrimiento consciente o inconsciente del diagnóstico de aborto que tiene en muchas oportunidades consecuencias para determinar los beneficios económicos por incapacidad de la asegurada.

Hay que agregar a esto, el hecho ya comprobado que sólo un 50% a 60% de los abortos llegan al hospital, como consecuencias de complicaciones⁽²⁰⁾.

Como corolario de este análisis cabe preguntarse cuántos de estos daños de salud podrían haberse prevenido y cuántos de ellos habrán sido consecuencia de un embarazo no deseado. Obviamente que su respuesta es difícil por la multiplicidad de factores en juego.

Costo de la Atención Maternal.

Dadas las diferencias existentes en los cálculos financiero-actuariales en el régimen de enfermedad-maternidad de las diferentes Instituciones de Seguridad Social como la dificultad para separar los gastos médicos hospitalarios imputados a los servicios maternos, se hará un análisis aproximativo considerando sólo los gastos de hospitalización, sin incluir las prestaciones económicas por incapacidad o reposo maternal ya que las normas que se aplican en las diferentes instituciones, al respecto, no son homogéneas.

Por otra parte, el costo día-cama varía mucho de una Institución a otra, así por ejemplo, el costo día-cama en la Caja Costarricense de Seguro Social en 1974 se calculó en 222 colones (U\$26)⁽²¹⁾ en el Instituto Hondureño de Seguridad Social en 1971, en 34,32 Lempira (13.7U\$)⁽²²⁾, y en el Instituto Dominicano del Seguro Social en 1971 de 11 pesos dominicanos (6U\$)⁽¹¹⁾.

Sin embargo, se estimará un costo real de 35 dólares por día-cama, considerando que las atenciones de parto u aborto incluyen gastos por cirugía de diferente grado y magnitud.

Por otra parte se considerará un promedio observado de 6 días de hospitalización por parto complicado y un promedio de 3 días por aborto.

Del análisis, se obtuvo que para la serie analizada (Tabla # 1) el costo varía de 105.945 dólares en Ecuador a 14.171,430 dólares en México para las hospitalizaciones por complicaciones del parto y aborto. El total del costo para las instituciones analizadas en los diferentes años fue de 21.2

millones de dólares, correspondiendo de este total un 37.9% al costo por abortos.

Naturalmente que a estos costos habría que agregar los beneficios económicos no incluidos, en el cálculo; el costo de los días no trabajados y considerar el costo social para el hogar y la familia.

Estos hechos nos llevan a considerar nuevamente una afirmación planteada en el inicio de trabajo, en relación al aumento de los costos de la Atención Médica al introducir medidas de Medicina Preventiva. Esto podría ser cierto, si sólo se considera el aumento global o unitario de la Atención Médica en una simple observación de tendencia.

El problema no aparece tan claro si consideramos el costo-beneficio. Este último elemento no es fácil de medir, ya que el cálculo de una muerte prevenida o de una morbilidad prevenida es de por sí difícil y depende además del juego de otros factores socioeconómicos de un país. ^(23 24 25).

Sin embargo, en el campo maternal el fenómeno es más claro y la prevención de un embarazo no deseado o contraindicado en mujeres con antecedentes patológicos da un resultado más inmediato o a corto plazo. Los avances en las técnicas de detección precoz de las patológicas del embarazo son de alto costo, como las utilizadas para el control de ellas. Lo mismo sucede al incrementar las técnicas del tratamiento del aborto séptico tanto desde un punto de vista de recursos humanos como materiales.

De algunos estudios del Alto Riesgo Obstétrico-Fetal⁽²⁶⁾ se ha determinado que alrededor de un 40% de las complicaciones del embarazo son factibles de prevenir y concretamente en Chile ha sido posible prevenir un número apreciable de muertes maternas por aborto a través de programas de Atención Integral de la Mujer⁽²⁷⁾.

TABLA No. 1
 COSTO DE LAS HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES DEL
 PARTO Y ABORTO. SEGUROS SOCIALES DE LATINOAMERICA.

PAIS E INSTITUCION	AÑO	Días-Cama Parto Complic		Días-Cama aborto		costo total (c)	% costo X Aborto
		No. (a)	costo (c)	No. (b)	costo (c)		
Bolivia (CNSS)	1972(f)	492	17.220	1.311	45.885	63.105	72.7
Colombia (ICSS)	1972	58.722	2.055.270	37.203	1.302.105	3.357.375	38.8
Costa Rica (CCSS)	1972(d)	10.542	368970	3.645	127.573	496.543	25.7
Ecuador (IESS)	1972	816	28.560	2.211	77.385	105.945	73.0
El Salvador (ISSS)	1972	4.008	140.280	2.700	94.500	234.780	40.1
Guatemala (IGSS)	1972	13.098(e)	458.430	5.583	195.405	653.835	29.9
Honduras (IHSS)	1971	1.674	58.590	1.785	62.475	121.065	51.6
México (IMSS)	1971	251.269	8.794.380	153.630	5.377.050	14.171.430	37.9
Nicaragua (INSS)	1972	8.929	312.480	2.355	82.425	394.905	20.9
Paraguay (IPS)	1971(g)	1.830	64.050	1.518	53.130	117.180	45.3
Venezuela (IVSS)	1972	25.686	899.010	17.877	625.695	1.524.705	41.0
Costos Totales		—	13.197.240	—	8.043.628	21.240.868	37.9

- a) Se consideró un promedio de 6 días de hospitalización por parto complicado.
- b) Se consideró un promedio de 3 días de hospitalización por aborto.
- c) Costo en dólares EE.UU.
- d) Incluye 2 hospitales.
- e) Extrapolado de un estudio que reveló un 16.8 % de partos distócicos.⁽⁵⁾
- f) Incluye sólo Hospital No. 1 y Maternidad No. 11, la Paz.
- g) Incluye sólo la Capital (Asunción).

Atención Médica Maternal

Del informe “Programas de Seguridad Social en el Mundo”⁽²⁹⁾, se observa una gran variación en las prestaciones médicas y económicas a la asegurada y beneficiarias en el campo de la “Atención Maternal” caracterizándose por coberturas parciales en la Atención Médica Integral de la Mujer.

Por otra parte de una encuesta a 38 países realizada por un grupo de trabajo de la Comisión Permanente Médico Social de la Asociación Internacional de la Seguridad social se constató que las medidas preventivas para la protección de la maternidad en 29 países de los encuestados⁽²⁹⁾ alcanzaron la siguiente distribución:

- Control médico pre y post-natal la daban un 100% de los países.
- Asignación económica por maternidad un 45% de ellos.
- Ayuda para la lactancia, un 17%.
- Dación de canastillas, un 5%.
- Labores educativas, un 17%.
- Programas para tratamiento de esterilidad, un 3%.
- Programas de Planificación Familiar, un 21%.

Cabe agregar que la mayoría de los Institutos de Seguridad Social consideran actividades de Detección Precoz de Cáncer Cérvico Uterino como elementos de rutina del Cuidado de la mujer.

Por otra parte, la Atención Médica Preventiva y Curativa de la mujer o Atención Médica Integral debería considerar una serie de elementos armónicos al servicio de la mujer con el fin de abarcar las diferentes etapas de su vida y no sólo un período, como es el embarazo y el parto. Estos elementos ideales se podrían esquematizar como sigue:⁽³⁰⁾

1. Atención Prenatal
 - Precoz
 - Adecuada
 - Periódica
 - Continua
2. Alimentación Suplementaria de la Embarazada y Nodriz.
3. Educación e Higiene del embarazo.
4. Adecuada Atención del Parto.
5. Atención Post-Natal o del Puerperio.
6. Estímulo a la lactancia materna.
7. Prestaciones materiales y/o económicas a la mujer durante el embarazo o puerperio.
8. Reposo a la mujer embarazada durante el embarazo y puerperio.
9. Atención ginecológica.
10. Detección precoz de patologías femeninas.
11. Planificación Familiar.
12. Programas de educación sexual en el adulto.
13. Educación Sexual del escolar y adolescente.
14. Atención del recién nacido.
15. Guarderías infantiles para el cuidado de los niños de la mujer trabajadora.
16. Educación en aspectos de salud de la mujer y el niño a nivel de comunidad, sindicatos, empresas y fábricas.

Se podría pensar que este esquema sintetizado es aún excesivo para el actual desarrollo de la Atención Médica de la Seguridad Social y su costo, pero es necesario recordar que los factores de Riesgo Materno y Perinatal son muchos y de variado origen⁽³¹⁾; biológicos, de Atención Médica, del Medio Familiar, de Población y de orden socioeconómico.

Las medidas descritas sólo *contribuirán* a la prevención de ellos directa o indirectamente.⁽⁹⁾

Protección en las Políticas de Planificación Familiar

En Latinoamérica es pertinente ubicar la Planificación Familiar dentro de las proyecciones que una política de Atención Médica en general o una Política de Atención Materno-Infantil en particular, puedan tener, en la aplicación de medidas con el fin de permitir el ejercicio del derecho humano básico, como es el planear el número de hijos que se desee.

De hecho las políticas de Planificación Familiar en la Región se han desarrollado en conexión a la Planificación Sectorial en Salud y no como un elemento de Planificación Global socioeconómica de los países.

Su marco de referencia ha sido el concepto de Paternidad Responsable “que no se agota en la regulación de los nacimientos sino que se expresa, además y principalmente, en el cuidado, alimentación, educación y socialización de los hijos” ⁽³²⁾.

Como consecuencia, la Planificación Familiar aparece como un factor de la Paternidad Responsable y un medio para la procreación consciente, que adecuadamente utilizada, con profundo respeto a la pareja humana y con un concepto de Prevención, forma parte del conjunto de medidas que pone a disposición de la comunidad la Atención Integral de la Mujer⁽³⁰⁾.

Desde este punto de vista algunas Instituciones de Seguridad Social han complementado las tradicionales prestaciones médicas de maternidad con actividades de Planificación Familiar.

Así en 1965 lo hizo el Servicio Nacional de Salud de Chile y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en 1966 el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en 1968, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, en 1969, el Instituto Colombiano de Seguridad Social, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y el Instituto de Previsión Social del Paraguay, en 1970 la Caja Costarricense de Seguridad Social y en 1972 los Institutos de Seguridad Social de México y República Dominicana.

Los objetivos descritos en cada uno de estas Instituciones para introducir las actividades de Planificación Familiar han sido en el ámbito de la Prevención de los Riesgos de Salud de la Madre y el Niño y en algunas se agrega el componente de bienestar familiar tanto desde un punto de vista social como económico.

En ninguno de ellos se plantea expresamente, objetivos demográficos para disminuir las tasas de natalidad y en todos ellos se enuncia claramente el respeto a la pareja humana para decidir libremente el uso de anticonceptivos y su elección específica.

La intensidad de las actividades varían de una Institución a otra así el Servicio Nacional de Salud en Chile en 1973 alcanzaba una cobertura estimada de 17.1 usuarias activas por 100 mujeres en edad fértil aseguradas totales, en tanto que el IDSS sólo alcanzaba un 0.3% a mayo de 1973.

Las actividades sólo se han estimado ya que en general se adolece de estadísticas que permitan un análisis más exacto de ellas. (Gráfica No. 7).

Se resume a continuación una breve reseña histórica del desarrollo de los programas de Planificación Familiar en las diferentes instituciones de Seguridad Social analizadas.

CHILE (Servicio Nacional de Salud)

Las actividades de Planificación Familiar iniciadas en 1964-65, por diversas instituciones, se incorporan regularmente a las actividades del Servicio Nacional de Salud integrándose al Programa Materno-Infantil, y extendiéndose a lo largo del territorio nacional y áreas que hasta ese momento se mantenían al margen del programa.

En 1973, se incrementan estas actividades a través de un proyecto financiado por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población, llamado Programa de Extensión de Servicios Materno-Infantil y Bienestar Familiar, cuya acción está programa hasta el año 1976.

En febrero de 1974, se crea una Comisión Nacional de Planificación Familiar y Paternidad Responsable a nivel del Ministerio de Salud, que tendrá como función la coordinación de los organismos de salud que están brindando Planificación Familiar en todo el territorio nacional.

En general el programa ha dependido directamente del Departamento de Fomento de Salud del Servicio Nacional de Salud integrando sus actividades con las de Atención Materno-Infantil.

COLOMBIA (Instituto Colombiano de Seguros Sociales)

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales no tiene formalmente incluida las actividades de Planificación Familiar en sus prestaciones médicas regulares a la mujer. Sin embargo, desde 1969 la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana ha prestado su cooperación trabajando en 4 clínicas del ICSS hasta 1971 y sólo en 3 en la actualidad (Armenia, Cali y San Pedro de Claver en Bogotá).

COSTA RICA (Caja Costarricense del Seguro Social)

Las actividades de Planificación Familiar iniciadas en el año 1963 de una manera informal se oficializan en el año 1967 con la creación de la Oficina de Población a nivel del Ministerio de Salud Pública; oficina que fue elevada a rango de Departamento en el año de 1972. En 1970 se integra la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a una serie de otras instituciones, pasando a formar en conjunto, El Comité Nacional de Población que actualmente coordina los Programas de Planificación Familiar a nivel nacional.

Actualmente el programa de la CCSS cubre fundamentalmente el área urbana. Hay 8 clínicas de la Institución que brindan Planificación Familiar y 3 hospitales.

A futuro se tiene planeado la cobertura con servicios, al resto del territorio nacional, donde se encuentran ubicados servicios médicos de la Institución

A partir del año 1974, el programa de Planificación Familiar de la CCSS se encuentra incluido en el Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual financiado por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población que alcanzará hasta el año 1977.

ECUADOR (Instituto Ecuatoriano del Seguro Social)

El IESS inició un programa piloto de Planificación Familiar en 1966, a través del Departamento de Medicina Preventiva en el Hospital Carlos Andrade Marín con recursos fundamentalmente de la IAD. Las actividades incluyen detección precoz de cáncer cérvico uterino y mamario y una intensa labor educativa de seguimiento hecha por trabajadores sociales del área. Por otra parte el Departamento de Ginecoobstetricia del mismo hospital desarrolla actividades de Planificación Familiar que han tenido una laxa coordinación con el programa ya descrito del Departamento de Medicina Preventiva. En 1973 estaba planteada una ampliación de su cobertura a nivel Nacional en coordinación con un Proyecto Nacional en la materia. Para 1974 está proyectada la ampliación de la cobertura a otras clínicas de la Institución en

Provincias esperando alcanzar la complementación a un total de 14 a 15 clínicas del IESS para diciembre de 1974.

EL SALVADOR (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social)

En noviembre de 1968 el ISSS de Seguro Social inicia un plan piloto de Planificación Familiar. El programa depende del Departamento de Medicina Preventiva que ha funcionado con el aporte económico de la AID. Sin embargo en este momento el Programa funciona con recursos aportados por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social en un 95%.

Se brinda Planificación Familiar en 26 consultorios del Seguro Social distribuidos en el territorio nacional.

GUATEMALA (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social)

En junio de 1965 por acuerdo de Gerencia se crea la Clínica de Orientación Familiar en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con el fin de complementar la Atención Médica en el régimen de maternidad.

Las actividades se incrementaron progresivamente hasta mayo de 1968 en que un nuevo acuerdo de gerencia restringe estas prestaciones a la población femenina solicitante proveniente de aborto y según criterio médico, en aquellas de excesiva fertilidad. Por otra parte, en este mismo acuerdo se ordena cancelar aquellas usuarias que estuviesen en el programa por otras causales que no sea el aborto.

En la actualidad el programa de Planificación Familiar está cubriendo a las solicitantes post-abortantes y post-cesarizadas en la Clínica de Orientación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

MEXICO (Instituto Mexicano del Seguro Social)

El IMSS inició la complementación de la Atención Médica Integral de la Mujer con un programa de Planificación Voluntaria en agosto de 1972 con la apertura de actividades en ese campo en dos clínicas del Seguro Social y luego 2 más en noviembre del mismo año. De este modo, a diciembre de 1973 el Instituto cubría con Planificación Familiar un total de 162 clínicas de las cuales 34 eran del Distrito Federal y Valle de México y 128 correspondiente a otros sectores de la República.

Actualmente las actividades de Planificación Familiar del Instituto dependen de la Jefatura de Servicios Médicos de Medicina Preventiva y se ejecutan por el Departamento de Planificación Familiar de la misma Institución.

Llama la atención que a nivel de esta Institución las actividades de Planificación Familiar se han extendido a población no asegurada marginada.

NICARAGUA (Instituto Nicaragüense del Seguro Social)

En julio de 1969 se estableció en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) el Programa de Orientación Familiar obedeciendo a la creciente demanda de anticonceptivos por parte de los asegurados y beneficiarios.

El programa cuenta con una oficina administrativa en Managua, capital de la República, existiendo un total de 6 clínicas de las cuales 3 se encuentran en zona urbana y 3 en zona rural.

A fines de 1972 el programa estaba en vías de ser transferido a la Asociación Demográfica Nicaragüense a partir del 1 de Enero de 1974.

PARAGUAY (Instituto de Previsión Social)

Desde 1969 funciona en el Hospital Central del IPS un consultorio de Protección Familiar integrado a la consulta ginecoobstétrica. Los recursos humanos provienen del IPS y parte de los anticonceptivos los ha aportado el Centro Paraguayo de Estudios de Población.

REPUBLICA DOMINICANA (Instituto Dominicano del Seguro Social)

El IDSS inició sus labores de Planificación Familiar en agosto de 1972 con un consultorio en el Hospital Maternidad de Santo Domingo.

En la actualidad estas actividades han sido oficialmente inauguradas en marzo de 1974 y se pretende coordinarlas con el Programa Nacional de Planificación Familiar que está siendo financiado por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población para ampliar su cobertura nacional.

Otros Aspectos de la Planificación Familiar en la Seguridad Social

Desde un punto de vista de la Atención Médica la organización básica de los Servicios Médicos de la Seguridad Social cuentan con una estructura que les permitiría integrar con pequeños esfuerzos las actividades de Planificación Familiar para complementar la tradicional Atención Materna y contribuir con una herramienta más, de la Medicina Preventiva, a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Esta misma estructura y organización facilita además la ejecución de

programas integrados a las actividades gineco-obstétricas y por lo tanto actividades "tipo programas horizontales" no separados del resto de la Atención Médica.

Todo esto significa mejor selección de pacientes de "Alto Riesgo" que realmente necesitan estos Servicios y posibilidades de impartir educación e información coordinada con la educación en higiene del embarazo y puericultura. En general los Servicios Médicos de Seguridad Social sufren una menor demanda comparativamente con los correspondientes de Atención Médica a población abierta o no asegurada. Esto da mejores posibilidades de selección y control de las usuarias.

Por otra parte, las características de la población atendida por los Seguros Sociales tales como: sus niveles de educación, ingreso económico, estructura familiar y continuidad en su Atención Médica facilitan el seguimiento de las usuarias en control y asimismo el mejor cumplimiento de las indicaciones lo que trae como consecuencia mayor eficacia y mejor eficiencia de los métodos contraceptivos.

Además las características ya enumeradas de la población asegurada en cuanto a educación e ingreso económico generalmente son superiores o iguales al promedio nacional y se asocian a la población más receptiva a la Planificación Familiar y con mayor demanda espontánea por anticonceptivos.

Según se ha demostrado en una investigación en Filipinas⁽⁴¹⁾ aparentemente hay un "nivel umbral", tanto de educación como de ingreso económico familiar, sobrepasado el cual se observa un efecto negativo sobre la fecundidad. De hecho la población asegurada comparativamente con la no asegurada estaría hipotéticamente sobre ese "nivel umbral".

Otro elemento importante de considerar es el aumento progresivo de la participación femenina en el trabajo extra hogareño⁽⁴²⁾ y su repercusión directa en el cambio de patrones culturales de la fecundidad⁽⁴³⁾.

Este aumento de fuerza laboral femenina repercutirá en el mayor ingreso de aseguradas a las Instituciones de Seguridad Social. Este último hecho ya se ha observado en las Instituciones donde ha sido posible obtener datos (Tabla # 2). Hay que recordar además que la mayoría de esta población asegurada se encuentra en edades fértiles (15-49 años).

Por otra parte, los sindicatos están despertando su interés en los temas de población en forma creciente y cabe al respecto citar la conclusión No. 15 del Seminario Regional de Educación Obrera, Población y Bienestar Social llevado a cabo en abril de 1974 en Costa Rica y organizado por la OIT. "Del examen que el Seminario llevó a cabo acerca de conceptos básicos tales

POBLACION COTIZANTE DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DISTRIBUIDOS POR SEXO

Institución	años	afiliados totales	afiliados hombre	afiliados mujeres	afiliados mujeres	Diferencia
C.C.S.S.	1968	169,047	129,481	39,566	23.4	+ 1.1
	1972	254,696	192,484	62,212	24.4	
I.H.S.S.	1963	5,870	4,659	1,211	20.6	+ 11.9
	1971	8,184	5,527	2,657	32.5	
I.S.S.S.	1962	40,528	31,416	9,112	22.4	+ 2.6
	1972	124,061	93,019	31,042	25.0	
I.C.S.S.	1963	454,109	323,615	130,494	28.7	+ 1.3
	1973	1.213,181	849,604	363,577	30.0	
(a) S.S.P.	1968	868,907	695,556	173,351	20.0	+ 1.0
	1972	1.125,703	891,786	233,917	21.0	

(a) Para el sector obrero la población femenina es estimada en 10% en 1968 y 10.55 en 1972 del total de población afiliada (Información de la Dirección de Programación y racionalización de S S P)

como: política de población de Planificación Familiar, Paternidad Responsable y control de la natalidad, se concluyó que puede haber políticas de población sin políticas de Planificación Familiar, particularmente cuando las primeras se refieren a movimientos migratorios, a políticas de regionalización de la industria y programas de salubridad. Por otra parte se constató que existen programas de Planificación Familiar que no están enmarcados en una política nacional de población. Hubo consenso general en la aceptación de programas de Planificación Familiar, entendida ésta como un derecho y un acuerdo racional que toma la propia pareja para decidir sobre el número de hijos que ellos creen conveniente y no a un severo y coercitivo control de la natalidad”.

Es necesario agregar que las actividades de Planificación Familiar que se desarrollen en la actualidad en los Seguros Sociales en Latinoamérica tendrán en la mayoría de los países un efecto demográfico mínimo o moderado a nivel nacional, debido a las coberturas de población relativamente bajas que tienen las diferentes Instituciones de Seguridad Social. Hay en esto algunas excepciones. Sin embargo, el desarrollo de Programas de Planificación Familiar deberá estar en coordinación con las políticas de Gobierno al respecto, con el fin de prevenir conflictos y obtener coherencia entre las políticas sectoriales, las políticas de bienestar familiar y las políticas de Población.

Por último las políticas de Planificación Familiar no deben influir para disminuir los beneficios económicos alcanzados por los trabajadores asegurados, como tampoco influir en la limitación de ellos. Especial referencia en este aspecto tienen las asignaciones familiares para las cuales se ha argumentado que podrían incentivar el aumento de la natalidad⁽⁴⁴⁾. Sin embargo, los conocimientos actuales al respecto no dan ninguna prueba definitiva que tanto los beneficios económicos por Maternidad como las asignaciones familiares son causas de una reproducción más frecuente⁽⁴⁵⁾.

En todo caso, más vale complementar estos beneficios económicos de posible estímulo a una infecundidad incontrolada con adecuadas medidas de Planificación Familiar.

Actividades de la OIT en Relación a la Planificación Familiar en la Seguridad Social.

En noviembre de 1972, la Organización Internacional del Trabajo inició un Proyecto Regional en Seguridad Social y Planificación Familiar para Latinoamérica con sede en San José, Costa Rica; con el fin de prestar cooperación técnica a los estados miembros que deseen introducir Planificación Familiar en los Servicios Médicos de las Instituciones de Seguridad Social.

Este proyecto financiado por el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población cubre un amplio espectro de actividades que incluyen, la organización, implementación, administración, estudios de financiamiento y evaluación de los Servicios de Planificación en comienzo o ya en pleno desarrollo de las Instituciones de Seguridad Social.

También se considera actividades de coordinación con las de Planificación Familiar desarrolladas por otras organizaciones tanto nacionales como internacionales.

Hasta el momento la OIT ha dado Asesoría Técnica en este campo a las Instituciones de Seguridad Social de: Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y República Dominicana.

1. La Planificación Global de los Servicios Médicos en Seguridad Social considera en forma creciente los aspectos de Medicina Preventiva como parte de las prestaciones dadas a los asegurados y sus dependientes.
2. La Organización Internacional del Trabajo ha formulado y adoptado el Convenio sobre Seguridad Social (norma mínima) 1952 (# 102) que describe en su primera contingencia, de las nueve incluídas, la Asistencia Médica de carácter *Preventivo y Curativo*.

3. La atención maternal y los daños en salud ocasionados por causas obstétricas en los seguros sociales es de una importancia relativa muy grande tanto desde un punto de vista de los egresos económicos de estas Instituciones como del nivel de salud de la familia asegurada.
4. Una gran proporción de los daños en salud por causa de maternidad pueden ser prevenidas por Programas de Atención Médica Integral de la Mujer que amplien las tradicionales prestaciones maternas de los Seguros Sociales.
5. Una de las medidas preventivas para controlar los efectos negativos de una fecundidad no deseada es la Planificación Familiar, que en un marco conceptual de Paternidad Responsable han introducido algunos Seguros Sociales en Latinoamérica.
6. Es necesario que las actividades de Planificación Familiar como parte de los Programas de Atención Materno-Infantil se incrementen en los Seguros Sociales que ya las han introducido y que se inicien en aquellos que aún no las han considerado.
7. Las actividades de Planificación Familiar en los Seguros Sociales deben desarrollarse coordinadamente con las similares llevadas a cabo por otras Instituciones Nacionales y en coherencia con las Políticas de Población de los respectivos Gobiernos.
8. La Política de Planificación Familiar no debe considerar la pérdida de los beneficios económicos alcanzados por los trabajadores asegurados, ni condicionar la introducción de algunos otros en el futuro.
9. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) pone a disposición de los Seguros Sociales de Latinoamérica la Asesoría técnica necesaria para complementar el Régimen de Enfermedad-Maternidad con actividades de Planificación Familiar, respetando la política en esta materia, de cada uno de los Estados Miembros.

BIBLIOGRAFIA

1. *Organización Internacional del Trabajo (OIT)*

La evolución de las normas internacionales de la OIT y de los sistemas para la protección de la salud por la Seguridad Social en Latinoamérica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Pág. 115, Panamá 12-18 noviembre 1972.

2. *Organización Mundial de la Salud*
Asistencia Médica Individual y Seguridad Social Informe de un Comité Mixto de Expertos. OIT/OMS. Ser. Inf. Técn. 480, pág. 62 y 55. 1971.
3. *Oficina Sanitaria Panamericana*
Salud Materno Infantil en Latinoamérica Vol. LXX # 5, Mayo 1971.
4. *Caja Costarricense del Seguro Social*
Estadísticas médicas. Departamento Actuarial y Estadístico. 1972.
5. *Instituto Salvadoreño del Seguro Social.*
Estadísticas Médicas. Departamento Actuarial y Estadísticos. 1972.
6. *Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*
Informe Anual de Labores. 1972.
7. *Instituto Hondureño de Seguridad Social*
Anuario Estadístico. Departamento de Estadística y Procesamiento de Datos. 1971.
8. *Instituto Mexicano del Seguro Social*
Anuario Estadístico de Servicios Médicos y de Recursos Humanos y Materiales. 1971.
9. *Instituto Nicaragüense de Seguridad Social*
“Anuario Estadístico”, 1972.
10. *Caja de Seguro Social de Panamá*
“Estadística” Vol. 16 # 2, 1972.
11. *Instituto Dominicano de Seguro Social*
Informe Actuarial del Seguro Social de Maternidad Enfermedad. Agosto 1972.

12. *Instituto Colombiano de Seguros Sociales*
Informe Estadístico. 1972
13. *Caja Nacional de Seguridad Social*
Estadísticas 1972. La Paz, Bolivia.
14. *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales*
Estadísticas 1972.
15. *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*
Datos estadísticos entregados por el Departamento de Estadística.
16. *Seguridad Social del Perú*
Datos entregados por la Dirección de Programación y Racionalización.
17. *Instituto de Previsión Social*
Paraguay. Datos entregados por el Departamento de Estadísticas.
18. *Servicio Nacional de Salud*
Chile. Datos entregados por el Departamento de Fomento para la Salud.
19. *Asociación Probienestar de la Familia Colombiana*
Informe 1973
20. *Christopher Tietze, Deborah, A. Dawson*
Induced Abortion: A Factbook, Reports on Population Family Planning. No. 14, December 1973.
21. *Información del Departamento de Servicios Médicos de la CCSS.*
22. *Instituto Hondureño de Seguridad Social*
Costos Globales y Unitarios de la Seguridad Social en Honduras, 1970.

23. *E. Medina, A.M. Kaempffer*
 Metodología de la Planificación de la Salud en Chile. Revista Médica de Chile. Vol. 96. No. 4. Abril 1968.
24. Análisis crítico de la Metodología de Planificación en Salud, Revista Médica de Chile Vol. 96. No. 5, Mayo 1968.
25. Planificación de Salud y Presupuesto por Programa.
26. *Mena P.*
El Feto de Alto Riesgo como Problema de Salud Pública
 Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Santiago 1971.
27. *Tegualda Monreal*
 La Planificación Familiar en América Latina.
 XII Congreso Médico-Social Panamericano.
 Quito, Ecuador, 8-12 abril.
28. *Programas de Seguridad Social en el Mundo. 1971.*
 Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos,
 Informe de Investigación.
29. *Luis Méndez*
 Funciones de las Instituciones de Seguridad en el Campo de la Medicina Preventiva.
 C I S S. A I S S Seguridad Social, 63-142 Mayo-Junio 1971.
30. *Molina; OIT*
 La Paternidad Responsable y la Atención Médica Integral de la Mujer.
 Congreso conmemorativos de los XXX Años de Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 13-19 enero de 1974.
31. *C. Montoya y Col.*
 Modelo de Factores de Riesgo Perinatal.
 Documento Mimeografiado.
 Departamento de Salud Pública y Medicina Social.
 Universidad de Chile, 1971.

32. *CELADE*
 Políticas de Población y la Familia. El Caso Latinoamericano,
 Reunión Latinoamericana. Preparatoria de la Conferencia Mundial de
 Población.
 ST/ECLA CONF. 48/L.4
 San José, Costa Rica
 25 de marzo de 1974.
33. Programa de Ampliación de los Servicios de Planificación Familiar de
 la Caja Costarricense del Seguro Social. 1975-1977.
 Documento mimeógrafo. C C S S.- O I T. Pág. 15. 1973.
34. Bases Programáticas para el Desarrollo de un Programa de Planifica-
 ción Familiar en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (Docu-
 mento Informe OIT) Pág. 3. 1973.
35. Evaluación del Programa de Planificación Familiar del I S S S
 1968-1972 (Documento-Informe OIT) Pág. 17. 1973.
36. Análisis y Proposiciones generales para complementar la Atención Ma-
 terna con Planeación Familiar.
 I G S S 1973. (Documento-Informe OIT). Pág. 14. 1973.
37. Ampliación de Servicios de Planificación Familiar Voluntaria del
 IMSS. (Documento-Informe IMSS/OIT) Pág. 12. 1974.
38. Situación actual del Programa de Planificación Familiar del Instituto
 Nicaragüense de Seguridad Social.
 Dr. Rolando Lacayo. I. Congreso de Planificación Familiar en Institu-
 ciones de Seguridad Social de Centroamérica y Panamá. Guatemala.
 Pág. 4. Noviembre de 1973.
39. *Dr. Da Silva Mello R*
 Primer Seminario de Pediatría y Bienestar de la Familia. Noviembre
 1973. Instituto de Previsión Social. Paraguay.
40. Programa de Planificación Familiar del Instituto Dominicano de Segu-
 ros Sociales. (Documento-Informe OIT) Anexo # 5, 1973.
41. *J. Encarnación Jr*
 Fertility and Labour Force Participation
 Philippines. World Employment Programme Research. OIT. Working
 Paper # 2. March 1972.

42. *Molina- OIT*

La Planificación Familiar en el Régimen de la Seguridad Social. Primer Congreso de Planificación Familiar en Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá. Guatemala. Noviembre 1973.

43. *V. Gómez*

Algunos resultados de las encuestas comparativas de fecundidad en América Latina relacionados con la participación femenina en actividades económicas. CELADE. Documento c/145.

44. *Organización Internacional del Trabajo*

Población y Trabajo. Ginebra 1973.

45. *M. Stilon de Piro (OIT)*

Social Security and Family Planning.
Araba Regional Employers' Seminar on Population and Family Welfare Planning Beirut. (Lebanon). AES/PFP/1974/75 .

46. *J. Dejardin*

Discurso en la ceremonia inaugural de los Seminarios Médicos-Sociales. Congreso Conmemorativo de los XXX Años de Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. enero 1974.

Tabla No. 1
PROPORCION DE LOS EGRESOS OBSTETRICOS EN RELACION A LOS EGRESOS TOTALES. LATINOAMERICA

PAIS	INSTITUCION DE SEG. SOC.	No. EGRESOS HOSPITALARIOS TOTALES	No. EGRESOS HOSPITALARIOS OBSTETRICOS	%
Bolivia	CNSS (72)	32,222	9,362 (b)	29.0
Chile	SNS (72)	885,000	291,270	32.9
Colombia	ICSS (72)	221,143	96,319	43.5
Costa Rica	CCSS (72)	88,191 (a)	16,997 (a)	19.1
Ecuador	IESS (72)	25,643	5,477	21.4
El Salvador	ISSS (72)	25,795	11,650	45.1
Guatemala	IGSS (72)	55,884	18,777	33.5
Honduras	IHSS (71)	7,747	3,958	51.0
México	IMSS (71)	944,598	377,986 (b)	40.0
Nicaragua	INSS (72)	20,369	6,939 (b)	34.0
Panamá	CSSP (72)	12,675	4,530 (b)	35.7
Paraguay	IPS (72)	10,939	2,678 (c)	24.5
Perú	SSP (72)	93,818	30,873	32.9
Rep. Domin.	IDSS (71)	40,000	8,000	20.0
Venezuela	IVSS (72)	141,136	50,926 (b)	36.0
TOTAL		2.605,699	935,672	35.9

- a) Incluye 3 hospitales de la CCSS y Hospital Nacional. Se expresa sólo los egresos por parto.
- c) Egresos de la Capital (Asunción). que corresponde al 68% de los egresos del IPS en toda la República
- b) Incluye casos de maternidad y ginecología.

Tabla No. 2. PROPORCION DE DIAS-CAMA OCUPADOS POR CAUSA OBSTETRICA EN RELACION AL TOTAL DIAS-CAMA OCUPADAS POR TODAS LAS CAUSAS. SEGUROS SOCIALES. LATINOAMERICA

PAIS	INSTITUCION DE SEG. SOCIAL	DIAS-CAMA OCUPADOS		% DE OCUPACION CAUSAS OBSTRET.
		TODAS LAS CAUSAS	CAUSAS OBSTETRICIAS	
BOLIVIA	CNSS (72)	445,894	44,850(b)	10.0
CHILE	SNS (72)	10.190,951	1.156,221	11.3
COLOMBIA	ICSS (72)	1.426,334	276,644	19.3
COSTA RICA	CCSS (72)	433,941 (a)	43,409 (a)	10.1
ECUADOR	IESS (72)	282,40	22,757	8.1
EL SALVADOR	ISSS (72)	148,556	36,384	24.5
GUATEMALA	IGSS (72)	462,856	81,967	17.7
HONDURAS	IHSS (71)	43,594	13,395	30.7
MEXICO	IMSS (71)	5.299,427	1.485,955	28.0
NICARAGUA	INSS (72)	182,240	26,770	14.7
PANAMA	CSSP (72)	112,572	16,231 (b)	14.4
PARAGUAY	IPS (72)	101,470 (d)	12,809 (d)	12.6
PERU	SSP (72)	1.112,559 (c)	141,881 (c)	12.7
REP. DOMINIC.	IDSS (71)	284,00	25,000	12.3
VENEZUELA	IVSS (72)	2.128,604	183,684 (b)	8.6
TOTAL		22,655,468	3.577,957	15.8

- a) Incluye 5 hospitales de la C.C.S.S. y Hospital Nacional de Niños.
 b) Incluye casos de maternidad y ginecología.
 c) Incluye prestación directa a empleados y obreros (No se considera libre prestación a empleados).
 d) Incluye sólo capital (Asunción) que corresponde al 78% de los días-cama ocupados del IPS en la República.

Tabla No. 3.

EGRESOS OBSTETRICOS SEGUN RIESGO DE LA GESTACION, SEGUROS SOCIALES

PAIS	INSTITUCION	* EGRESOS POR CAUSA OBSTETRICA		% EGRESOS ANORMALES
		TOTALES	CAUSAS ANORMALES	
BOLIVIA	CNS (72)	2,588 (a)	505 (a)	19.5
COLOMBIA	ICSS (72)	83,911	25,741	30.7
COSTA RICA	CCSS (72)	8,423 (b)	1,757 (b)	20.8
ECUADOR	IESS (72)	4,740	328 (f)	6.9
EL SALVADOR	ISSS (72)	10,750	2,113	19.6
GUATEMALA	IGSS (72)	16,916	3,918	23.1
HONDURAS	IHSS (71)	3,363	970	28.8
MEXICO	IMSS (71)	377,986 (c)	11,1	
NICARAGUA	IMSS (72)	6,154 (c)	1,488 (c)	24.1
PARAGUAY	IPS (71)	2,547 (d)	495 (d)	19.4
PERU	SSP (72)	24,557	5,600 (e)	22.8
VENEZUELA	IVSS (72)	35,209 (c)	4,282 (c)	12.1

Excluído el aborto.

- a) Incluye Hosp-Maternidad No. 11 y Hospital General No. 1. La Paz
- b) Incluye dos Hospitales y egresos por partes totales y distócicos.
- c) Incluye egresos por partos normales y diostócicos.
- d) Incluye sólo capital (Asunción)
- e) Incluye egresos por parto anormales y distócicos aplicando un índice de 6% de partos tistócicos para obreros (información Misión OEA) Y 18% de partos distócicos para empleados (Inf. Misión OEA)
- f) Estrapolado de índices de 1969).

Tabla No. 4

TASA DE ABORTOS HOSPITAL EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA

PAIS	INSTITUCION	GESTACIONES TERMINADAS HOSPITALARIAS				
		EMBARAZOS TOTALES	PARTOS	ABORTOS		
				No	X100 EMB	X100 PARTOS
BOLIVIA	CNSS (72)	2,602	2,165 (a)	437 (a)	16.8	20.2
CHILE	SNS (69)	303,837	258,442	44,395	14.6	17.1
COLOMBIA	ICSS (72)	80,283	67,882	12,401	15.4	13.3
COSTA RICA	CCSS (72)	9,638	8,423	1,215	12.6	14.4
ECUADOR	IESS (72)	5,285	4,448	737	13.9	16.2
EL SALVADOR	ISSS (72)	9,537	8,637	900	9.4	10.4
GUATEMALA	IGSS (72)	14,859	12,998	1,861	12.5	14.3
HONDURAS	IHSS (71)	3,281	2,686	595	18.1	22.2
MEXICO	IMSS (71)	429,196	377,986	51,210	11.9	13.5
NICARAGUA	INSS (72)	6,930	6,154	785	11.3	12.8
PARAGUAY	IPS (71)	3,957	3,279 (b)	678	17.1	18.2
VENEZUELA	IVSS (72)	41,168	35,209	5,959	14.5	16.9
TOTAL		910,582	789,409	121,173	13.3	15.3

a) Incluye egresos de Maternidad No. 11 y Hospital General No. 1. La Paz.

b) Incluye egresos del IPS de toda la República.

Tabla No. 5. COBERTURA ESTIMADA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL LATINOAMERICANA

PAIS	INSTITUCION SEG. SOCIAL (BIBLIOG)	AÑO DE INICIO	No. DE MEP ASEG. ESTI- MADAS.	No. TOTAL DE NUEVAS ACEPTANTES A XII DE	DE COBERTURA DE M.E.F. ASEGURADAS
CHILE	S N S (18)	1967	1.320,00	* 226,282 (73)	17.1
COLOMBIA	I C S S (19)	1969	704,212	** 36,619 (73)	5.2
COSTA RICA	C C S S (33)	1970	201,780	* 20,178 (73)	10.0
ECUADOR	I E S S (34)	1966	*** 61,186	** 2,631 (73)	4.3
EL SALVADOR	I S S S (35)	1968	65,886	* 10,937 (72)	16.5
GUATEMALA	I G S S (36)	1965	84,125	* 2,692 (72)	3.2
MEXICO	I M S S (37)	1972	2.791,724	* 80,960 (73)	2.9
NICARAGUA	I M S S (38)	1969	55,073	** 6,058 (72)	11.0
PARAGUAY	I P S (39)	1969	27,579	* 524 (72)	1.9
REP. DOMINIC.	I D S S (40)	1972	111,000	* 333 (73)	0.3

Estimación de aceptantes totales en activo’.

** Aceptantes totales “inscritas”.

*** MEF. Asegurada Directa.

Fuentes de información: Ver bibliografías: 34 a 40 y 19.