

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. Luis A. Sobrevilla.**

1. Introducción

La familia es una de las instituciones sociales básicas. Con un origen que se pierde en los milenios, ha evolucionado siempre al centro del progreso de las culturas. En las últimas décadas vemos como, en las sociedades industrializadas, ella cambia del tipo tradicional patriarcal al de la familia nuclear; sin embargo, se mantiene como núcleo básico de la agrupación social. Estudios recientes de Kingsley Davis⁽¹⁾ muestran que aún en las sociedades industriales altamente desarrolladas, en las que las presiones hacia el cambio son más intensas, ella continúa como el núcleo básico de la sociedad. La planificación familiar en su sentido más amplio, se refiere a que padres e hijos puedan tomar decisiones y acciones que les permitan mejorar su condición de vida. En condiciones ideales, esto implica que ellos hayan recibido información y educación adecuados y tengan acceso a servicios de diversa índole, de modo que puedan tomar decisiones apropiadas sobre como vivir y como educar a sus hijos para la vida. Desde este punto de vista amplio, la planificación familiar contribuye a lograr un ambiente en el cual pueda darse la salud definida en su sentido positivo. Si la familia, a través de trazar planes adecuados sobre conocimientos ciertos, puede contribuir a que cada niño viva y crezca dentro de la unidad familiar con amor y seguridad en un ambiente saludable y reciba además nutrición adecuada, supervisión de salud, servicios médicos eficientes, y pueda aprender los elementos para una vida en salud, se llega a condiciones ideales para la salud.

Vemos por tanto que planificación familiar en su sentido más amplio, sobrepasa los límites del área de la salud y tiene otros contenidos muy

* Documento preparado por The Population Council Western Hemisphere.

** Asesor Regional para América Latina.

importantes, entre los que cabe destacar el educativo. En el contexto de la salud, que nos ocupa ahora, la planificación familiar adquiere el carácter de una medida preventiva de primer orden. Ella busca la regulación de la fertilidad y la planificación de los nacimientos para promover la salud en su sentido positivo, de bienestar físico, mental y social. Es un elemento importante para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad para la madre y el niño, y disminuir de esta manera las presiones sobre la salud en la familia y la comunidad.

Es evidente que este tipo de aproximación debe además incluir áreas como la educación general, la educación en salud, la educación para la vida familiar y la paternidad responsable, la educación nutricional, la búsqueda de condiciones patológicas relacionadas al sistema reproductor, la prevención del aborto, la prestación de servicios de contracepción, el consejo premarital y genético, el tratamiento de la infertilidad y la provisión de servicios de adopción.⁽²⁾ Los procedimientos que se utilicen para la regulación de la fertilidad y la planificación de los nacimientos, varían de acuerdo a muchos factores, entre ellos los legales y de organización del estado y los individuales de cultura, estado socio-económico, la disponibilidad o ausencia de servicios de salud y el estado nutricional de la madre.

En esta ponencia vamos a discutir el rol de la planificación familiar limitándonos al punto de vista de la salud materno-infantil. De manera intencional vamos a dejar de lado los importantes asuntos conexos que hemos mencionado. Presentaremos de manera sucinta la contribución de la planificación familiar a los servicios de salud en el área materno-infantil. Discutiremos como la inclusión de planificación familiar en estos servicios contribuye importantemente a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, destacaremos algunas posibilidades en relación al rol que los servicios de planificación familiar pueden jugar en los sistemas de salud de la seguridad social de latinoamérica y mencionaremos algunas de las experiencias que ha adquirido el Consejo de Población en esta área.

2. Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar

Cuando se trata de salud materno-infantil y planificación familiar no debe perderse de vista que se está discutiendo un tema que tiene relación con un complejo de condiciones sociales, económicas y culturales. Es un hecho conocido que la alta paridad está asociada con un bajo nivel socioeconómico, con malnutrición, hacinamiento, falta de higiene, bajos niveles educativos y resistencia al cambio. Sin perder de vista estas relaciones, es importante señalar algunos de los problemas asociados a la reproducción humana y la falta de planificación familiar, que contribuyen a altos niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Los siguientes son, en una enumeración sucinta, los problemas mayores:

2.1. *Alto número de embarazos.*

Numerosos estudios han demostrado que el riesgo para la madre es algo mayor durante el primer embarazo que durante el segundo y tercero. El riesgo materno se incrementa considerablemente con cada embarazo después del tercero y aumenta de una manera significativa después del quinto⁽³⁾. Existe también una asociación importante entre la mortalidad infantil y neonatal y el número de embarazos, con un aumento significativo y rápido de la mortalidad más allá del cuarto embarazo como se observa en la *figura No. 1*. El bajo peso al nacer y la prematuridad verdadera aumentan también con la multiparidad y es conocida la mayor morbi-mortalidad de los niños de bajo peso al nacer y de los prematuros verdaderos. Como muestra la *figura No. 2*, estos niños contribuyen de manera significativa a la alta mortalidad infantil.⁽⁴⁾

De otro lado, el valor de los hijos para la familia es muy claro, y en las sociedades tradicionales existe una alta correlación entre el deseo de asegurar la supervivencia de un número apropiado de niños, un número ideal de hijos relativamente elevado, y la mortalidad infantil. Con una certera intuición, la familia rural busca tener un número de niños que le asegure la supervivencia de alguno de ellos hasta la edad adulta.⁽⁵⁾

Es interesante destacar aquí que en la república popular China, según los observadores, se ha desplegado un importante esfuerzo educativo a nivel rural para vencer la milenaria costumbre y ajustarla al hecho de una mortalidad infantil menor.

2.2. *Espaciamiento de los Nacimientos.*

Las tasas de mortalidad neonatal e infantil son más bajas cuando el intervalo intergenésico, desde la terminación de un embarazo. Hay un aumento progresivo de la mortalidad infantil con los intervalos más cortos entre nacimientos como muestra el cuadro No. 1 ⁽³⁾.

2.3. *Edad Materna.*

El riesgo de mortalidad materna aumenta cuando la madre se encuentra por debajo de los 20 años y el aumento es muy considerable cuando tiene más de 30 a 35. *Figura No. 3*. También la prematuridad muestra una distribución similar en relación a la edad materna con un mayor porcentaje de prematuros en las madres muy jóvenes y en aquellas añosas.

2.4. *El Aborto.*

El aborto inducido es una gravísima amenaza para la salud materna en toda latinoamérica. En Brasil Rodríguez-Lima estimó 1.5 millones de abortos para 1960⁽⁶⁾. El estudio de la incidencia y de la gravedad de este problema es difícil, pues las mujeres que buscan el aborto inducido como una solución al embarazo no deseado, generalmente ocultan este hecho por las sanciones legales y culturales prevalentes en nuestro país. *La figura No. 4*, muestra como el aborto inducido fue una de las causas más importantes de muerte materna en Santiago, Bogotá, México y Caracas. Armijo y Monreal y Requena en Chile^(7 8) y Augero y Torres en Venezuela⁽⁹⁾ han estudiado este problema.

Debiera ser obvio que la solución al problema del aborto como causa de mortalidad materna no estriba en las medidas punitivas. Está suficientemente demostrado que las únicas medidas efectivas son las preventivas, y que la provisión de servicios de planificación familiar es una efectiva solución para este problema.

En resumen, podemos decir que los riesgos de mortalidad materna e infantil se reducen de manera considerable si se cumplen las siguientes 6 condiciones:

1. Cuando el primer embarazo ocurre después de los 20 y antes de los 24 años de edad.

Si los niños se espacian a intervalos de aproximadamente 3 años.

2. Cuando la madre lacta a su niño personalmente deben pasar de 1 a 2 años desde que ella terminó de lactar hasta el comienzo de un nuevo embarazo. Es importante recalcar aca la importancia de la lactancia materna para la salud del recién nacido y del infante. La lactancia materna contribuye a reducir la morbi-mortalidad infantil de manera significativa, sobre todo en los grupos de bajo nivel socio-económico.
3. Si es que el número de embarazos en los grupos etáricos de más de 35 años disminuye.
4. Cuando la madre no tiene embarazos no deseados.
5. Si el número de embarazos es suficientemente pequeño como para prevenir el agotamiento materno.
6. Si la infertilidad se trata de manera competente por profesionales adiestrados.

Recordemos igualmente que aún el embarazo puede constituir en sí una amenaza muy seria para la salud y vida de la madre y del niño en presencia de contraindicaciones claras como anemia severa, enfermedad hemolítica, malnutrición, hipertensión severa, historia de ataques de toxemia del embarazo, o aborto recurrente. Igualmente, enfermedades cardíacas, renales, tuberculosis y cancer. En todos estos casos, la prevención eficiente del embarazo es simplemente una medida de orden médico que no puede éticamente dejar de realizarse.

De esta breve revisión de los riesgos para la salud materno-infantil asociados a la función reproductiva y que caben dentro del contexto de la planificación familiar, se infiere claramente que la provisión de este servicio contribuirá de manera significativa a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

3. Servicios de Salud y Planificación Familiar.

Con el cambio gradual en el concepto tradicional de enfermedad y la organización y desarrollo de instituciones que tratan de actuar en sentido curativo y preventivo, se busca mantener la salud como un estado positivo. Dentro de este contexto se han desarrollado los sistemas de seguridad social, que tienen como parte integrante importante, la prestación de servicios de salud. Nadie duda de que este desarrollo es un componente importante de la modernización y que la contribución del sector de la seguridad social al mantenimiento de la salud está destinada a crecer en nuestros países.

Es interesante señalar sin embargo que, siguiendo el patrón tradicional, la evolución de estos programas se ha centrado inicialmente en el desarrollo de servicios curativos, y que solo ahora comienza a aparecer en algún grado el desarrollo de aquellos de naturaleza preventiva, y así, la integración de la planificación familiar en los servicios que prestan las entidades del área de salud de los sistemas de seguridad social en latinoamérica es muy variable. Deseo destacar aquí, la importante labor pionera que está desarrollando la seguridad social en este campo en México, Colombia y Costa Rica. En el contexto de la política de población del gobierno nacional de México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social desarrolla una importante labor de planificación familiar en sus instituciones, que el profesor Castelazo Ayala, discutirá con nosotros durante el congreso.

El reconocimiento del rol preventivo de los servicios de planificación familiar y su contribución a disminuir la morbi-mortalidad materna, infantil neonatal y fetal, ha hecho que las entidades de seguridad social de latinoamérica incluyan dentro de los servicios que brindan a sus beneficiarios diversos tipos de servicios de planificación familiar. Creo sin embargo que podemos decir sin riesgo a ser pesimistas, que en la mayoría de nuestros países a la

entrega de estos servicios por los sistemas de seguridad social ha sido dejada, en la gran mayoría de los casos, a la iniciativa personal de los médicos como una más de sus tantas actividades de prestación de servicios. No se ha prestado la debida atención a la recomendación del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud⁽²⁾ en el sentido de que los servicios de planificación familiar, que son esencialmente de naturaleza preventiva, no pueden competir con las demandas que sobre el tiempo del médico imponen los programas de salud. Es altamente recomendable que los servicios de planificación familiar se otorguen por personal especialmente asignado a esta tarea en horas que no sean competitivas con las horas de servicio médico. También es importante destacar que aún cuando existe demanda por educación y servicios en anticoncepción y que esta es una actividad explícitamente reconocida como lícita por la Iglesia Católica, en nuestros países existe todavía un grado considerable de oposición a estos servicios, y aquí también la asignación de recursos para este tipo de medicinas, que son básicamente de naturaleza preventiva, es escasa o nula en latinoamérica.

Recordemos igualmente que en la mayoría de los casos las poblaciones aseguradas son predominantemente masculinas y también aquí, aún cuando el concepto es en este caso "Machista", hablándose de "paternidad responsable", no se hace ningún esfuerzo por proveer educación y/o servicios a la población masculina asegurada. Es interesante destacar que aún cuando, por la estructura de su desarrollo, los servicios de seguridad social están orientados fundamentalmente al sector masculino de la población, y que existen métodos de planificación familiar para el varón, el énfasis fundamental en los sistemas de seguridad social está aún basado en los métodos para la mujer, y a cargo casi exclusivamente de los servicios de obstetricia y ginecología.

Es oportuno recapitular las recomendaciones del comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud respecto de la provisión de servicios de educación y planificación familiar en la prestación de servicios materno-infantiles ⁽¹⁰⁾. Estas son las siguientes.

1. La planificación familiar debe discutirse dentro del consejo premarital. En este momento puede llegarse a las parejas jóvenes.
2. Información sobre planificación familiar y metodología anticonceptiva puede darse en la consulta prenatal tanto a nivel individual como a nivel de grupos.
3. Información y servicios de anticoncepción pueden proveerse durante la etapa postparto. (Discutiremos más adelante la experiencia del Consejo de Población sobre este aspecto).
4. Durante el consejo a la madre respecto del cuidado infantil hay una

oportunidad para reforzar y continuar la información referente a planificación familiar. También pueda esta discutirse en el contexto de la rehabilitación del niño enfermo y la ayuda nutricional.

5. La necesidad de proveer métodos seguros de anticoncepción es particularmente urgente después del aborto inducido. Se trata aquí de una vital medida preventiva.
6. Los servicios de salud escolar pueden presentar información a padres futuros o a los padres de los niños que atienden las escuelas.
7. Durante el curso de las visitas familiares puede tratarse también de los problemas de la familia y la planificación familiar.
8. Los servicios de salud materno-infantil deben proveer la guía para el desarrollo de programas de educación y planificación familiar en los programas de educación en salud.
9. Pueden prestarse servicios de planificación familiar en relación a otros servicios de seguridad social y en los casos de abandono de menores.
10. Los trabajadores del área materno-infantil pueden cooperar con otros trabajadores en los cursos de extensión a la comunidad.
11. Los servicios de registro de nacimientos pueden identificar familias que requieren consejo en planificación familiar.
12. En algunos países se ha utilizado a las parteras tradicionales de manera efectiva para proveer educación en planificación familiar y anticoncepción no clínica. Como vemos, hay una oportunidad especial durante la prestación de servicios de atención materno-infantil para proveer educación y servicios de planificación familiar. El Consejo de Población inició en 1966 un programa de investigación colaborativa a nivel mundial sobre el desarrollo de servicios de planificación familiar en el postparto. Esta investigación ha integrado estudios realizados en un gran número de instituciones é incorporado a más de 1.000,000 de pacientes.

Se ha comprobado ampliamente la factibilidad y eficacia de brindar este tipo de atención con resultados muy satisfactorios. Numerosas instituciones en latinoamérica han participado en este esfuerzo cuyas técnicas y resultados están ahora siendo aplicados a nivel mundial. Señalaremos aquí entre los datos más importantes de este estudio, su eficiencia en disminuir la incidencia del aborto inducido, que como hemos visto, es una de las mayores causas de mortalidad materna. *El*

cuadro No. 2 muestra los abortos, observados y esperados, de acuerdo a las proyecciones, en los hospitales San Juan y Bulnes de Santiago durante la realización del programa postparto. En 39 meses se logró una reducción de 2,746 abortos, que a un promedio de 3 días de hospitalización significaron un ahorro de 8,210 días cama. Cada cual puede estimar el monto de lo que esto hubiera costado a su servicio de maternidad por una simple multiplicación por el costo por día cama. El profesor Viel sin embargo prefiere enfatizar el hecho de tener 8,210 camas adicionales durante 39 meses permitió mejorar de manera significativa el cuidado obstétrico-ginecológico y la atención durante el puerperio.

Citándolo textualmente "son estas camas adicionales las que son responsables por no haber visto la escena trágica de dos pacientes en una sola cama desde 1966, un espectáculo que nos era común en el pasado"⁽¹¹⁾. Vemos así como los grandes centros hospitalarios pueden contribuir de manera efectiva y significativa, a través de un programa postparto, a disminuir la incidencia del aborto y a través de éste la mortalidad materna.

Es de todos conocida la concentración en las áreas urbanas de los recursos médicos tanto hospitalarios como de personal. No es por tanto de extrañar que la atención materno-infantil en las áreas rurales, sea un problema aún no resuelto y que demanda preferente atención.

El Consejo de Población adelanta ahora un estudio multi-nacional, que espera lograr importantes respuestas a los problemas de atención materno-infantil en el área rural. No cabe duda de que en el futuro, con la incorporación del trabajador campesino a los esquemas de seguridad social, la prestación de servicios deberá llegar también al campo, y que los efectos benéficos de los programas de atención materno-infantil serán también evidentes a nivel rural.

Hasta este momento hemos discutido la contribución en el área de la prestación de servicios, de los programas que tienen relación con planificación familiar. Vamos a tratar ahora brevemente de la importante labor que debe ser desarrollada en las áreas de entrenamiento e investigación.

4. Entrenamiento e Investigación

Vivimos una etapa en que está produciendo una expansión muy grande en nuestros conocimientos. En el área de la biología de la reproducción podemos señalar que en el último decenio se ha descubierto varias hormonas, como los péptidos liberadores hipotalámicos; se ha estudiado sustancias

muy importantes en el ciclo reproductivo, como la prostaglandinas, y se ha sintetizado un número considerable de productos químicos de importante actividad en el sistema reproductor. Conocemos ahora mucho mejor los detalles bioquímicos, anatómicos y fisiológicos de la reproducción, así como estamos logrando comprender las vinculaciones entre los fenómenos demográficos y la salud.

Es evidente que debe hacerse un esfuerzo importante para mantener informados a los componentes del equipo médico de estos nuevos desarrollos. La actitud y conocimiento de los componentes del equipo de salud es determinante para el desarrollo de sus actividades de prestación de servicios. Cabe aquí destacar la necesidad de que tanto el personal médico como el paramédico reciban entrenamiento adecuado y reentrenamiento respecto de la tecnología moderna, sobre sus nuevas responsabilidades y sobre el logro potencial de su actividad en esta importante área de salud.

Numerosos educadores han insistido sobre la necesidad de proveer cursos periódicos de entrenamiento al personal de salud. Me parece por esto particularmente acertado que en temario de este congreso se haya incluido igualmente como un tema especial, los programas de enseñanza y sus relaciones con la planeación y evaluación de los servicios médicos.

Es de todos aceptado el importante rol que tiene la investigación en lograr el mejoramiento de los servicios, su racionalización y, como su labor más importante, su contribución a un mejor conocimiento de las áreas básicas de la biología de la reproducción y a la creación y desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas. Se presenta también aquí un amplio espectro de posibilidades de investigación en el área clínica, en el área aplicada y en el área básica.

Destacaremos aquí un caso que llama poderosamente la atención: este es el del aborto inducido. Como hemos visto, éste constituye un grave problema de salud en todos los países de América Latina e impone una carga importante a los servicios de prestación de salud, incluyendo aquellos del sistema de seguridad social. Sin embargo, las entidades de seguridad social no han completado muchos estudios respecto de este problema tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista actuarial. Es muy probable que el costo que representa para la seguridad social el aborto inducido sea una carga muy importante sobre sus recursos.

Algunos de los institutos de investigación más destacados de Latinoamérica están vinculados a las instituciones de seguridad social, como el de México, y han contribuido de manera importante al desarrollo de nuestros conocimientos en el área de la reproducción humana.

El Consejo de Población, está interesado igualmente en los niveles básico, clínico y aplicativo de la investigación en reproducción humana. Dados el alto nivel de organización y eficiencia que es dable encontrar en la mayor parte de las organizaciones de seguridad social en latinoamérica, su contribución potencial a la investigación es muy grandes.

Para concluir, deseo solamente mencionar que existen vinculaciones importantes entre la planificación familiar y la política de población. Una política de población, de ciertamente contemplar e integrar acciones en el área de la planificación familiar. Es el estado a quien corresponde señalar las orientaciones de la política de población, y hemos visto como recientemente en el caso de México, y con anterioridad en el de Colombia, los lineamientos de la política de población incluyen componentes de planificación familiar. En el caso de México, una cuidadosa consideración de los hechos demográficos ha llevado a un cambio reciente y radical en la orientación de su política de población. Es necesario destacar sin embargo que en esta presentación, hemos enfocado la planificación familiar dentro del contexto problemático de salud e independientemente de la política de población. La planificación familiar debe ser un componente importante de los programas de salud, y permitir la realización informada de las decisiones de los padres respecto de su vida familiar. Recordemos que en el sentido más cabal, tener ó no tener un hijo es una de las decisiones humanas más importantes y básicas. Obtener los servicios adecuados para llevarla a cabo debiera ser siempre un derecho humano.

Cuadro No. 1.

Tasa de mortalidad de 1,479 niños, según intervalo intergenésico. Punjab, 1955 a 58.

Intervalo intergenésico (meses)	No. de Nacimientos	Muertes neonatales por 1,000 n.v. de 28 días	Muertes infantiles por 1,000 n.v. de 1 año
Primíparas	231	95.2	175.4
0-11	34	88.2	205.9
12-23	432	97.2	201.9
24-35	491	57.0	132.2
36-47	175	57.1	137.9
48 +	112	35.7	108.1

Tomado de Ref. 3

Cuadro No. 2.

Hospitalizaciones por aborto, observadas y esperadas por semestre. Hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes, Santiago.

Año	Semestre	Esperados	Observados	
1965	1o.	3,113	3,113	0
	2o.	3,113	2,964	-149
1966	1o.	3,113	2,503	-610
	2o.	3,113	2,117	-996
1967	1o.	3,113	2,122	-991
Total	—	15,565	12,819	-2,746

Referencias

1. Davis, K., The American Family in relation to demographic change, Rep. No. 425 in Pop. Repirnt Series, IPUR, Univ. of California.
2. Family Plannig in Health Services, WHO Tech. Report No. 476, Geneva, 1971.
3. Siegel, E. & N. Morris, Familiy Planning: its health relationale, in Am. J. Obst. & Gynec: 118, 995, 1974.
4. Puffer, R. y C. Serrano, Datos básicos esenciales sobre nacimientos y defunciones para la planificación de la salud y las estadísticas demograficas. en Bolet. OPS: 76:187, 1974.
5. Taylor C. & M.F. Hall, Health, Population and Economic developement, en Science, Aug, 11, 1967, pag. 4.
6. *Rodríguez-Lima, O.* "Aborto provocado", Río de Janiero, 1965.
7. Armijo, R. y T. Monreal, El problema del aborto inducido en Chile, Milbank Memorial Fund. Quart. 43:263, 1965.

8. Requena, M. Condiciones determinantes del aborto inducido, Rev. Médica de Chile, 94:11, 1966.
9. Agüero, D. y J. Torres. Frecuencia y letalidad del aborto en Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela, 32:3, 1972.
10. Health Education in health aspects of family planning. WHO Tech. Report No. 483, Geneva, 1971.
11. Viel, B. The Hospital and its function in a family planning program. *in* Post-partum family planning, a report on the International Program. Ed. G. Zatuchni, a Pop. Council *McGraw Hill Book*, 1970.
12. Las figuras 2, 3 y 4 han sido tomadas de los Manuales de "Mortalidad y Salud Materno Infantil" (1973) de FEPAFEM, Bogotá.