

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVI

EPOCA IV

Núms. 103-104

ENERO-ABRIL

1977

MEXICO, D.F.

REVISTA BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

REVISTA 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.

INDICE

	Página
ESTUDIOS	
Cambios en los patronos de morbi-mortalidad y natalidad en los nuevos niveles de atención integral de la salud en Costa Rica	7
Dr. Guido Miranda G. y Dr. Luis Asís Beirute.	
Función social de la Sociedad Internacional de Rehabilitación de los Incapacitados	41
Dr. Alejandro Rhode y Dr. Efraín Barrera.	
Servicios de Rehabilitación en las Instituciones de Seguridad Social	45
Dr. R. Curiel Cueto, Dra. M. Fahr y Dr. J. Orozco Matus.	
La formación de personal directivo, de nivel intermedio y auxiliar para los servicios médicos de la seguridad social	55
Dr. Juan Rodríguez Argüelles y Cols.	
Los servicios de planificación familiar: sus resultados en salud y sus implicaciones económicas	73
Dr. Luis A. Sobrevilla.	
La protección materno infantil y su proyección en las actividades de planificación familiar	85
Dr. José Andrés Fernández Sauri.	
Planeación de las unidades requeridas para los niveles de atención médica	129
Dr. J. Castellanos Robayo y Arq. Jorge de los Ríos.	
Planeación de las unidades requeridas para los diferentes niveles de atención médica	167
Dr. P. Alegría, Dr. R. Barba, Arq. G. Carrillo y Cols.	
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL	
Programa de Cursos Interamericanos para el año de 1977	221

ESTUDIOS

LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: SUS RESULTADOS EN SALUD Y SUS IMPLICACIONES ECONOMICAS *

*Dr. Luis A. Sobrevilla ***

1. Introducción

Las civilizaciones antiguas de América, Asia y Europa tenían una visión del mundo muy diferente de la nuestra y una concepción de la enfermedad espiritista y teocéntrica.¹ Con la afirmación de los valores humanísticos que se inició en Europa con el Renacimiento, se volvió a la concepción hipocrática de una medicina basada en la observación de los fenómenos patológicos y solamente hace unos 200 años, apareció el concepto moderno de salud pública.² Con la Revolución Francesa se afianzó la orientación social de la medicina y se estableció su papel en la salud pública, si bien con un concepto un tanto diferente del actual.³ Es sólo en los últimos decenios que se establece como labor principal de las organizaciones médicas el logro de niveles adecuados de salud. La Organización Mundial de la Salud la define ahora como "un estado de bienestar físico, mental y social" y no solamente como la ausencia de enfermedad.

Con este criterio integral, los servicios de salud comprenden tanto el tratamiento de la enfermedad como su prevención y la promoción positiva de la salud. Este marco conceptual sirve de base a la organización de la atención médica moderna.⁴

Se reconoce igualmente cada vez con más amplitud, que la salud además de un derecho humano fundamental, es un factor importante en la promoción del desarrollo social y económico.

Desde este punto de vista, los servicios de salud y la inversión que ellos implican, son parte de las opciones de inversión en servicios sociales. En términos económicos, puede analizarse la relación existente entre los costos de cualquier servicio social y los beneficios que esta inversión genera. Este tipo de análisis, permite a quienes establecen políticas de servicio, racionalizar y hacer más eficientes las inversiones sociales y puede aplicarse al sector salud y a sus componentes.⁵

A pesar de que las prescripciones anticonceptivas se encuentran en los más remotos escritos médicos, como los Papiros Egipcios,⁶ los servicios de regulación de la fertilidad se incorporaron lentamente a la práctica médica. Después de los inicios difíciles y combatidos de los pioneros de la Planificación Familiar, como Charles Knowlton, Margaret Sanger y muchos otros, la importancia y licitud de estos servicios ha sido plenamente reconocida. El derecho de la pareja humana a decidir libremente sobre el número de hijos que desea tener y el deber de los Estados de prestar los servicios que permitan implementar esta decisión, han sido consagrados por numerosos foros internacionales y por el Plan de Acción aprobado por la Conferencia Mundial de Población, que se realizó en Bucarest en 1974, convocada por la Organización de las Naciones Unidas.⁷ El IV Congreso de Medicina de la Seguridad Social, realizado en Asunción, Paraguay en

* Ponencia oficial del Consejo de Población, presentada en el V Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Caracas, Venezuela, julio de 1976.

** Asesor Médico Regional para América Latina. Consejo de Población.

1974, recomendó igualmente a las instituciones de Seguridad Social del Continente, la implementación de Programas de Planificación Familiar dentro de los servicios que prestan a la población que atienden.⁸

En esta ponencia, vamos a revisar en primer lugar los resultados de los servicios de Planificación Familiar en cuanto se refiere a la salud materno-infantil, y luego las implicaciones económicas de estos servicios, a través del análisis de las relaciones entre sus costos y los beneficios que generan.

2. Niveles e indicadores de salud materno-infantil

Es importante destacar que la proporción de la población de América Latina que pertenece al grupo materno-infantil es muy elevada, por la alta fecundidad característica de nuestros países. En la región, del 52 al 76% de la población está constituida por menores de 15 años y mujeres de 15 a 44 y de los egresos hospitalarios, 41% corresponden a atenciones obstétricas. Por esta razón la atención materno-infantil se considera prioritaria en los programas de salud.⁹

Aún no ha sido posible construir indicadores útiles del nivel de salud de una comunidad consonantes con la definición positiva de este estado, se utilizan por lo tanto comúnmente, los indicadores basados en la mortalidad y morbilidad. El cuadro N° 1 nos muestra los indicadores más importantes del nivel de salud materno-infantil en algunos de los países de la región.

CUADRO N° 1

INDICADORES DE NIVEL DE SALUD DE ALGUNOS PAISES LATINOAMERICANOS

País	Mortalidad			Esperanza de vida al nacer (años) a.
	Infantil *	Materna **	General ***	
Argentina	60	1.10	8.8	68
Bolivia	(108)	—	18.0	47
Brasil	(94)	(1.50)	8.8	61
Colombia	(76)	2.37	8.8	61
Costa Rica	54	1.31	5.9	68
Chile	65	1.30	8.0	63
Cuba	34	0.63	6.6	70
México	61	1.50	8.6	63
Panamá	32	1.00	7.2	66
Paraguay	(84)	(2.80)	8.9	62
Perú	(110)	2.20	11.9	56
Venezuela	50	1.07	7.1	65

* Muertes anuales de niños de 0-1 años por 1,000 nacidos vivos, de: Population and Vital Statistics Report, U.N., 1974. () = estimado.

** Muertes maternas por 1,000 nacidos vivos. Varias fuentes.

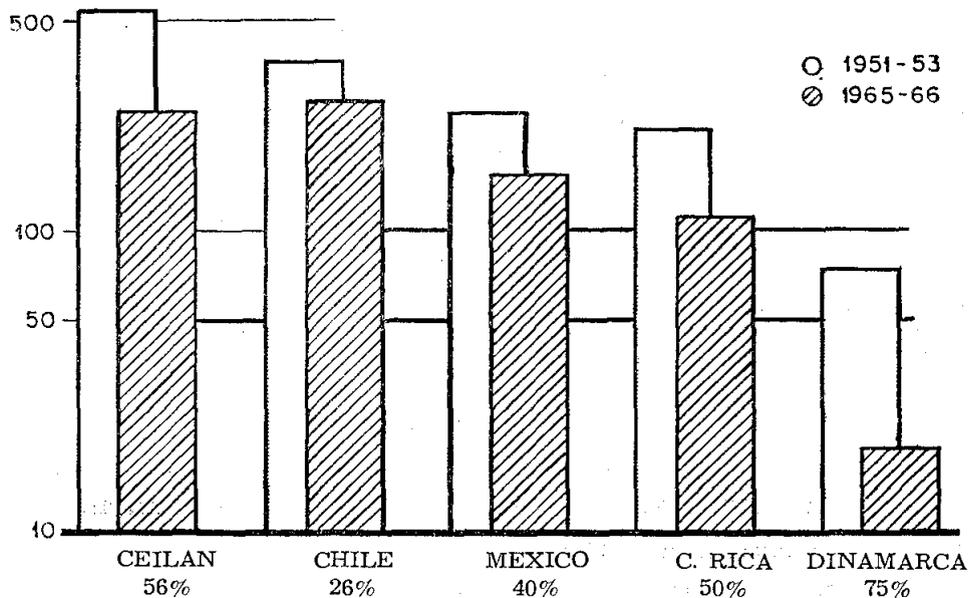
*** Muertes por 1,000 habitantes, de: Div. Población, N.U., 1973.

a. De: Div. Población, N.U., 1973.

Las tasas más indicativas son las de mortalidad infantil, que se encuentran elevadas, la esperanza de vida al nacer es baja y la mortalidad materna se mantiene aún varias veces más alta que en los países más desarrollados (Gráfica N° 1).

REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA
TASAS POR 100 MIL NACIDOS VIVOS

Gráfica N° 1



FUENTE: Tabla IV Anexo del Manual. (W-1° World Health Statistics Report, Ginebra, 1966.)

3. Fecundidad y salud materno-infantil

Las relaciones entre la fecundidad y los niveles de salud de la madre y el niño, se dan tanto a través de mecanismos biológicos como sociales. En cuanto a la salud de la madre, podemos señalar como factores importantes su edad en el momento del embarazo, el número total de embarazos, el intervalo intergenésico y la lactancia y en relación a la salud infantil, el bajo peso al nacer y la mala nutrición. El problema de aborto es un caso especial importante, así como también debemos referirnos al impacto que tiene la alta fecundidad en la familia como un todo.

Estas relaciones han sido estudiadas y documentadas en un Informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud¹⁰ y en otros estudios.^{11, 12} En nuestra presentación al IV Congreso Americano de Seguridad Social¹³ hemos revisado estas relaciones, que se resumen en los cuadros N°s. 2 y 3.

4. Servicios de planificación familiar y salud materno-infantil

El concepto de planificación familiar se refiere en un sentido amplio, a que padres e hijos puedan tomar decisiones y acciones informadas que les permitan mejorar su condición de vida. En un sentido restringido, y en el que es corrientemente utilizado, la planificación familiar tiene relación con

CUADRO N° 2

FACTORES DE RIESGO MATERNO-INFANTIL

1. ALTO NUMERO DE EMBARAZOS: ,
Riesgo materno mayor después del tercer embarazo.
Mayor mortalidad infantil y neonatal.
Incremento de niños de bajo peso y de prematuros.
 2. ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS:
Mayor mortalidad infantil y neonatal con intervalos cortos.
 3. EDAD MATERNA:
Riesgo materno mayor en madres de menos de 20 y más de 35.
Incremento de niños de bajo peso y prematuros.
Mayor riesgo genético en niños de madres añosas.
 4. ABORTO INDUCIDO.
-

CUADRO N° 3

FACTORES DE REDUCCION DEL RIESGO MATERNO-INFANTIL

1. Primer embarazo entre los 20 a 24 años.
Intervalos entre embarazos de 3 años.
 2. Lactancia materna.
Embarazo 1 a 2 años después del término de lactancia.
 3. Menor número de embarazos de madres de más de 35 años.
 4. Cuando la madre previene embarazos no deseados.
 5. Cuando se previene el "agotamiento" materno.
 6. Tratamiento de la infertilidad.
-

la planeación de los nacimientos y los servicios anexos. En este sentido, permite implementar las decisiones sobre número de hijos de la pareja y a través de reducir el riesgo reproductivo asociado a la alta fecundidad, incide positivamente en la salud materno-infantil, con resultados benéficos para la familia y la sociedad en general.

Los servicios de planificación familiar han sido generalmente integrados a los sistemas de salud y el Informe de un Comité Técnico de la Organización Mundial de la Salud, dice al respecto que "la planificación familiar es un componente integral de los servicios de salud. . . , con los que tiene un efecto beneficioso aditivo".¹⁴

La organización de servicios de planificación familiar en relación a entidades independientes, respondió a la iniciativa de grupos interesados, que no encontraban respuesta de las entidades de salud, o que preferían una actividad especializada con alta concentración de esfuerzos. La vinculación

de estas entidades al sector salud es un desarrollo frecuente y que, a través de acciones coordinadas, permite una ampliación de las coberturas y una mayor eficiencia al compartirse experiencias comunes.

De otro lado, las complejas y evidentes relaciones entre crecimiento de la población y desarrollo, han determinado con frecuencia una motivación demográfica de los programas y servicios de planificación familiar, y en muchos países estos servicios se consideran integrados a las acciones que inciden sobre la población y su crecimiento y vinculados a los organismos de dirección de las políticas de población.

La organización y administración de los servicios de planificación familiar dentro de los servicios de salud, adquiere características especiales. Aun cuando la tecnología anticonceptiva tiene estrechas vinculaciones con los servicios de atención maternal y ginecológica, no se trata de la atención médica tradicional de recuperación de la salud. En la mayor parte de las instituciones, se han ubicado por lo tanto estos servicios en las divisiones de medicina preventiva, o en las de atención materno-infantil. En las instituciones de seguridad social de la región, los servicios de planificación familiar se han incorporado a los servicios de medicina preventiva, como en México, El Salvador y Ecuador.

En las últimas décadas, la tecnología anticonceptiva se ha desarrollado rápidamente. Puede ahora realizarse la prevención del embarazo no deseado, a través del empleo de numerosos métodos como los hormonales, los dispositivos intrauterinos, los métodos de empleo local, la esterilización quirúrgica y se encuentran en proceso de desarrollo numerosas variantes de los métodos en uso y nuevos métodos como los inmunológicos.

En términos generales, estos métodos son eficientes y conllevan un riesgo pequeño para la salud de la usuaria y/o usuario. El cuadro N° 4 presenta los riesgos de embarazo y morbilidad observados con el uso de los anticonceptivos orales combinados y del dispositivo intrauterino.

5. Evaluación de la planificación familiar

Para evaluar los programas de planificación familiar, "debemos hacer lo posible por aplicar medidas razonables, objetivas y exactas, para hacer juicios de valor adecuados sobre los esfuerzos realizados y el logro de los

CUADRO N° 4
RIESGO DE EMBARAZO Y MORBILIDAD EN MUJERES DE 15 A
44 AÑOS, SEGUN USO DE ANTICONCEPTIVOS. TASA POR
100,000 CASOS

Condición	No usuarias	Usuarías	
		Orales	Diu
— Tromboembolismo venoso, pulmonar y cerebral	5	50	5
— Litiasis biliar	78	156	78
— Quistes ováricos	38	3	38
— Patología mamaria	50	13	50
— Embarazo ectópico	300/700	6/14	12/24(?)
— Embarazo no ectópico	80,000	2,000	4,000

Modificado de: Hatcher R., et al., Contraceptive Technology, 1976-1977, 8ª ed., 1976.

objetivos".¹⁵ Es importante indicar además, que no solamente se trata de obtener nuevos conocimientos sobre las actividades realizadas, sino también de establecer juicios sobre su calidad, efectividad o ineficacia y su eficiencia o ineficiencia. Además, para que la evaluación sea relevante y útil, debe estar orientada hacia la acción, al enlazarla con la toma de decisiones administrativas. La evaluación es diferente cuando el programa se orienta en términos de alcanzar metas demográficas, que cuando busca lograr objetivos y metas de salud. Naturalmente que estas situaciones no son excluyentes y de hecho, en muchos casos son complementarias.

El logro de los objetivos de salud de los programas de planificación familiar, puede analizarse a nivel individual y familiar o a nivel social. Los servicios de planificación familiar como cualquier otro programa, tienen un costo que puede ser analizado en cuanto a los beneficios individuales o sociales que reporta. Este enfoque económico de la evaluación es el que se plantea en los estudios de costo/beneficio.

La evaluación de los programas de servicios en planificación familiar puede también plantearse en relación a su diseño, desempeño y/o a su impacto. Los datos objetivos de la evaluación en relación a desempeño e impacto, analizados desde el punto de vista de los costos, son un importante parámetro para la toma de decisiones.

En cuanto a la relación entre los programas de planificación familiar y la salud, el cuadro N° 5 presenta los cambios positivos en los indicadores de salud materno-infantil, obtenidos en relación a los programas de planificación familiar de Chile y Panamá. Podemos ciertamente asegurar que las mejoras en los indicadores de nivel de salud materno-infantil están relacionadas a las acciones de planificación familiar, pero es difícil establecer un nexo causal directo y es obvio que han influido también en estos resultados otros factores de orden médico y socio-económico.

6. Costo/beneficio de los servicios de planificación familiar

El estudio del costo/beneficio de los programas de planificación familiar, trata de obtener medidas objetivas de esta relación tanto a nivel fami-

CUADRO N° 5

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL, MATERNA Y GENERAL EN CHILE Y PANAMA, 1962-1973

TASAS	CHILE		PANAMA	
	1963	1973	1962	1973
— Natalidad	37.7	24.4	41.1	32.7
— Mortalidad				
. Infantil	100.2	65.2	43.5	32.1
. Materna	2.6	1.3	1.8	1.0
. General	12.0	8.0	7.3	5.6

Basados en datos de: Programas de Planificación Familiar: Revisión Mundial, 1974. Estudios de Planificación Familiar, agosto 1975. Population Council.

liar como social. El marco de referencia conceptual para el análisis del beneficio social de los programas de planificación familiar ha sido revisado recientemente y se han efectuado varios estudios a este respecto.^{16, 17} En términos generales, el beneficio social resulta de la suma de los beneficios individuales y familiares, sin embargo, existen dificultades teóricas y de orden práctico en el análisis preciso de los beneficios.

Otro análisis de este tipo, es el estudio de la relación del costo y la efectividad de los programas, en que se estudia su rendimiento. En este caso, los datos básicos para el estudio son más concretos, al tratarse de hechos discretos como las estadísticas de uso de métodos, las tasas de continuidad, los embarazos y abortos prevenidos y los costos asociados.^{18, 19} Los cuadros N^{os}. 6 y 7 presentan los resultados de dos estudios de este tipo.

En los sistemas de seguridad social, se presenta la oportunidad de hacer un análisis detallado de las relaciones costo/beneficio y/o costo/efectividad de los servicios de planificación familiar. Desde un punto de vista administrativo, puede decirse en términos generales que la seguridad social es un "sistema cerrado", que cuenta con recursos que deben ser invertidos en prestaciones médicas, económicas y sociales a una población determinada. Esta situación facilita los estudios de costo/beneficio, que se pueden emplear como una herramienta importante para llegar a una evaluación de su eficiencia y del beneficio que pueden generar para la totalidad del sistema. Se trata de un caso más de servicios médicos de tipo preventivo, de los que se han realizado ya evaluaciones de costo/beneficio altamente favorables, como las referentes a los programas de vacunación del IMSS.²⁰

Recientemente se ha estudiado la relación costo/beneficio, o costo/efectividad de los servicios de planificación familiar de algunas de las instituciones de Seguridad Social de la región. He tomado la gráfica N^o. 2 del estudio realizado y publicado por Londoño,²¹ sobre el costo/efectividad del servicio de planificación familiar del Departamento de Medicina Preventiva del Instituto de Seguridad Social Salvadoreño. La gráfica muestra cómo los costos acumulados de atención materno-infantil de las usuarias

CUADRO N^o 6

ANALISIS DEL COSTO-EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS
DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FILIPINAS
COSTOS POR ACEPTANTE, AÑO-PAREJA DE PROTECCION
Y POR NACIMIENTO PREVENIDO

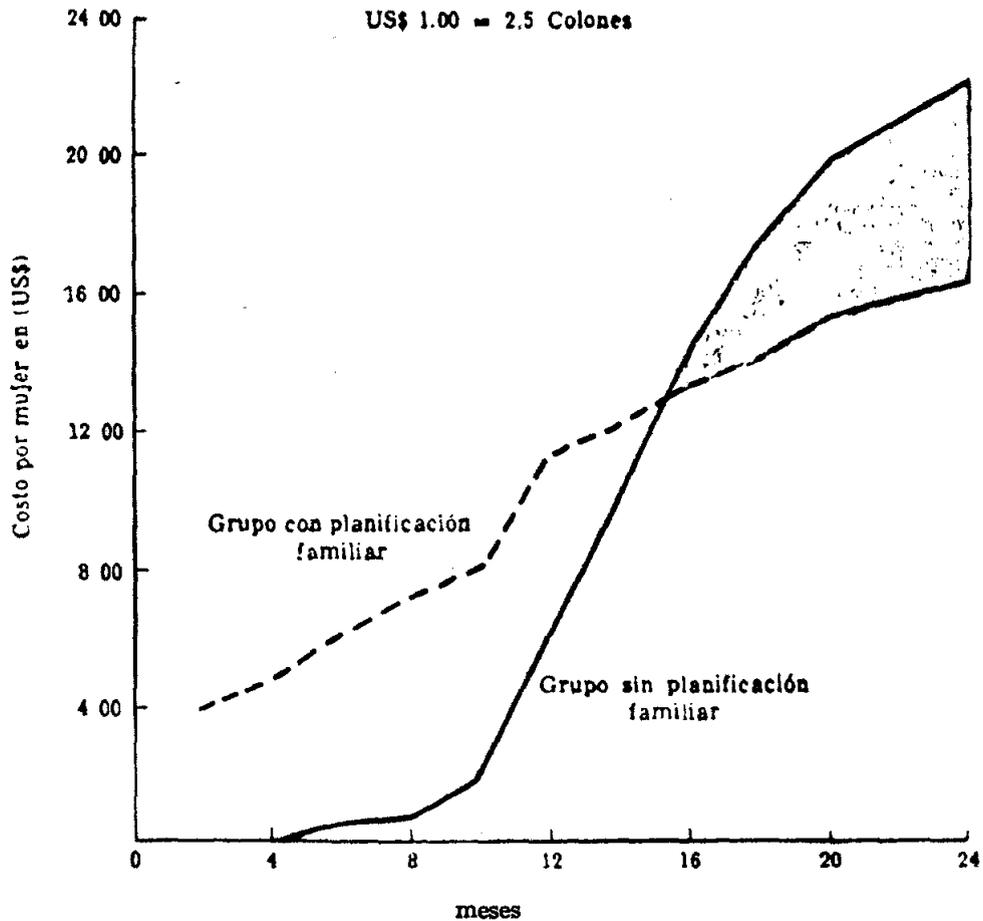
AÑOS	C O S T O S *		
	Aceptante	Año-pareja	Nacimiento prevenido
1966-1967	9.0	2.26	6.8
1967-1968	7.8	3.65	10.9
1968-1969	7.9	3.57	10.7
1969-1970	10.7	3.59	10.8
1970-1971	11.5	3.39	10.2

Basado en datos de: Osteria, T., Estudios de Planificación Familiar, 4:72, 1973.

* En dólares.

1. GASTOS ACUMULADOS POR DOS GRUPOS DE MUJERES ATENDIDAS
POR EL ISSS EN CONSULTA PRENATAL, MATERNIDAD
Y PLANIFICACION FAMILIAR

Gráfica N° 2



CUADRO N° 7

GASTOS, AHORROS Y RELACION COSTO/BENEFICIO A CORTO PLAZO.
 INVERSION DEL GOBIERNO FEDERAL POR CONCEPTO
 DE PLANIFICACION FAMILIAR. ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA,
 1967-1970

GASTOS P.F.		AHORROS		Relación costo/beneficio
Año	Millones de dólares	Año	Millones de dólares	
1967	18.1	1968	46.4	2.6:1
1968	25.2	1969	60.8	2.4:1
1969	60.6	1970	84.1	1.4:1
1970	70.0	1971	113.1	1.6:1
Total:	173.9		304.4	1.8:1

Basado en datos de: Jaffe, F., Estudios de Planificación Familiar, 5:59, 1974.

del programa, son menores que los de las no usuarias, con el consiguiente beneficio económico para el ISSS. En México se ha llevado a cabo una primera evaluación del costo/beneficio de los servicios de planificación familiar del IMSS. Utilizando dos metodologías diferentes, se ha concluido que las inversiones en servicios de planificación familiar del IMSS generan recursos, a través de evitar el embarazo indeseado y el aborto, que la institución puede entonces utilizar en mayores servicios. En el estudio del IMSS, la relación del costo/beneficio es del orden de 3 a 1. Cada unidad de inversión en planificación familiar libera tres, que pueden reinvertirse en nuevos servicios.²²

Los servicios de planificación familiar son desde este punto de vista inversiones altamente eficientes, que liberan recursos además de prevenir daños de salud; combinan por lo tanto características muy atractivas, pues contribuyen a proveer servicios a la comunidad, y a la vez, la inversión que demandan resulta en la disponibilidad de recursos adicionales, que la institución puede invertir en más servicios. Analizados desde esta perspectiva, los estudios de costo/beneficio presentan al administrador con una opción muy clara.

Otra faceta aún no estudiada suficientemente, es el análisis de costo/efectividad como evaluación del desempeño y eficiencia de los servicios de planificación familiar. Si los servicios están organizados en el sentido de utilizar recursos de personal de alto costo y metodología anticonceptiva de escasa efectividad, su eficiencia y costo/beneficio serán menores. Desde este punto de vista, estos estudios pueden presentar al administrador con elementos de juicio sobre la política más aconsejable para la utilización y organización de los diversos recursos, permiten racionalizar la escogencia de métodos y lograr una combinación óptima para hacer máximo el beneficio.

El Comité Permanente Interamericano de la Seguridad Social, la Comisión Regional Americana Médico Social, el CIESS y el Consejo de Población, auspiciarán un programa, que tiene como objetivo promover la realización de estudios del costo/beneficio de los servicios de planificación

familiar en las instituciones de la seguridad social. En septiembre del año en curso, se realizará un Taller Internacional sobre estudios del costo/beneficio en la ciudad de México, en el cual se discutirá la metodología más apropiada y se coordinará la realización de estudios de costo/beneficio en las instituciones de la seguridad social que estén interesadas en ellos.

7. Resumen y conclusión

Después de un camino difícil y controvertido, los servicios de planificación familiar se han incorporado a la práctica médica, como un elemento más de los servicios de salud, con evidente beneficio para la familia y la comunidad.

Como hemos documentado en esta revisión, ellos contribuyen a lograr mejoras importantes en los niveles de salud materno-infantil, lo que se traduce en beneficios económicos y sociales, por lo que tienen además un alto índice de costo/beneficio, en relación a otras inversiones en servicios médicos o sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. COURY, CHARLES. *La médecine de l'amerique precolombienne*. Ed. Roger Dacosta, París, 1969, p. 45.
2. ALVARADO, CARLOS. *Concepto de salud pública*. En A. Sonis Editor, Medicina Sanitaria, t. I, p. 1 a 3, El Ateneo, Buenos Aires, 1971.
3. FOUCAULT, MICHEL. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores, México, 1966, p. 97 y sig.
4. BEHM, HUGO. *Indicadores de nivel de salud*. En A. Sonis Editor, *ob. cit.*, p. 87-91.
5. HAVEMAN, ROBERT. *Benefit/costo analysis and family planning programs*. En *Population and Development Review*. Vol. 2, p. 37, 1976.
6. HIMES, NORMAN. *Medical history of contraception*. Ed. Schocken, N.Y., p. 59, 1970.
7. *Plan de acción mundial sobre población*. En Estudios de Planificación Familiar, vol. 5, p. 50, Dic., 1974.
8. IV Congreso de Medicina de la Seguridad Social, Asunción, Paraguay, 1974.
9. KHANNA, SUMEDA. *Las condiciones de salud de la mujer en América Latina y el Caribe*. En Boletín de la OSP, vol. 78, p. 555, junio, 1975.
10. *Health aspects of family planning, World Health Organization*. Technical Report N° 442, Geneve, 1970.
11. OMRAN, ABDEL. *The health theme in family planning*. Monograph 16, Carolina Population Center, Univ. of North Carolina, 1971.
12. SIEGAL, E. & N. MORRIS. *Family planning: It's health rationale*. En Am. J. of Obs. & Gyn., 118:995, 1974.
13. SOBREVILLA, LUIS. *Protección materno-infantil y su proyección en las políticas de planificación familiar*. IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Asunción, Paraguay, Sept. 1974.
14. *Family planning in health services*. World Health Organization, Technical Report N° 476, Geneve, 1971.
15. REYNOLDS, JACK. *Manual de evaluación para programas de planificación familiar*. Ed. Instituto de Evaluación de Planificación Familiar, Traducción C.C.R.P., p. 1, Bogotá, 1974.

16. HAVEMAN, ROBERT. Trabajo citado (5).
17. ROBINSON, WARREN C. & D.E. HORLACHER. *El Crecimiento demográfico y el bienestar económico. En Informes sobre Población/Planificación Familiar*, N° 6, Ed. Consejo de Población, Feb. 1971.
18. OSTERÍA, TRINIDAD. *Análisis del costo/efectividad de los programas de planificación familiar en las Filipinas. En Estudios de Planificación Familiar*, 4:72, julio 1973.
19. JAFFE, FREDERICK S. *Costos y beneficios a corto plazo de los programas de planificación familiar en los Estados Unidos. En Estudios de Planificación Familiar*, 5:59, marzo 1974.
20. *Costo/beneficio de los programas de medicina preventiva. IMSS, Aportación N° 10, IV Congreso de Medicina de la Seguridad Social. Asunción, Paraguay, 1974.*
21. LONDOÑO, JUAN B. *Análisis de costo/efecto de un programa de planificación familiar. En Estudios de Planificación Familiar*, 4:19, enero 1973.
22. *Costo/beneficio del programa de planificación familiar voluntaria. IMSS, 1975.*
23. Gráfico N° 1, tomado de: *Salud materno-infantil. J. Osuna y A. Dehollain*, editado por FEPAFEM. Bogotá, 1973.
24. Gráfico N° 2, tomado de: *Londoño, Juan B., trabajo citado (21).*