

Trabajos Originales

RESEÑA DE LA SALUD PUBLICA MATERNO-INFANTIL CHILENA DURANTE LOS ULTIMOS 40 AÑOS: 1960-2000*

Dr. *Jorge Szot Meza*

Unidad de Epidemiología, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Hospital Sótero del Río

RESUMEN

Se presenta una evolución de las características de la situación de salud de la madre y el niño chileno, entre los años 1960 y 2000. Se analizan los principales problemas de salud pública que exhibía el país en la década del 60 en el ámbito materno-infantil, tales como la elevada Tasa de Mortalidad Infantil y la alta prevalencia de aborto provocado. La información y el análisis sobre los años 70 y 80 se encuentra separada en dos períodos, que coinciden con los cambios que experimentó la sociedad chilena durante esos años, destacando los avances en la disminución de la mortalidad infantil y en la disminución de la desnutrición infantil. Durante la década de los años 90, el fortalecimiento del Subsistema Público de Salud ha permitido profundizar los logros en estas materias, considerando, el surgimiento de nuevos desafíos que afectan la salud de la madre y el niño, como la patología relacionada con los estilos de vida inadecuados, y la morbimortalidad asociada a la transición demográfico-epidemiológica que el país está viviendo.

PALABRAS CLAVES: *Salud materna, mortalidad infantil, Chile*

SUMMARY

The evolution of maternal and infant health condition in Chile between 1960 and the year 2000 is analyzed. The high infant mortality rate and the high prevalence of self-induced abortion were the most remarkable problems regarding maternal and infant care during the 60's. The situation of the next decades, 70's and 80's, is shown separately, according with the changes that the Chilean society experienced during those years. It is necessary to consider the objective reached, in diminishing Infant Mortality and Undernourishment in children. During the 90's, the changes for a better Public Health Sector has allowed to continue improving those indicators, but it is worth considering the new source of morbidity emerged, associated with an inconvenient life-style, and the demographic and epidemiologic transition that the country is living.

KEY WORDS: *Maternal and infant mortality rate*

INTRODUCCION

El panorama general que presentaba Chile al comenzar la década del 60, era el propio de un país subdesarrollado: la población se componía de unos 7 millones de personas, de las cuales un 40% tenía 15 años de edad o menos (1) y las condiciones

generales de vida eran bastante insatisfactorias, caracterizándose por coberturas insuficientes en los servicios básicos, y dificultades en el acceso a la educación, la vivienda y la salud. La Tasa de Analfabetismo superaba el 25%. La educación primaria no cubría al 70% de la población, y entre aquellos que la iniciaban sólo un 10% lograba fina-

*Trabajo recibido en mayo de 2002 y aceptado para publicación por el Comité Editor en junio de 2002.

lizarla (2). La migración hacia los centros urbanos era muy elevada, lo que provocaba un enorme déficit habitacional, que en ese entonces se estimaba en unas 350.000 viviendas (3). Ahora bien, de las viviendas existentes, sólo el 40% contaba con agua potable, y menos de un 20% estaba conectada con la red del alcantarillado (2). En el ámbito sanitario, la mortalidad infantil era de 120 por mil nacidos vivos (NV) y la mortalidad del preescolar llegaba a 25 por mil. Casi el 60% de las muertes ocurría antes de los 15 años de edad (2). La prevalencia de desnutrición infantil era muy alta. Se estima que aproximadamente un 60% de los menores de 6 años, en comunas urbanas de Chile central, presentaban algún grado de desnutrición (3) lo que contribuía a aumentar considerablemente la mortalidad infantil por enfermedades entéricas y respiratorias.

En el caso de la salud de la madre, las cifras no eran mucho mejores. Aproximadamente un 25% de la población estaba constituida por mujeres en edad fértil (entre los 15 y los 44 años de edad) (4) con lo que la Tasa de Natalidad era extraordinariamente elevada: 36,3 por mil habitantes (5). Sin embargo, la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) era igualmente alta, alcanzando en 1965 la cifra de 27,9 defunciones por cada 10.000 NV (4). Más de un tercio de las muertes eran consecuencia del aborto provocado clandestino cuya prevalencia a comienzos de la década del 60 era del orden de 32 abortos por cada 1000 NV (6). La atención profesional del parto llegaba sólo al 52%, y en algunas provincias, no superaba el 40% (7).

No obstante lo desalentador de estos indicadores generales y de salud, se encontraba vigente en el país una legislación cuyo propósito era mejorar la calidad de vida del binomio madre-hijo, como la Ley Nº 4.054 del Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, la Ley Nº 6.174 de Medicina Preventiva y la Ley Nº 6.236, denominada también Ley de La Madre y El Niño (8). En el mismo sentido, cabe mencionar la creación en 1942 de la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia (PROTINFA), y de las Unidades Sanitarias, así como la promulgación de la Ley de Asignación Familiar Obrera (1953), la Asignación Familiar Prenatal (1957), por citar las más destacadas (8).

Pero fue sin duda la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud (SNS) la que generó el mayor impulso en el fomento y la protección de la salud materno-infantil en Chile. El SNS agrupó a una serie de instituciones (Beneficencia, Seguro Obrero, Sanidad) asumiendo las misiones de aquellas, aunque ampliando considerablemente su campo de acción (7).

La atención médica del SNS se llevó a cabo en los niveles primarios, secundario y terciario del cuidado de la salud, otorgando también gran importancia a la atención de urgencia, destacando en este sentido el funcionamiento de los Centros de Hidratación Ambulatoria, en donde se controlaban, bajo estricta vigilancia, niños con diarreas graves asociadas a desnutrición (5, 7).

Desafíos de salud durante la década de 1960: la mortalidad infantil y el aborto inducido

Se ha mencionado la elevada Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) que Chile tenía en 1960. En ese entonces, fallecían en el país más de 15 mil lactantes menores de 1 año debido a enfermedades respiratorias agudas. Otros 7 mil fallecían por diarrea aguda. En total se registraban sobre 34 mil defunciones de niños menores de 1 año, a los que había que agregar la muerte de 10 mil preescolares (1, 4, 9). Con todo, el crecimiento vegetativo de la población era muy elevado: sobre el 3% anual (1, 4).

Por otra parte, el número de mujeres hospitalizadas por aborto alcanzaba en 1960 a 57.368 (10). Esto, considerando que solamente llegaban al hospital los casos más graves, por lo que puede deducirse que la cifra real era aún mayor. Investigaciones de la época, arrojaban como resultado que cerca de un tercio de los embarazos culminaban en aborto (10) el que, según distintos autores, entre un 75% y un 90% era provocado (10, 11, 16). Al analizar la epidemiología de éste, destaca que las mujeres entre los 20 y 34 años aparecían como grupo vulnerable, especialmente mujeres casadas, aquellas que tenían hasta 3 hijos vivos y que pertenecían a los grupos socioeconómicos de menores ingresos.

En los párrafos siguientes se expone como se abordó este problema a través del Servicio Nacional de Salud.

Programa de regulación de la fertilidad. Rol de las matronas

A la luz de la situación expuesta, el SNS inició las actividades de regulación de la fertilidad. Este fue el origen de la creación, a contar de agosto de 1965, de la denominada Política Nacional de Regulación de la Fertilidad (PRF) cuyos propósitos fueron el control del aborto inducido clandestino, el descenso de la mortalidad infantil y la promoción del bienestar familiar.

Los resultados han sido notables: la mortalidad materna, descendió desde 27,9 por 10 mil NV en

1965 a 2,2 por 10 mil NV en 1999 (12) (Figura 1). El número de abortos hospitalizados descendió de 56.130, con 306 fallecimientos en 1965, a 31.986, de los cuales solo fallecieron 42 en 1987 (6). La mortalidad infantil descendió desde 120 por mil NV en 1960 a 10,1 por mil NV en 1999 (12) (Figura 2). Es necesario señalar también que, aunque la dinámica demográfica no motivó la formulación de objetivos de la PRF, se registró entre 1965-1987 un cambio significativo en este aspecto. En un período de 20 años la Tasa de Fecundidad (promedio de hijos por mujer al finalizar la edad fértil) descendió de 3,6 a 2,4 por mil y la Tasa de Natalidad bajó de 36,3 a 17,6 por mil habitantes (1999) (Figura 3) con el consiguiente descenso en el crecimiento de la población: de 2,5 a 1,7% (13, 14).

En el mismo sentido, de mejorar las condiciones de salud del binomio madre-hijo, se hacía necesario contar con profesionales suficientes para la atención del parto y la supervisión de la salud de la madre y el niño. Por ello, las autoridades de salud de la época, reconocieron la importancia de la capacitación del personal para el perfeccionamiento de las prestaciones de salud otorgadas. Con este fin se adoptaron numerosas medidas tendientes a ampliar la formación de los distintos profesionales del equipo de salud: entre 1965 y 1970 se crearon 7 Escuelas de Enfermería, 5 Escuelas de Matronas además de 4 Escuelas de Nutricionistas (6, 8). Como resultado de ello, la atención profesional del parto alcanzó al 99,7% de cobertura en 1999 (12).

Avances durante las décadas de 1970-1980

Se presenta la información sobre los años 1970-1973 y 1973-1989.

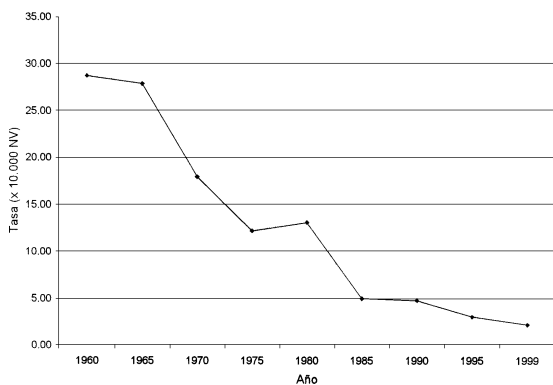


Figura 1. Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna, Chile, 1960-1999.

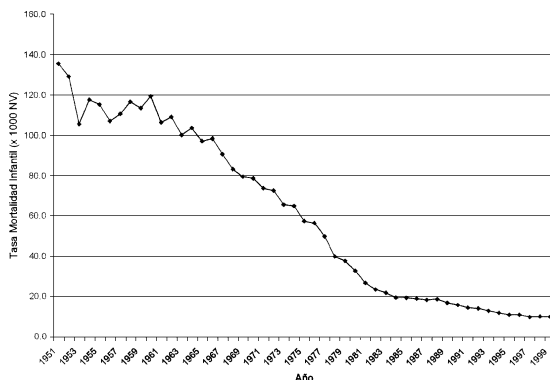


Figura 2. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil, Chile: 1951-1999.

Período 1970-1973

Durante estos 3 años, continúa el progreso en el descenso de la mortalidad infantil, y la morbi-mortalidad materna.

Los principales indicadores de salud señalan que en 1970 la Tasa de Fecundidad descendió de 4,7 por mil en 1960 a 3,3 por mil. La Tasa de Natalidad bajó de 36,3 por mil habitantes en 1965 a 27,9 por mil en 1970 (6) y la cobertura de atención profesional del parto aumentó de 74,3% en 1965 a 81,1% en 1970 (6). La TMM total y la TMM por aborto también descendieron en el período 1965-1970, en cerca de 10 puntos la mortalidad general, y en 3,3 puntos la mortalidad por aborto (6), así mismo la cobertura del PRF aumentó de un 6,0% en 1965 a un 13,7% en 1970 (6). Por su parte la TMI descendió a 79,3 por mil NV en 1970.

Al analizar en detalle los componentes de la mortalidad infantil, se observa que las afecciones del aparato respiratorio y las enfermedades infec-

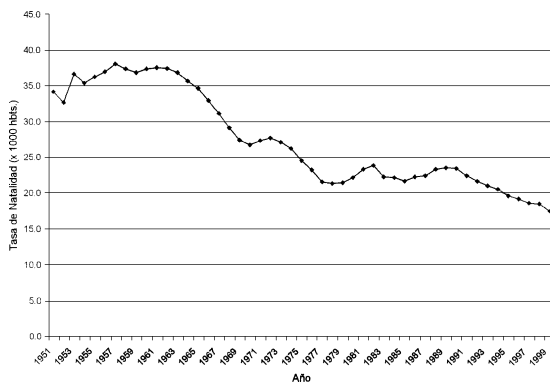


Figura 3. Evolución de la Tasa de Mortalidad, Chile: 1951-1999.

ciosas y parasitarias constituían cerca del 60% de las defunciones de menores de 1 año (48 por mil NV) seguidas por las afecciones perinatales, con cerca del 21% (16 por mil NV) (15).

La Dra. Taucher (7), explica el notable descenso de la mortalidad infantil en Chile, especialmente desde mediados de la década del 60 en adelante, principalmente por 4 factores:

1. El mejoramiento del nivel de vida de las familias, destacando los aspectos de vivienda y educación.

2. El mejoramiento de los programas materno-infantiles (control prenatal, control del niño sano, aumento de la atención institucional del parto, mejor pesquisa y tratamiento de las patologías de la madre y el niño y control de la planificación familiar, entre otros).

3. El descenso de la natalidad, y

4. El descenso de la fecundidad (que permite concentrar recursos en un menor número de hijos).

En relación con este período, una de las primeras medidas tomadas en el campo de la salud infantil fue la implementación de un programa nutricional, una campaña contra la bronconeumonía infantil, una campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis y la coordinación de las labores del SNS con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En el caso de la mujer y la madre se puso especial énfasis en los cuidados del embarazo, parto y puerperio, la atención ginecológica, la planificación de la familia y la educación y la protección social de la mujer embarazada desde la adolescencia.

Entre los planes que el SNS realizó cabe destacar:

- La organización por parte del Ministerio de Educación de cursos de capacitación para la mujer.
- La entrega de 1/2 litro de leche diario a los niños y a las embarazadas, y
- La ampliación del período postnatal de 45 a 90 días (16).

Período: 1973-1989

El resto de la década de 1970 y la década del '80, la salud materno-infantil chilena estuvo marcada por los profundos cambios que se desarrollaron en todos los aspectos de la sociedad.

En 1980, la Tasa de Fecundidad continúa disminuyendo hasta situarse en el orden de 2,4 por mil, la Tasa de Natalidad descendió a 22,8 por mil habitantes, y se logró una cobertura de atención profesional del parto de 87,4% en 1975 (8). Por su parte, la TNM bajó a 13,1 por 10 mil NV y la mortalidad por aborto a 4,8 por 10 mil NV. La cobertura

de la PRF alcanzó a un 26,7% de las mujeres en edad fértil (8).

En cuanto a la TMI, ésta había caído a 55,4 por mil NV en 1975, de los cuales el componente infantil tardío, seguía constituyendo el principal porcentaje, con un 54% (30,6 por mil NV) mientras que el componente neonatal daba cuenta de un 45% (24,8 por mil NV) de la totalidad de los fallecimientos en menores de 1 año (8). Sin embargo, en 1980 la TMI era ya de 31,6 por mil, constituyendo en ese momento el componente neonatal el que aportaba la mayor cantidad de defunciones: 52%, mientras el componente tardío daba cuenta del 49% de éstas. Es necesario destacar este hito en la historia de la mortalidad infantil en Chile, en que por primera vez el componente neonatal de la TMI supera en proporción al componente infantil tardío, situación que se mantiene hasta la actualidad (8). Es posible que este hecho se produjera más bien debido a una disminución en la cantidad del hijo no deseado (7) más que al mejoramiento en las condiciones generales de vida de la población, que debió enfrentar una severa crisis económica en los años 1982-1983. Aún así, es necesario reconocer los importantes esfuerzos realizados en saneamiento básico (abastecimiento de agua potable y disposición de excretas), así como en la entrega de viviendas sociales, medidas que, entre otras, favorecieron la disminución en la prevalencia de enfermedades entéricas, determinantes muchas veces de la elevada mortalidad infantil.

Mención especial cabe otorgar a la disminución de la prevalencia de desnutrición infantil, y su impacto sobre la disminución de la mortalidad infantil.

A mediados de la década del 70, se constituyó en Chile, el CONPAN (Consejo Nacional para la Alimentación y la Nutrición), que con un enfoque multisectorial, y poniendo énfasis en la Atención Primaria de Salud, logró reestructurar el Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y favorecer el acceso de la población a los consultorios, con el objeto de desarrollar allí, las acciones de promoción y fomento de la salud de la madre y el niño, como control prenatal, atención profesional del parto, atención neonatal, control del niño sano, programa de inmunizaciones, etc. (1).

En forma paralela, a fines de los 70, nace como una corporación autónoma, la Comisión Nacional para la Nutrición Infantil (CONIN), que llegó a tener cerca de 1.800 camas distribuidas en 30 centros, para el tratamiento de los casos más severos de desnutrición.

Los resultados fueron impresionantes. En 1994, la Tasa de desnutrición infantil en Chile era de 6%,

y de estos, el 90% estaba constituido por niños con desnutrición leve, los casos de desnutrición más severa se redujeron hasta constituir aproximadamente un 10% del total. Cabe señalar que, además de la nutrición adecuada, CONIN favoreció la estimulación de los niños para mejorar su desarrollo psicomotor (3).

También fue necesario modificar el sistema de distribución de la alimentación escolar, desarrollando programas que mejoraran la calidad, y centralizaran la entrega, con el objeto de aumentar su eficiencia.

Al avanzar en la década del 80, y llegar al año 1990, continúa el progresivo mejoramiento en los indicadores de salud materno-infantil. Es así como en 1990, la Tasa de Natalidad era de 23,3 por mil habitantes, la Tasa de Fecundidad se había estabilizado en torno a los 2,4 por mil (1987) la cobertura en la atención profesional del parto llegaba a 97,8%, la TMM total era de 4,8 por 10 mil NV y la TMM por aborto de 1,7 por 10 mil NV (4).

La TMI bajó a 16 por mil NV. En esta mortalidad, las causas infecciosas y parasitarias junto con las respiratorias, constituían sólo el 20%, mientras las anomalías congénitas y perinatales conformaban ya el 58% (15).

El presente: 1990-2000

Si bien es cierto, durante los años, 90, los indicadores de salud que muestra el país resultan muy positivos (Tabla I), existen dificultades, asociadas a la reestructuración del sector de salud estatal, al surgimiento del Subsistema de Salud privado (ISAPRE), al cambio en el perfil demográfico (y como consecuencia de ello, en el perfil de morbi-mortalidad de la madre y el niño), y a la agudización de importantes problemas medio-ambientales, especialmente de la calidad del aire en la Región Metropolitana.

Un resumen de las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud (MINSAL), a partir de 1990, son las siguientes (17):

- Se determina gratitud de todas las prestaciones para los usuarios del Subsistema Público en el nivel primario de atención. Esto incluye: control del niño sano, control prenatal, entrega de alimentos del PNAC y consulta de morbilidad general.

- Se elevan los subsidios al parto institucional otorgándole gratitud a los grupos A y B y reduciendo el copago a 25% para los grupos C y D.

- Se crearon los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

- Se creó, en el MINSAL, el Programa de Obs-

Tabla I

INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS, CHILE, 2000

<i>Indicador</i>	
Expectativa de vida (promedio ambos sexos, años)	75,5
Tasa de Natalidad (x 1.000 habitantes)	17,6
Tasa global fertilidad	2,4
Tasa analfabetismo (%)	4,3
Proporción población con agua potable (%)	94,2
Tasa de mortalidad infantil (1999)*	10,1
Tasa de mortalidad materna**	2,2
Proporción recién nacidos con bajo peso nacer (%)	5,0
Proporción mujeres con MAC*** (%)	20,0
Proporción atención profesional parto (%)	99,7
Proporción cobertura inmunizaciones (%):	
- Sarampión	97,0
- Poliomieltis	89,0
- BCG	100
- DPT	97,0
Tasa (x 100 mil) enfermedad inmunoprevenibles:	
- Difteria	0
- Hepatitis	38,2
- Meningitis	2,4
- Sarampión	0
- Fiebre tifoidea	5,8
- Tétanos neonatal	0

*Por 1.000 nacidos vivos.

**Por 10.000 nacidos vivos.

***Método anticonceptivo.

Fuente: OMS-OPS-Ministerio de Planificación.

trucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que ha conseguido disminuir la mortalidad por bronconeumonía en el niño menor de un año y reducir las hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo, al atender mejor y más oportunamente los crecientes casos de enfermedades respiratorias agudas, mediante la prevención y tratamiento de éstas en los Consultorios de Atención Primaria.

- En el ámbito de la salud materna fue creado, también en el MINSAL, el Departamento Odontológico, para promover la atención integral de la embarazada de escasos recursos.

- Se incorporaron formalmente los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) en los establecimientos de nivel primario, los que tienen por misión facilitar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en salud mental, especialmente relacionado con el consumo del alcohol y drogas, en colaboración estrecha con el Ministerio de Educación y con el Instituto Nacional de la Juventud.

- En cuanto a campañas masivas de preven-

ción de enfermedades inmunoprevenibles, se realizaron campañas de vacunación anti-sarampión, durante los años 1992 y 1996, (como resultado de ellas, durante los años 1993 a 1996 no se registraron casos de sarampión en el país, y los casos producidos en 1997 fueron exportados desde países vecinos).

– Se implementó la campaña de prevención del cólera, enfermedad que reaparece en Chile a partir de 1991. Esta campaña, vigente hasta la actualidad, ha logrado que en Chile se hayan producido sólo 124 casos de cólera, entre 1991 y 1996 de los más de 1 millón de casos ocurridos en el continente. Como externalidad es posible señalar la disminución en la Tasa de Incidencia de otras patologías de transmisión entérica como es el caso de la Fiebre Tifoidea y Paratifoidea.

– Se reformuló el PNAC: en 1991 se modificó la composición de los productos entregados a través del programa: la leche cereal es sustituida por leche entera para niños entre 1 y 2 años, y la leche descremada por leche con 26% de materia grasa para las embarazadas.

– A partir de octubre de 1993, se cambió la norma de evaluación antropométrica para el niño menor de 6 años, con lo que se pretende focalizar mejor los programas de refuerzo nutricional.

Los desafíos del futuro

Los desafíos que enfrenta el país en materia de salud de la madre y el niño, son muy distinto a aquellos que preocupaban a las autoridades de hace 30 ó 40 años atrás.

En el caso de la mortalidad infantil, no obstante Chile se acerca a tener una TMI de un dígito, comparable con la de países con un alto nivel de desarrollo económico y social, es necesario considerar que aún persisten importantes variaciones regionales al interior del país, e importantes diferencias de acuerdo a ciertas variables sociales y económicas (18, 19). También hay que tener presente, que la mayor cantidad de defunciones en menores de 1 año en Chile, ocurren antes de los 28 días de vida, especialmente en aquellos niños con prematuridad extrema, y con bajo peso de nacimiento.

En el caso de lactantes y preescolares, es importante impactar en su calidad de vida fortaleciendo áreas de desarrollo psicosocial, para lo cual se hace necesario favorecer la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor a nivel primario, detectar niños en riesgo para algún tipo de daño en salud mental y lograr su derivación oportuna a un centro especializado.

En el área de la promoción de Salud, es deseable trabajar sobre los estilos de vida saludable, incluyendo temas como la malnutrición por exceso, (que actualmente afecta a un 16% de los escolares en primer año básico (20) y los accidentes en la infancia, así como también desarrollar un trabajo con niños portadores de enfermedades crónicas y prevenir los factores de riesgo asociados a éstas (21).

En cuanto a la salud de la madre, dado que la mortalidad materna no aparece como un tema prioritario en Chile, es importante, dejar de considerar a la mujer únicamente en su función reproductiva, y mirarla a través de todo el eje de su vida. Analizando el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del país (22) y el aumento de la expectativa de vida de sus habitantes, que para las mujeres actualmente es de 78,9 años (23) se entiende que más de un tercio de su vida, ellas se encuentran alejadas de su función reproductiva, y por lo tanto, requieren de una visión de salud más integral, incorporando temas como la salud mental, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las patologías derivadas del envejecimiento.

En este sentido, el MINSAL, ha planteado para la década 2000-2010 Objetivos Sanitarios (20) que en el caso de la salud materno-infantil pretenden continuar la disminución en la mortalidad infantil, la disminución de la mortalidad materna, lograr la erradicación de algunas enfermedades inmunoprevenibles y el control de los factores de riesgo para enfermedades crónicas en niños y embarazadas.

Síntesis

Como se ha visto, durante los últimos 40 años, Chile ha logrado superar, en gran medida, la historia de morbimortalidad materno-infantil propia de los países subdesarrollados.

Los actuales indicadores de salud del país lo sitúan, con ventaja, en un lugar de avanzada en materia sanitaria, muy superior al que es posible encontrar en países con un nivel de ingresos similares.

Sin embargo, a pesar del gran avance conseguido, es necesario continuar el camino que el país ha recorrido en materia de salud materno-infantil, de forma de mantener las metas alcanzadas y resolver las tareas aún pendientes. Con la participación de todos los sectores, no solamente el de salud, será posible en Chile, tener madres y niños más saludables, que puedan vivir una vida más extensa en años y de mejor calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Albala C, Vío F: La transición epidemiológica en Chile. *Rev Méd Chile* 1993; 121: 1446-55.
2. Discurso pronunciado por el Dr. Fernando Mönckeberg en agradecimiento al Homenaje de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. *Arch Latin Nutr* 1994; 44(5-S).
3. Mönckeberg F: Jaque al Subdesarrollo ahora. Ediciones Dolmen, 1993.
4. Viel B, Campos W: La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil, 1940-1985. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*.
5. Meneguello J, Rosselot E, Mardones RF: Rol de la Pediatría Clínica y Social en los Avances de Salud del Niño y la Familia, Chile 1900-1995. *Pediatría al Día* 1995; 11: 223-31.
6. Rosselot E, Meneguello J: Salud de la familia y paternidad responsable, la experiencia de Chile, 1965-1988. *Rev Méd Chile* 1990; 118: 330-38.
7. Marco Teórico: Evolución de la mortalidad infantil en Chile: períodos 1940-1960 y 1961-1980. *Archivos Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)*.
8. Mardones RF: Salud Materno-Infantil. Últimos 30 años. Evolución de la atención médica. En: *Medicina Infantil*. Tomo I, Editorial Winter y Puentes, 1991.
9. Illanes MA. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, *Historia Social de la Salud Pública*, Chile 1880-1973. Colectivo de Atención Primaria, 1993.
10. Armijo R, Monreal T: Epidemiología del aborto provocado en Santiago. *Rev Méd Chile*, 1964.
11. Plaza S, Briones A: El aborto como problema asistencial. *Rev Méd Chile* 1963.
12. Anuario de Mortalidad 1999, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), División de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, Chile, 2001.
13. Anuario de Demografía: Instituto Nacional de Estadísticas, edición 1996.
14. Anuario de Demografía: Instituto Nacional de Estadísticas, edición 1998.
15. Vargas N: Mortalidad infantil en Chile, 1994. *Rev Chile Pediatría* 1996; 67: 6-9.
16. Jiles X: De la miel a los implantes: historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. *CORSAPS*, 1992.
17. Balance de seis años de políticas sociales, 1990-1996. Ministerio de Planificación y Cooperación. *MIDEPLAN*, 1996.
18. Hollstein D, Vega J, Carvajal Y: Desigualdades sociales y salud. Nivel Socioeconómico y Mortalidad Infantil en Chile: 1985-1995. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 333-40.
19. Szot J: Mortalidad infantil e indicadores económicos en Chile: 1985-1999. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 107-12.
20. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Departamento de Epidemiología. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Chile 2002.
21. Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. *La Reforma Programática Chilena*. Ministerio de Salud, 1997.
22. Szot J, Moreno C: La Salud de la Madre y el Niño en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y en Chile: una Visión del Período 1980-1998. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2001; 66: 119-23.
23. Perfil Básico de Chile 2001. Organización Panamericana de la Salud, 2001.