5000142624 0
Biblioteca de Socials

SA19F
679.

MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN
CAJA NACIONAL DE SEGURO DE ENFERMEDAD

Nº 152

270.000 PARTOS. SUS ENSEÑANZAS SANITARIAS

OBSERVACIONES SOBRE LA ASISTENCIA TOCOLOGICA PRESTADA EN EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD DURANTE LOS AÑOS 1947 A 1949

POR LOS DOCTORES

JUAN BOSCH MARIN
Asesor de Política Demográfica.
Jefe de la antigua Obra Maternal e Infantil

JUAN-PEDRO DE LA CÁMARA Y **VENANCIO SAENZ DE TEJADA**
Jefe de Departamento Médico — Jefe de Oficina Técnica

MADRID
1950

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
CC. SOCIALS
BIBLIOTECA
Nº Registre 76.216
DATA 19/1/05

L. 1426240
D. 1426213

270.000 PARTOS. SUS ENSEÑANZAS SANITARIAS

OBSERVACIONES SOBRE LA ASISTENCIA TOCOLOGICA PRESTADA EN EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD DURANTE LOS AÑOS 1947 A 1949

COMUNICACIÓN AL III CONGRESO HISPANO-PORTUGUÉS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. BARCELONA, OCTUBRE, 1950

POR LOS DOCTORES

JUAN BOSCH MARIN
Asesor de Política Demográfica. Jefe de la antigua Obra Maternal e Infantil.

JUAN-PEDRO DE LA CAMARA Y VENANCIO SAENZ DE TEJADA
Jefe de Departamento Médico — Jefe de Oficina Técnica

En el presente trabajo se han resumido los datos obtenidos sobre la asistencia tocológica prestada por el Seguro Obligatorio de Enfermedad en los años 1947, 1948 y 1949, comprendiendo la asistencia a las beneficiarias del Seguro directo, las de la Ley de 18 de junio de 1942 y las esposas de funcionarios del Instituto Nacional de Previsión, que son las asistencias que, en esta especialidad, asume directamente la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad para ser realizadas por su personal facultativo y por sus instituciones sanitarias.

Los datos que se presentan no reflejan siempre la totalidad absoluta del trabajo efectuado, pues, por diversas causas cuyo análisis no es de este lugar, hay algunos datos incompletos que impiden totalizar la labor realizada en cada uno de los aspectos que se consideran. Por ello se observará que el análisis de cada faceta que se expone se refiere casi siempre a volúmenes totales diferentes, lo que se explica porque se ha tomado el total de datos completados existentes para

cada una de ellas. Sin embargo, en todos los casos se ha reunido un considerable volumen, y su examen conduce a deducciones que pueden tener validez, por representar siempre la mayoría del trabajo llevado a cabo.

ASISTENCIA A DOMICILIO Y EN INTERNAMIENTO

En líneas generales, la asistencia de los partos se realiza bien a domicilio, bien en residencias maternales. Cuando el parto se presume normal y la vivienda de la gestante reúne un mínimo de condiciones higiénicas, el parto es asistido a domicilio. Por el contrario, cuando la casa de la embarazada no tiene condiciones sanitarias o se evidencia una dificultad de asistencia doméstica (*distocia social*), lo mismo que cuando la gestante padece una *enfermedad concomitante* que pueda tener influencia sobre el parto (cardiopatías, tumores, etc.), en fin, cuando se prevé un parto anormal por las condiciones del embarazo, e incluso cuando la anormalidad se presenta en un parto iniciado con buenas perspectivas (*distocia verdadera*), se prescribe el internamiento en una residencia maternal, para que la mujer sea asistida en las mejores condiciones residenciales y facultativas.

En total, dsde este punto de vista, se han clasificado 273.476 partos, de los cuales han sido asistidos 15.965 en las residencias maternales y 257.511 en los domicilios de las parturientes. Esto significa que se han internado el 5,8 por 100 de los partos, frente a un 94,2 por 100 de asistidos a domicilio. Sin embargo, hay que aclarar que algunos partos que figuran como asistidos a domicilio han sido en realidad internados en clínicas ajenas a la organización del Seguro.

En España no es fácil encontrar datos comparativos; CLAVERO NÚÑEZ (7) menciona que en Valencia se asisten a domicilio más del 99 por 100 de los partos, y que en Málaga (capital), por el contrario, casi la mitad son asistidos en la Maternidad y en las clínicas particulares.

En cuanto a otros países, MARTIUS (18) estima en un 29 por 100 los partos asistidos en clínica en Alemania. En Inglaterra (15) se al-

Nº 158 dice lo mismo textual.

canzó un 54 por 100 en 1946. En los Estados Unidos, según el Servicio de Sanidad Pública (5), el porcentaje es aún mayor, pues llegó a 70,7 por 100 en 1943, y a 75,6 en 1944, lo que significa un volumen de 2.080.815 y 2.112.264 partos, respectivamente, asistidos en los hospitales. En 1947 (2) ocurrieron 2.837.139 nacimientos en los hospitales, y en 1948 (1) se redujeron ligeramente, con 2.748.187 nacimientos. En cambio, en Holanda (16) solamente se llega al 20 por 100, pero hay que tener en cuenta que en dicho país la política oficial tiende a favorecer la asistencia obstétrica a domicilio.

Se ve, por lo tanto, que la proporción de los partos ocurridos en clínica es todavía muy baja en España, si se compara con otros países. Una causa radica en la disponibilidad de camas destinadas a maternidad, como ha demostrado el Ministerio de Sanidad inglés (17), pero existen otros factores muy importantes, como son la instrucción durante la vigilancia del embarazo, la necesidad de no abandonar la casa por motivos familiares, las dificultades para encontrar ayuda en la asistencia doméstica durante los días del parto y siguientes, etc., todos los cuales influyen de modo positivo o negativo sobre la frecuencia del internamiento en los partos. De todos modos, consideramos que la disponibilidad de camas tiene una influencia primordial, ya que va siendo cada vez mayor la tendencia en las gestantes a desear efectuar el parto en una clínica.

CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA DE LOS PARTOS

Tanto los partos asistidos en las residencias como los atendidos a domicilio se han clasificado en normales y patológicos, refiriéndose esta distribución a un volumen de 273.476 partos.

CLASIFICACION	EN RESIDENCIAS		A DOMICILIO		TODOS LOS PARTOS	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento	Número	Por ciento
Normales	10.893	68,2	235.907	91,6	246.800	90,2
Distócicos	5.072	31,8	21.604	8,4	26.676	9,8
Totales	15.965	100,0	257.511	100,0	273.476	100,0

Como se puede ver, en las residencias hay un alto porcentaje de partos distócicos, fenómeno perfectamente explicable por la clasificación previa de las gestantes. Sin embargo, cuando se suman todos los partos, el porcentaje de distócicos resulta apenas mayor que el de los atendidos a domicilio, y que, por unas u otras causas, han sido resueltos *in situ* por los médicos de asistencia.

Las cifras de los porcentajes de distocias resultan algo elevadas, debiendo encontrarse la explicación en el hecho de que, puesto que la ejecución de las perineorrafias suponía hasta 1947 una mayor retribución al médico, se catalogaban por este motivo como «distocias», habiendo continuado en parte esta circunstancia de incluirlas en algunas provincias o localidades como tales distocias.

Las cifras recogidas de algunas otras estadísticas de nuestro país se aproximan en parte, aunque haya otras que difieran bastante, debido probablemente a las razones antes expuestas respecto al criterio para definir las distocias.

Así, BOTELLA LLUSIÁ, SÁENZ DE TEJADA y otros (4), en la Casa de la Madre número 1 de Madrid, publican una estadística de 107 partos distócicos, sobre un total de 1.195 partos, lo que supone un 8,9 por ciento de distocias, cifra cercana a la del total de partos antes reseñados, pero muy inferior a la que presentan las residencias maternales.

CAMACHO (6), sobre 318 partos asistidos en clínica, encuentra 93,7 por 100 de normales y 6,3 por 100 de distócicos, cifra también inferior a la indicada.

SÁNCHEZ HARGUINDEY, MENDIZÁBAL y otros (23), en la Casa de la Madre número 2 de Madrid, han registrado 10.481 partos normales entre 13.221 (al menos, así se deduce de las cifras de su publicación), lo que daría un 79,3 por 100 de partos normales y un 20,7 por 100 de distócicos, coeficiente que se aproxima más a los de las residencias maternales.

En los servicios prestados por los centros maternales y pediátricos de urgencia de la Sanidad Nacional durante el año 1947, arrojan un total de 4.038 partos normales, lo que da un 82,5 por 100 de partos normales, y 862 distócicos, equivalentes a un 17,5 por 100. En el año 1948 se registraron 5.202 partos normales y 912 distócicos, significando, respectivamente, 85,1 y 14,9 por 100.

PARTOS MÚLTIPLES

Se han referido a 1.000 partos clasificados. Como es de suponer, la frecuencia relativa de partos múltiples en las residencias maternales es mayor que en los partos atendidos a domicilio, puesto que muchos partos múltiples se envían a las mismas desde el momento en que los reconocimientos previos han evidenciado la existencia de más de un feto.

Los tantos por mil observados en cada uno de los tres años han sido los siguientes:

LOCALIZACION	1947	1948	1949	TRIENIO
En Residencias	14,9	20,2	17,4	16,4
A domicilio	8,4	9,1	8,0	8,5
Todos los partos	8,9	9,9	8,4	8,9

Las tasas globales, alrededor de 9 por 1.000, son normales y concuerdan con las observadas generalmente.

BOTELLA LLUSIÁ y sus colaboradores (4) observan una proporción de 7,5 partos múltiples por cada 1.000 de todas clases, coeficiente menor que el de nuestras residencias, aunque cercano al del total.

CAMACHO (6) ha encontrado un 14,6 por 1.000 de partos gemelares, cifras que se asemejan a las de las residencias maternales.

Los partos múltiples consignados por SÁNCHEZ HARGUINDEY (23) ascienden al 33,58 por 1.000, proporción notoriamente más alta que las que se exponen en este trabajo.

En los centros maternales de urgencia de la Sanidad Nacional se registraron un 17,8 por 1.000 en 1947 y 16,8 por 1.000 en 1948, tasas bastante próximas a las de las residencias maternales.

MORTALIDAD MATERNAL

Las defunciones maternales catalogadas se han referido a 1.000 partos, y se detallan a continuación estas tasas:

LOCALIZACION	1947	1948	1949	TRIENIO
En Residencias	3,5	3,6	2,2	3,2
A domicilio	0,8	0,3	0,1	0,4
Todos los partos	0,9	0,5	0,2	0,6

Se observan unas tasas mayores en las residencias que a domicilio, lo que se explica porque en aquéllas se asisten los partos más difíciles, y especialmente porque a veces los partos llegan en malas condiciones por haberse presentado con apariencia más o menos normal, que ha inducido a tratar de resolverlos a domicilio y, después de algunas tentativas infructuosas, han sido trasladados a la Residencia Maternal, a veces desde bastante distancia.

No se aprecian diferencias importantes en tales instituciones de uno a otro año. En cambio, se observa un descenso desde 1947 a 1948 en la mortalidad de los partos a domicilio, posiblemente influida por el incremento de la asistencia de partos distócicos en régimen de internamiento.

Comparando estas cifras con otras estadísticas, se ve que BOTELLA y sus colaboradores (4) hallan un 0,8 por 1.000, cifra muy inferior a la de las residencias, aunque semejante a la de los partos a domicilio. Conviene, al hacer la comparación, tener en cuenta que los partos a que se refieren los datos de dicho autor son, en general, recibidos desde una vigilancia inmediata, dentro de Madrid.

CAMACHO (6) encuentra un 2,4 por 1.000, tasa algo inferior a las expuestas. BOGUÑÁ (3), el 3,4 por 1.000, semejante a la indicada.

La mortalidad maternal registrada por SÁNCHEZ HARGUINDEY (23) es de 3,8 por 1.000, o sea análoga a la observada en las residencias.

DEXEUS (10) ha encontrado, en la Maternidad Provincial de Barcelona y para el año 1948, una mortalidad de 1,6 por 1.000, inferior a la de nuestras residencias, pero superior al promedio de nuestra estadística.

En los centros maternales de urgencia del Estado, la mortalidad maternal en 1947 fué de 2,4 por 1.000 partos, ascendiendo ligeramente hasta 2,8 en el año 1948.

CLAVERO NÚÑEZ (7) cita para el total de España una media de 3,5 por 1.000, para 1934-35; 3,2 en 1936; 3,4 en 1937; 3,7 en 1938, y 3,6 en 1939, cifras todas ellas superiores a las del conjunto de nuestras estadísticas.

En lo que respecta a otros países, ROUST (20), sobre la estadística de cuarenta años, ha encontrado una mortalidad del 8 por 1.000 en el primer decenio, descendiendo a 3,3 por 1.000 en los últimos diez años.

CLAVERO NÚÑEZ (7) menciona las siguientes tasas de otros países: Inglaterra, 2,97 por 1.000 en 1938, 2,82 en 1939 y 2,61 en 1940; Alemania, 5,1 en 1931, 3,8 en 1936, 3,5 en 1937 y 3,1 en 1938; Suiza, 5,5 en 1920-22; Noruega, 2,5 en 1920-23.

El mismo autor consigna que en Estados Unidos, durante treinta y cinco años de asistencias en el John Hopkins Hospital, de Baltimore, han observado una mortalidad de 7,4 por 1.000 en las mujeres blancas, y 10,8 en las negras.

Datos más completos de los Estados Unidos han sido publicados por BROMBACHER (5): en 1943, la mortalidad maternal fué de 2,45 por 1.000 nacidos vivos, y en 1944 de 2,28. En este último año, la tasa para las mujeres blancas fué de 1,89, frente a 5,06 para las negras.

De todo lo expuesto se aprecia que la mortalidad maternal entre las mujeres asistidas por la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad ha sido baja en su conjunto, inferior a la media de España y aun de otros países, mientras la observada exclusivamente en las residencias ha sido algo más alta, por los motivos explicados, pero de todos modos dentro de unos límites muy aceptables.

Indudablemente, la difusión de las prácticas de vigilancia del embarazo en los dispensarios de Puericultura y Maternología de la antigua Obra Maternal e Infantil (hoy de la Caja Nacional) tiene una gran influencia en las buenas cifras observadas. Por otro lado, el

Seguro Obligatorio de Enfermedad impone también el reconocimiento previo de la embarazada, y esta medida viene a sumarse a la causa que se acaba de indicar.

Acerca de la influencia de la vigilancia prenatal sobre la mortalidad maternal, CLAVERO NÚÑEZ (7) cita los resultados obtenidos en diversos hospitales británicos al comparar la mortalidad maternal de las mujeres vigiladas y no vigilades en su embarazo, variando las tasas de las primeras desde 0,7 a 12 por 1.000, mientras las no vigiladas oscilaron desde 13,3 a 36 por 1.000.

Para el conjunto de Inglaterra (15), la mortalidad maternal ha descendido bruscamente desde 1942, gracias a ciertos beneficios en la alimentación que son concedidos mediante la vigilancia médica del embarazo.

Estas influencias son tan evidentes que no vacilamos en atribuir a la vigilancia prenatal la baja mortalidad que se ha expuesto en la estadística que presentamos.

MORTALIDAD FETAL

Se han clasificado, en nacidos vivos y muertos, 267.352 fetos, según se detalla en los cuadros que siguen:

Mortalidad fetal en cada año

AÑOS	Fetos vivos	Por ciento	Fetos muertos	Por ciento	TOTAL
1947	87.541	97,2	2.548	2,8	90.089
1948	75.355	97,2	2.179	2,8	77.534
1949	97.468	97,7	2.261	2,3	99.729
Trienio	260.364	97,3	6.988	2,7	267.352

Es notable la regularidad de los porcentajes, que son exactamente los mismos en 1947 y 1948, con muy poca diferencia en el año 1949. Detallando los porcentajes de fetos vivos y muertos en las residencias

maternales y en los partos asistidos a domicilio, también se observa la misma constancia para las respectivas cifras, como se ve en el cuadro siguiente:

Mortalidad fetal en Residencias y a domicilio

AÑOS	EN RESIDENCIAS		A DOMICILIO	
	Vivos — Por ciento	Muertos — Por ciento	Vivos — Por ciento	Muertos — Por ciento
1947	93,8	6,2	97,4	2,6
1948	93,2	6,8	97,5	2,5
1949	92,2	7,8	97,9	2,1
Trienio	93,2	6,8	97,6	2,4

Destaca la mayor mortalidad fetal que se observa en las residencias, circunstancia explicable del mismo modo que se ha indicado para la mortalidad maternal.

A continuación se exponen algunos datos comparativos: BOTELLA y sus colaboradores (4) obtienen una mortalidad del 2,65 por 100, cifra inferior a la consignada para las residencias y semejante a la general. CAMACHO (6) observa 3,6 por 100 de fetos muertos entre un total de 836 nacidos en clínica, cifra también inferior a la de las residencias. DEXEUS (10) señala una frecuencia para la mortalidad fetal que oscila del 3 al 5 por 100, lo que concuerda aproximadamente con las cifras expuestas. La mortalidad fetal observada por SÁNCHEZ HARGUINDEY y sus colaboradores (23) alcanza a 2,41 por 100, siendo ligeramente inferior a la general indicada por nosotros y más reducida que la de las residencias.

En los centros maternales y pediátricos de urgencia del Estado se registra durante el año 1947 la cifra de 4.859 nacidos vivos, lo que da un 95,7 por 100, y un total de fetos nacidos muertos de 219, lo que da un 4,3 por 100. El año 1948 arroja las siguientes cifras: nacidos vivos, 6.078, o sea un 96,2 por 100; nacidos muertos, 246, que equivale a un 3,8 por 100.

Para toda España, convirtiendo las cifras publicadas en el Anuario Estadístico (9) en tanto por ciento sobre los nacidos en total, se

ve que la mortalidad ha venido variando desde 2,65 por 100 en 1921 hasta 3,16 en 1941.

Datos de otros países son, por ejemplo, los expuestos por JASCHKE (14), que cita para Alemania 20,7 por 100 en el año 1900, 14,7 en 1912 y 9,12 en 1927.

Otros datos alemanes, mencionados por CLAVERO NÚÑEZ (7), dan 2,55 por 100 en 1935, 2,41 en 1937 y 2,32 en 1938. Para Italia, el mismo autor cita 3,2 por 100 en 1936, y para Escocia, 3,8 por 100 en 1937.

DEBRÉ, JOANNON y CRÉMIEU-ALCAN (8), en su notable estudio sobre la mortinatalidad, exponen las tasas francesas desde 1924 a 1930, que oscilan entre 3,6 (en 1926) y 3,9 por 100 nacidos vivos (en 1927 y 1928), siendo las demás intermedias. Su encuesta en diferentes países, en distritos urbanos y rurales, dió los siguientes resultados:

PAIS	DISTRITOS URBANOS		DISTRITOS RURALES	
Austria	Viena	6,44	Gmunden	3,29
	Viena 10.º dist.º	3,17		
Alemania	Cassel	4,35	Lippe	3,05
	Augsburg	2,69	Mecklenburg-Strelitz	3,93
			Scherding-Engelharteszell	2,64
Francia	Plaisance	1,59	Pays de Caux	4,3
			Pays de Bray	3,5
			Lochois	2,5
			Chinonais	3,1
Holanda	Leyde	2,92	Emmen	4,03
	Dordrecht	2,90	Hoensbroek	1,65
	Breda	2,30		
	Maëstricht	2,76		
Inglaterra	Croydon	3,31	Oxfordshire	3,13
	Sunderland	3,98	Staffordshire	3,74
Noruega	Oslo	3,66	Hedmark	2,85
	Oslo-Este	2,53		

Se ve que intervienen factores muy diversos, ya que dentro de un mismo país se observan tasas diferentes, sin que pueda atribuirse mayor o menor tasa a las zonas rurales o a las urbanas.

Sin embargo, como ya señala CLAVERO NÚÑEZ, estas cifras sobre mortinatalidad hay que compararlas con mucha atención. En primer lugar, porque las estadísticas obstétricas suelen referirse, como hemos hecho nosotros, a la proporción de fetos muertos sobre el número total de nacidos, mientras que en las estadísticas demográficas suele expresarse la mortinatalidad por 1.000 nacidos vivos, o bien por 1.000 habitantes.

Por otro lado, la discriminación entre los conceptos de «aborto» y «nacido muerto» puede dar lugar a divergencias, pero mucho más todavía el concepto de «nacido vivo» y «nacido muerto». En efecto, en España se considera nacido muerto al que no llega a vivir veinticuatro horas, mientras en Francia, por ejemplo, se considera como tal al que fallece antes de ser inscrito en el Registro Civil, habiendo tres días de plazo para formalizar dicho trámite, por lo cual puede ser «nacido muerto» el fallecido aun después de cuarenta y ocho horas de vida. Por ello sería conveniente que se unificara la nomenclatura, como propone el mismo CLAVERO NÚÑEZ, y se distinguieran los «muertos antes de nacer», los «muertos al nacer» y los «muertos después del nacimiento», expresándolos en la mortalidad prenatal, mortalidad intrapartum y mortalidad neonatal, como se viene ya haciendo en las estadísticas inglesas y alemanas.

PRESENTACIONES OBSTÉTRICAS

Se han recogido datos respecto al tipo de presentaciones de los fetos observadas en 125.842 partos, con el siguiente resultado:

PRESENTACIONES	Número	Por ciento
Occípito-púbica	105.486	83,8
Occípito-sacra	10.905	8,7
Sincipital	2.560	2,0
Frente	2.023	1,6
Cara	1.350	1,1
Podálica	2.428	1,9
Transversa	1.090	0,9
Totales	125.842	100,0

Los porcentajes relativos de cada uno de los tipos de presentaciones fetales en los tres años estudiados se detallan en el cuadro que figura a continuación:

PRESENTACIONES	1947	1948	1949
Occípito-púbica	82,8	82,9	84,7
Occípito-sacra	8,3	9,7	7,9
Sincipital	1,8	1,7	2,4
Frente	1,5	1,8	1,5
Cara	1,1	0,8	1,2
Podálica	3,1	2,2	1,6
Transversa	1,4	0,9	0,7
Totales	100,0	100,0	100,0

En general, se aprecia una marcada coincidencia entre las cifras porcentuales de los tres años, especialmente en aquellos conceptos cuyos números absolutos representan mayor volumen y, por lo tanto, eliminan los errores derivados de las cantidades pequeñas. No obstante, incluso en algunas rúbricas de menor cuantía, se sigue observando la misma coincidencia.

Comparando los resultados obtenidos con los de otros autores, se puede ver que DÖDERLEIN (11) señala una frecuencia del 96 por 100 para las presentaciones cefálicas, de las cuales son 95 por 100 en flexión y el 1 por 100 en deflexión. Las cifras obtenidas por nosotros concuerdan respecto al total de presentaciones cefálicas, aunque haya una mayor proporción en las de deflexión. Respecto a las presentaciones podálicas, señala del 3 al 4 por 100, cifra que no difiere mucho de las antes expuestas. Para las presentaciones transversales encuentra 0,5 por 100, cifra ligeramente inferior a las antes mencionadas.

Uno de nosotros (21) ha encontrado en otra estadística personal un 93,9 por 100 de presentaciones cefálicas; 4,3 por 100 para las presentaciones podálicas y 1,8 por 100 para las transversales, sobre un total de 3.500 partos. En otra estadística de la misma procedencia, referida a 10.366 partos, el mismo autor (22) ha encontrado 94,7

por 100 de presentaciones cefálicas, 3,7 por 100 de podálicas y 1,6 por 100 de transversales. Todas estas cifras se puede ver que son bastante aproximadas a las expuestas en la estadística que se presenta.

SÁNCHEZ HARGUINDEY, MENDIZÁBAL y otros (23) observan un 88,92 por 100 de presentaciones de vértice, 1,14 por 100 de occípito-sacras, 0.08 de sincipitales, 0.15 por 100 de frente, 0,43 por 100 de cara (lo que da un 90,72 por 100 de presentaciones cefálicas), encontrando el 2,94 por 100 de presentaciones podálicas.

DEXEUS (10) indica una frecuencia del 2 al 4 por 100 para las presentaciones podálicas, cifra concordante con las expuestas. En cambio, MOROCI (19) admite el 6,1 por 100, lo que supone un porcentaje bastante mayor.

Hemos intentado ver si la época del año representaba alguna influencia definida sobre las presentaciones, a cuyo efecto se han clasificado por meses los datos, con el resultado que sigue:

MESES	Occípito-púbica	Occípito-sacra	Sincipital	Frente	Cara	Podálica	Transversa
Enero	83,6	8,6	3,5	0,2	0,6	2,1	1,4
Febrero	83,7	8,3	2,7	0,5	0,9	2,3	1,6
Marzo	78,2	11,7	3,0	1,8	1,6	2,4	1,3
Abril	82,5	9,6	2,2	1,5	0,8	2,3	1,1
Mayo	79,4	13,8	1,3	3,3	0,6	1,2	0,4
Junio	82,2	11,0	2,0	1,7	1,0	1,4	0,7
Julio	83,3	7,9	2,4	1,5	1,3	2,5	1,1
Agosto	84,3	7,7	1,2	3,8	0,9	1,8	0,3
Septiembre	88.0	6,2	0,9	1,2	0,8	2,0	0,9
Octubre	81,5	13,3	0,9	0,9	0,3	2,3	0,8
Noviembre	81,3	8,4	1,2	2,9	0,9	4,0	1,3
Diciembre	88,6	7,0	0,2	0,4	0,6	2,3	0,9

Aunque se observan algunas diferencias entre unos meses y otros, al parecer de cierta consideración en algunos casos, se han calculado los errores probables, resultando ser estas variaciones debidas al azar, dentro de límites normales, ya que solamente exceden del margen de error probable las cifras de presentaciones de cara en marzo y de

podálicas en noviembre, lo cual no autoriza a considerar estas diferencias, principalmente tratándose de dos rúbricas cuyos valores absolutos son relativamente bajos. Es decir, que resulta, sobre la estadística del año expuesto, no haber influencia estacional sobre las presentaciones fetales.

ASISTENCIA FACULTATIVA

Durante el año 1947, la organización de la asistencia encomendaba reglamentariamente los partos normales a las matronas, interviniendo el médico solamente cuando se precisaba hacer alguna intervención, aunque ésta se limitara a unos puntos de sutura. Esta organización se refería, como es natural, a los partos asistidos a domicilio, puesto que los enviados a las residencias maternales estaban bajo la vigilancia directa del tocólogo, aun en el caso de que no tuviera que intervenir. A veces se planteaba el caso de una embarazada residente en alguna pequeña localidad donde no existía matrona, recibiendo entonces la embarazada el importe de los honorarios que corresponderían a la matrona y buscándose ella misma la asistencia, unas veces a cargo del médico, otras veces por algún practicante, sin que pueda excluirse que algunas se confiasen a una asistencia profana.

En el año 1948 cambió la organización, quedando todos los partos bajo la vigilancia de los médicos y la asistencia de las matronas, aunque con la responsabilidad de aquéllos en el caso de partos normales, si bien en las localidades donde no haya matrona, unas veces, los mismos médicos han asistido los partos normales, y otras veces se han valido de otro auxiliar sanitario. No obstante, algunos partos han escapado a esta organización, especialmente en las zonas de población diseminada, donde un solo médico tiene que atender a diversas entidades de población, muchas veces bastante alejadas entre sí.

A continuación se presentan los datos relativos a la clase de asistencia facultativa, refiriéndose solamente a los partos atendidos a domicilio, como ya es de suponer por lo indicado anteriormente.

AÑOS	POR MÉDICOS		POR MATRONAS		OTRAS		TOTALES	
	Partos	Por ciento	Partos	Por ciento	Partos	Por ciento	Partos	Por ciento
1947	24.933	30,9	51.344	63,5	4.513	5,6	80.790	100,0
1948	26.090	36,5	43.029	60,1	2.413	3,4	71 532	100,0
1949	36.106	38.3	55.231	58,6	2.962	3,1	94.299	100,0
Trienio	87.129	35,3	149.604	60,7	888	4,0	246.621	100,0

Se puede ver que la variación del procedimiento se ha traducido en un aumento de los partos asistidos por los médicos y en una sensible disminución de las asistencias diferentes a médicos y matronas, que han bajado desde 5,6 a 3,1 por 100.

Los porcentajes indicados son muy semejantes a los de Inglaterra (15), donde los médicos asisten al 32 por 100 de los partos a domicilio, las matronas al 62 por 100 y queda un 6 por 100 de asistencias profanas.

En cambio, se hallan aún distantes de las cifras de los Estados Unidos (5), donde el 93,3 por 100 de los partos son atendidos por médicos para el total del país, elevándose al 97,9 por 100 para la raza blanca, mientras alcanza solamente al 60 por 100 entre la población de color. Para las áreas rurales, la asistencia de médicos llega al 87,3 por 100 de todos los partos. Como, de todos modos, la asistencia de los partos se hace predominantemente en hospitales, se han tomado los datos que la Oficina del Censo (24) da para los partos ocurridos en el domicilio de la parturiente, resultando que el 88 por 100 de ellos son asistidos por médicos, cifra que sigue siendo muy superior a las presentadas.

MOTIVO DE INGRESO EN LAS RESIDENCIAS MATERNALES

Con arreglo a la organización de las residencias maternales, los ingresos en las mismas pueden ser motivados por los siguientes conceptos:

1.° Esposas de funcionarios del Instituto Nacional de Previsión,

las cuales tienen concedido este derecho en cualquier caso en que lo soliciten.

2.° Distocias sociales, o sea cuando el domicilio de la gestante no reúne un mínimo de condiciones higiénicas para que el parto pueda ser atendido allí mismo, o bien cuando se presume justificadamente que no va a contar con personas allegadas que la cuiden durante el parto y los primeros días del puerperio.

3.° Embarazadas con enfermedades concomitantes que tengan influencia sobre el parto o puerperio (cardiopatías, tuberculosis, nefropatías, etc.).

4.° Distocias verdaderas, es decir, cuando el médico prevé una seria dificultad derivada de anomalías anatómicas de la madre o del feto, o bien observe alteraciones patológicas del embarazo propiamente dicho. Igualmente cuando un parto se ha iniciado con apariencias de normalidad y en su transcurso han surgido dificultades obstétricas.

5.° Embarazos múltiples, que hagan presumir dificultades en el parto.

A este efecto, de los partos asistidos en las residencias maternales, se han clasificado 4.165 del año 1947, 4.524 de 1948 y 3.325 de 1949, o sean, en total, 12.014 partos, que se detallan de este modo:

MOTIVOS DEL INGRESO	Número	Por ciento
Esposas de funcionarios del I. N. P.	419	3,5
Distocias sociales	7.368	61,3
Enfermedades concomitantes	539	4,5
Distocias verdaderas	3.426	28,5
Partos múltiples	262	2,2
Totales	12.014	100,0

Vale la pena destacar la importante función social que realizan estas residencias maternales, en las cuales alrededor de un 60 por 100 de los ingresos no obedecen a dificultades técnicas del parto, sino a las condiciones de ambiente de las embarazadas, proporcionándolas una asistencia que de otra manera no podría ser correcta a domicilio.

pese a todos los esfuerzos que hiciesen los facultativos que las atendieran en tales condiciones.

Para un mayor detalle de las causas de ingreso, a continuación se especifican las admisiones por enfermedades concomitantes y por distocias verdaderas:

MOTIVOS DEL INGRESO	Por ciento
Enfermedades concomitantes:	
Cardiopatías	2,6
Nefropatías	1,1
Tuberculosis	0,5
Tumores	0,3
Totales	4,5

MOTIVOS DEL INGRESO	Por ciento
Distocias verdaderas:	
Presentaciones anormales	7,7
Desproporciones fetales	3,0
Traumatismos	0,4
Anomalías uterinas	3,5
Hidramnios	0,6
Placenta previa	3,3
Anomalías pelvianas	7,0
Procidencia del cordón	0,7
Embarazo tubárico	0,1
Rotura uterina	0,4
Eclampsia	2,1
Total del grupo	28,5

Como referencias de otros autores, encontramos que DEXEUS (10) registra, para las cardiopatías, el 1,9 por 100 en la Maternidad Provincial de Barcelona, y el 3,6 por 100 en el Servicio Municipal de la misma ciudad, cifras que no difieren mucho de los porcentajes antes señalados con referencia al total de ingresos. BOTELLA LLUSIÁ (4)

indica un 4,8 por 100, que es cifra algo mayor, mientras FITZ-GIBBON (12) señala 0,16 por 100, que resulta notablemente menor.

Respecto a las eclampsias, las cifras que da DEXEUS (10) van del 1 al 5 por 1.000.

SÁNCHEZ HARGUINDEY y sus colaboradores (23) indican haber observado el 0,19 por 100 de roturas uterinas; 1,18 por 100 de cardiopatías; 0,23 por 100 de tuberculosis; 0,24 por 100 de eclampsias; 3,7 por 100 de estenosis pélvica; 0,43 por 100 de placentas previas. Todas estas cifras resultan inferiores a las registradas en las residencias maternales, si bien las diferentes características de las instituciones pueden explicar la divergencia.

INTERVENCIONES REALIZADAS

Se han clasificado las intervenciones de que se han podido recoger datos en los tres años estudiados, distribuyéndolas según su realización en las residencias maternales o a domicilio. Conviene advertir que, al indicar «a domicilio», se incluyen los partos que han sido resueltos por los médicos fuera de las residencias del Seguro, sean propias o concertadas, lo cual no excluye que, por razones de urgencia o de comodidad, hayan sido atendidos en alguna clínica ajena al Seguro. No de otro modo se pueden explicar las importantes intervenciones (por ejemplo, cesáreas) que también figuran como efectuadas «a domicilio». A continuación se detallan todas las intervenciones catalogadas.

INTERVENCIONES	EN RESIDENCIAS		A DOMICILIO		TOTALES	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento	Número	Por ciento
Fórceps	2.143	45,9	11.970	61,5	14.113	58,4
Cesáreas	600	12,8	799	4,1	1.399	5,8
Pelvitomías	66	1,4	—	—	66	0,3
Fetotomías	133	2,9	341	1,8	474	2,0
Versiones	638	13,7	2.431	12,5	3.069	12,7
Extracciones podálicas	206	4,4	1.097	5,6	1.303	5,4
Alumbramientos artificiales	231	5,0	2.285	11,7	2.516	10,4
Otras	649	13,9	554	2,8	1.203	5,0
Totales	4.666	100,0	19.477	100,0	24.143	100,0

Como se puede notar, se ha omitido incluir en esta clasificación la perineorrafia, por los motivos que ya se han indicado antes.

Puesto que se trata de porcentajes sobre el total de intervenciones, es lógico que haya un coeficiente mayor de fórceps «a domicilio», por ser menos frecuentes las grandes intervenciones en esa forma de asistencia. En cambio, hay una mayor proporción de cesáreas en las residencias, y aun no habría prácticamente ninguna a domicilio si no fuera por los motivos antes expresados. Las pelvitomías se han registrado solamente en residencias, hecho comprensible. En cambio, hay unas cifras similares para las versiones, fetotomías y extracciones podálicas. Los alumbramientos artificiales duplican su frecuencia a domicilio respecto a las residencias, probablemente porque en el régimen de internamiento es más fácil la espera, que resuelve muchas veces el problema sin necesidad de intervenir por apremios de tiempo. También hay un mayor porcentaje de otras varias intervenciones en las residencias, no detallándose por ser variadas y representar aisladamente cifras pequeñas.

Como comparación a otros trabajos recientes, CAMACHO (6) señala el 61 por 100 de fórceps; 16,7 por 100 de cesáreas; 1,9 por 100 de pelvitomías, 3,7 por 100 de alumbramientos artificiales y 16,6 por 100 de versiones, porcentajes parecidos a los expuestos.

SÁNCHEZ HARGUINDEY (23) registra un 59,53 por 100 de fórceps; 22,61 por 100 de cesáreas; 6,15 por 100 de versiones; 6,46 por 100 de fetotomías y 3,84 por 100 de extracciones podálicas, difiriendo principalmente en la mayor proporción de cesáreas y menor de versiones.

BOTELLA LLUSIÁ y sus colaboradores (4) mencionan el 31,8 por ciento de fórceps; 19,6 por 100 de cesáreas; 7,5 por 100 de versiones; 4,7 por 100 de extracciones podálicas y 14 por 100 de alumbramientos artificiales, siendo las mayores diferencias en los fórceps y versiones, cuyos porcentajes son menores, y las cesáreas y alumbramientos artificiales, con frecuencia mayor que la indicada.

BOGUÑÁ (3) consigna un 49,7 por 100 de fórceps, proporción semejante a la indicada, difiriendo en los porcentajes de cesáreas (24,1), pelvitomías (4,4), fetotomías (0,6), alumbramientos artificiales (1,4) y versiones (18,9).

MOVIMIENTO DE LAS RESIDENCIAS MATERNALES

Las estadísticas mensuales se han recibido de un promedio de setenta residencias maternales, entre propias y concertadas.

No se puede indicar el número de camas que suman estas residencias, por cuanto muchas de ellas son de propiedad ajena a la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, la cual tiene contratos hechos con sus propietarios para internar a las parturientes, sin que haya en la mayoría de los casos un número determinado de camas contratadas a este fin, sino que se ocupan en cada momento las que sean necesarias. Incluso en los establecimientos propios, hasta ahora todos de carácter provisional, tampoco puede indicarse exactamente el total de camas destinadas a maternidad, ya que muchas veces se trata de residencias sanitarias en las cuales se asiste a la cirugía y a la obstetricia, destinando circunstancialmente más o menos camas a cada especialidad, según las necesidades del momento.

En total, los 15.965 partos catalogados en las residencias han ocasionado 139.986 días de estancia, lo que supone un promedio de 8,76 días de internamiento por parto asistido.

Comparando estas cifras con algunas estadísticas recientes, se ve que BOTELLA LLUSIÁ y sus colaboradores (4) señalan un promedio de 7,3 estancias para los partos ingresados inmediatamente antes de su comienzo o después de este momento. CAMACHO (6) obtiene un promedio de 7,7 estancias por parto. En los centros maternales y pediátricos de urgencia de la Sanidad Nacional, el promedio de estancias por parto ha sido de 9,1, tanto en el año 1947 como en 1948.

Seguidamente se detallan los promedios de estancias observados en diversas instituciones de España y conocidos a través de una encuesta que realizó el Seguro de Enfermedad entre la mayor parte de los centros hospitalarios de la nación, siendo los datos referidos al año 1943.

POBLACION	INSTITUCION	PROMEDIO
Badajoz	Maternidad Provincial	24,9
San Sebastián	Casa de Maternidad	24,7
Madrid	Maternidad de Santa Cristina	14,5
Barcelona	Casa de Maternidad	13,2
Bilbao	Casa de Maternidad	12,3
Segovia	Maternidad Provincial	10,0

Todos estos promedios de estancias son superiores a los señalados, e indican, entre otras cosas, que en los últimos cinco años ha habido un evidente mejoramiento general de la asistencia obstétrica.

Comparando las cifras obtenidas en nuestra estadística con las que reflejan la asistencia obstétrica en otros países, se ve que en Holanda (25) la duración media de internamiento fué de 14,6 días en 1943, mientras que en Inglaterra, en 1946 (15), era de 15,4 días, cifras más altas que las observadas en nuestra estadística. Más se aproximan a éstas las de Suecia, con 7,7 días, contados desde el parto.

Respecto a los Estados Unidos, hemos tomado los datos publicados por la American Hospital Association y la American Medical Association (1 y 2) sobre la actividad de los hospitales en los años 1947 y 1948, seleccionando los hospitales dedicados exclusivamente a maternidad, puesto que en los hospitales generales, aunque tengan servicio obstétrico (y esta clase de hospitales asiste ciertamente un gran volumen de partos), se publican todos los datos de estancias e ingresos englobados, no siendo posible separar los correspondientes a obstetricia. En total, se han tomado 28 hospitales para 1947 y 26 para el año 1948, correspondientes a quince Estados diferentes, distribuídos por todo el país, deduciéndose los promedios de estancias por los datos de censo medio de ocupación de camas y por el total de admisiones en el año. Todos estos promedios se presentan a continuación.

Promedio de estancias por parto en varias instituciones americanas

ESTADO Y POBLACION	HOSPITAL	ESTANCIA MEDIA 1947	ESTANCIA MEDIA 1948
Alabama:			
Birmingham	Slossfield Maternity Hospital	5,7	
California:			
Inglewood	Stork Nest Hospital	6,7	
Los Angeles	Booth Memorial Hospital	14,0	15,2
Los Angeles	St. Anne's Maternity Hospital	11,3	12,7
Oakland	Booth Memorial Hospital		11,1
Pasadena	Woman's Hospital	8,8	7,8
Illinois:			
Chicago	Misericordia Hospital	11,4	14,1
Kentucky:			
Oneida	Oneida Maternity Hospital	7,6	5,5
Michigan:			
Detroit	William Booth Memorial Hospital	6,3	14,2
Trenton	Trenton Hospital	14,5	
Minnesota:			
Minneapolis	Maternity Hospital	6,4	8,9
Missouri:			
St. Louis	St. Louis Maternity Hospital	9,1	8 2
New Jersey:			
Jersey City	Margaret Hague Maternity Hospital	8,7	8,2
New York:			
Albany	Anthony N. Brady Maternity Home	7,8	7,3
Brooklyn	Williamsburgh Maternity Hospital	7,4	6,9
New York	Leff-Central Maternity Home	7,7	7,7
Schenectady	Bellevue Maternity Home	11,2	9,5
Syracuse	St. Mary Maternity Hospital	9,4	9,2
Troy	St. Joseph Maternity Hospital	9,9	9,4
Ohio:			
Cleveland	Booth Memorial Hospital	7,6	6,9
Cleveland	St. Ann's Maternity Hospital	5,5	6,1
Columbus	St. Ann's Maternity Hospital	5,7	5,0
Oklahoma:			
Oklahoma City	Deaconess Hospital	8,0	10,7

ESTADO Y POBLACION	HOSPITAL	ESTANCIA MEDIA 1947	ESTANCIA MEDIA 1948
Pennsylvania:			
Chambersburgh	Chambersburgh Maternity Home	7,1	7,2
Hazleton	St. Joseph Hospital	9,5	9,7
Philadelphia	Preston Maternity Hospital	9,8	9,5
Rhode Island:			
Providence	Providence Lying-In Hospital	6,8	6,8
Texas:			
El Paso	Newark Conference Maternity Hospital	7,0	5,5
Utah:			
Murray	Cottonwood Stake Maternity Hospital	6,9	
	Promedios generales de estancias	7,9	7,9

Con estos datos a la vista, se puede observar que la duración media resultante de la asistencia obstétrica en las residencias maternales, así como los datos comparativos recientes de otros orígenes españoles, pueden ser dignamente contrastados respecto a las cifras norteamericanas que se han detallado, lo cual significa una posición incluso ventajosa para las instituciones españolas, puesto que asisten principalmente partos distócicos, siendo por el contrario mucho mayor la proporción de partos normales en las instituciones americanas, por estar mucho más extendido el hábito de internamiento de los partos en clínica. Al comienzo de este trabajo, en el capítulo correspondiente a «Clasificación de los partos», se han expuesto cifras de uno y otro país sobre las frecuencias del internamiento, pudiéndose apreciar la gran diferencia existente. Con la noción de esa diferencia se puede valorar mucho mejor la importancia que tiene poder alcanzar unos promedios de estancias muy aproximados para ambos países.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Por la índole de este escrito, no se trata fundamentalmente de obtener conclusiones de tesis, sino más bien de hacer una exposición

de una obra realizada, presentando con algún detalle varios aspectos de la misma, a fin de que puedan servir para dar idea de la importancia de los trabajos y para que puedan constituir base de comparación con los propios datos en lo sucesivo y con los que observen otros profesionales que se ocupan de estas materias.

No obstante, dentro de estas limitaciones, se pueden extraer algunas consecuencias, cuyo fundamento principal es el volumen absoluto de la estadística, que alcanza a 273.476 partos, cifra no frecuente de manejar.

1.ª Se ha observado que el 5,8 por 100 de los partos han sido asistidos en régimen de internamiento.

2.ª Para el conjunto de los partos, han sido catalogados como «distócicos» el 9,8 por 100, si bien esta cifra debe ser considerada como excesiva por razones que se indican.

3.ª La frecuencia de partos múltiples, para el conjunto de los partos asistidos, concuerda con la observada por otros autores, existiendo diferencias en la asistencia en internamiento, explicables por circunstancias de organización de la misma.

4.ª La mortalidad maternal observada es superior en las residencias maternales sobre la registrada en los partos asistidos a domicilio, obedeciendo esta diferencia a la mayor proporción de partos distócicos asistidos y, a veces, a las circunstancias en que éstos se reciben. Las cifras generales observadas son semejantes o algo superiores a las registradas por otros autores, pero son inferiores a la tasa media de España, seguramente por efecto de la vigilancia prenatal.

5.ª La mortalidad fetal registrada para todos los partos asistidos es, aproximadamente, concordante con la señalada por otros autores, observándose cifras más altas en las residencias maternales que en los partos asistidos a domicilio, por el motivo indicado para la mortalidad maternal.

6.ª La frecuencia de cada tipo de presentación obstétrica se mantiene con bastante constancia en los tres años, y en líneas generales concuerda bastante con las cifras de otros autores, destacando la estadística que se presenta por su extenso volumen. No se observa influencia de la época del año sobre la frecuencia de cada clase de presentaciones fetales.

7.ª El cambio de organización en la asistencia se ha traducido en un incremento de la actuación directa de los médicos en la asistencia obstétrica.

8.ª Se puede destacar la importante función social que realizan las residencias maternales asistiendo partos normales en mujeres cuyos domicilios no reúnen condiciones higiénicas.

9.ª La duración media del internamiento en las residencias es algo mayor de ocho días. Esta duración media es semejante a la observada en la actualidad por algunas otras instituciones oficiales y más corta que las registradas en diversos centros oficiales de España hace cinco años. La comparación con las cifras de Estados Unidos para 1947 y 1948 resulta incluso ventajosa para los datos españoles.

RECONOCIMIENTO

En la imposibilidad material de citar nominalmente a todos los tocólogos y médicos generales que han realizado la asistencia que se resume en este trabajo, tanto en las residencias maternales propias y concertadas como en los domicilios de las beneficiarias, a todos colectivamente atribuímos el mérito de la labor desarrollada.

REFERENCIAS

(1) American Hospital Association: «Statistical Reports, Charts and Tables». *Hospitals*, vol. XXIII, junio 1949 (parte II).

(2) American Medical Association: «Hospital Service in the United States». *J. Amer. Med. Assoc.*, 14 agosto 1948.

(3) Boguñá (I.): «Memoria estadística de los mil primeros servicios de tocoginecología de la Clínica de Maternidad de la O. M. I. en Barcelona». Inédito, 1945.

(4) Botella Llusiá (J.), Villarreal (J.), Peláez (C.), Gonzalez Allas (A.) y Sáenz de Tejada (V.): «Estadística de un año de labor en la Casa de la Madre número 1 de Auxilio Social, de Madrid». Delegación Nacional de Auxilio Social, Madrid, 1944.

(5) Brombacher (Nancy J.): *Public Health Reports*, vol. LXII, núm. 44, página 1.555, 31 octubre 1947.

(6) CAMACHO (M.): «Memoria del Centro Maternal de Urgencia de Cieza». Publicaciones *Al Servicio de España y del Niño Español*, Dirección General de Sanidad, Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar, Madrid, junio-julio 1949.

(7) CLAVERO NÚÑEZ (A.): *Maternología profiláctica*, Editora Nacional, Madrid, 1943.

(8) DEBRÉ (R.), JOANNON (P.) y CRÉMIEU-ALCAN (M. Th.): *La mortalité infantile et la mortinatalité*, Masson & Cie., París, 1933.

(9) DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA: *Anuario Estadístico de España*, Madrid, año 1942.

(10) DEXEUS FONT (S.): *Tratado de Obstetricia*, Editorial Salvat, Barcelona, 1949

(11) DÖDERLEIN (A.): *Tratado de Obstetricia*, Editorial Labor, Barcelona, 1948.

(12) FITZ-GIBBON, citado por DEXEUS.

(13) GILLE (H.): *Population Studies*, 1948.

(14) JASCHKE (R. Th.): *Tratado de Obstetricia*, Ediciones Morata, Madrid, 1943.

(15) JOINT COMMITTEE OF ROYAL COLLEGE OBST. AND GYNEC. AND POPULATION INVESTIGATION COMMITTEE: *Maternity in Great Britain*, Oxford University Press, 1948.

(16) MAC NEIL (C.): *Brit. Med. J.*, núm. 1, pág. 249, 1942.

(17) MINISTRY OF HEALTH: *Report of Chief Medical Officer, 1939-1945*, H. M. Stationery Off. 1946

(18) MARTIUS: *Dis Geburthilfliche Operationen*, Leipzig, 1942.

(19) MOROCI, citado por DEXEUS.

(20) ROUST, citado por DEXEUS.

(21) SÁENZ DE TEJADA (V.): «Labor realizada en el Centro de Maternología número 3 de Auxilio Social», Delegación Nacional de Auxilio Social, Madrid, año 1944.

(22) — — En prensa.

(23) SÁNCHEZ HARGUINDEY (J.), MENDIZÁBAL (M. M.ª) y otros: «Labor desarrollada en la Casa de la Madre núm. 2 de Auxilio Social», Delegación Nacional de Auxilio Social, Madrid, 1949.

(24) UNITED STATES BUREAU OF CENSUS: *Vital Statistics Special Reports*, vol. 25, número 3, 1946.

(25) VAN DER DOES (L. P.): *Problemen der Sociale Zekerheid*, AE. E. Kluwer, Deventer, 1947.