

## Plan Piloto de Control Prenatal

(ORGANIZACION DE UN PLAN PILOTO DE CONTROL  
PRENATAL EN EL CANTON DE SANTO DOMINGO  
DE HEREDIA EN RELACION CON EL HOSPITAL  
"SAN VICENTE DE PAUL" DE LA PROVINCIA  
DE HEREDIA)

Ramerto Briceño Carrillo\*

### INTRODUCCION:

Ha sido motivo de honda preocupación a través de todos los tiempos de parte de médicos e higienistas, la salud de la madre y del niño; sin embargo no es sino en los últimos lustros, cuando se pone de manifiesto un mayor interés convencido talvez, por las cifras de mortalidad infantil que sobrecargan las estadísticas de mortalidad general en todos los países, y que los mismos pueden ser perfectamente influidos por las medidas sanitarias y resortes técnicos que hoy tenemos a nuestro alcance. No cabe duda que la protección de la madre y del niño merecen cierta prioridad dentro de los programas sanitarios del país. Entre otras razones, porque comprende un alto porcentaje de la población que es fundamentalmente dependiente; alta mortalidad infantil dentro de las tasas de mortalidad general; trascendencia de la mortalidad materna en el orden familiar; mejor rendimiento de las labores preventivas, etc. Cualquier esfuerzo aplicado a la protección materno-infantil requiere de la coordinación y de la ayuda de otras actividades de Salud Pública. Puede citarse al respecto, el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental, educación sanitaria y mejoramiento de las condiciones socio-económicas de la población, etc. Las madres y los niños constituyen un sector diferente de la población, pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes al embarazo y el parto y los niños a las dificultades del crecimiento y del desarrollo. Las actividades de un programa Materno Infantil están encaminadas, por consiguiente, a atender estas necesidades especiales.

\* Trabajo para su ingreso como Socio de la Asociación Costarricense de Médicos Especialistas en Salud Pública.

---

## FINALIDADES:

Los cuidados prenatales han sido un tema que ha interesado a las comunidades de todas las épocas y en una u otra forma es posible encontrarlas en la historia de los pueblos primitivos. La finalidad básica y primordial del programa Materno Infantil es la de yugular al máximo todos aquellos factores que, indirecta o directamente atentan contra la vida de las madres y los niños quienes representan entre todos los grupos de la sociedad, los más frágiles, los más susceptibles a las agresiones múltiples de la vida. Antes de la obstetricia moderna el médico veía una vez a la paciente gestante, para tratar de determinar la fecha posible del nacimiento, y cuando la volvía a ver probablemente apenas si la reconocía en medio del edema de una toxemia o las convulsiones de una eclampsia o del esfuerzo para sobrepasar una pelvis estrecha. Para evitar tales sucesos es que la Obstetricia Prenatal ha llegado a convertirse en una de las primeras ramas de la Medicina Preventiva. Resumiendo podemos decir, que la higiene prenatal tiene como finalidad proteger la salud de la gestante contra los peligros y dificultades del período de la gravidez y asegurar al recién nacido mejor oportunidad para el desenvolvimiento normal. Como finalidad específica, podemos distinguir: disminución de los coeficientes de mortalidad y morbilidad materna; disminución de la natimortalidad y mortalidad prenatal; disminución de la prematuridad; educación de las gestantes y de su familia para cuidar debidamente al recién nacido; asistencia médica y obstétrica de la gestante; asistencia al recién nacido o prematuro; prevención de las enfermedades intercurrentes durante la gravidez; control y supervisión de las empíricas.

SITUACION ACTUAL DE NUESTRO PAIS, DE LA  
PROVINCIA DE HEREDIA Y DEL CANTON  
DE SANTO DOMINGO DE HEREDIA

La República de Costa Rica en el año de 1968 contaba con una población de 1.648.815 habitantes de los cuales 308.000 correspondían a mujeres de 15-44 años y de ellas el 21% se encontraban embarazadas. Un total de nacimientos en el país de 66.000 niños. De acuerdo a un informe del Ministerio de Salubridad Pública en ese año, con respecto a la atención del parto éste solamente se realizaba en Instituciones hospitalarias en el 66%, y el resto (34%) correspondían al parto a domicilio el cual era atendido por empíricas el 70%. La mortalidad materna en el año de 1960 fue de 1.24 por mil nacidos vivos, y en el año de 1966 de 1.1 por mil nacidos vivos. De un informe del Ministerio de Salubridad Pública en el año de 1961 se anota lo siguiente:

Mortalidad Infantil .....	64.2
Mortalidad Neonatal .....	21.8 por mil nacidos vivos
Mortinatalidad .....	16.8

## ASISTENCIA AL PARTO:

De los nacimientos inscritos en el país corresponden:

Partos atendidos por empírica .....	42.5%
Partos atendidos por Enfermeras y Obstétricas .....	47.6%
Partos atendidos por médicos .....	8.5%

De las gestantes atendidas en las consultas prenatales del Ministerio de Salubridad Pública el parto a domicilio representó el 21.82% llamando la atención de que el 90.82% de estos casos fueron atendidos por empíricas. El mayor porcentaje de partos atendidos por empíricas correspondió a:

Guanacaste, Puntarenas y Limón.

Como se puede apreciar en este cuadro la provincia de Heredia solamente representa el parto a domicilio en el 15.3% con un alto porcentaje de partos atendidos en instituciones hospitalarias en relación a las demás provincias (84.2%). Sobre éste último porcentaje el Hospital Regional "San Vicente de Paúl" de Heredia solamente atendió el 64.2% de todas las parturientas de la provincia de Heredia y el Hospital San Juan de Dios el 6% de ellas. Un 22.6% de las gestantes atendidas en su parto en el Hospital "San Vicente de Paúl" no tienen atención prenatal de ninguna especie.

DEFUNCIONES GENERALES, INFANTILES Y NEOMATA-  
LES, INCLUYENDO PORCENTAJES SEGUN PROVINCIA  
DE RESIDENCIA AÑO 1967

Provincia de Residencia	Defunciones Generales		Defunciones Infantiles (menores de 1 año)		Defunciones Neonatales (menores de 1 mes)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
COSTA RICA	11,214	100.0	3,859	100.0	1,506	100.0
San José	3,495	31.2	967	25.1	439	29.2
Alajuela	2,017	18.0	698	18.1	273	18.1
Cartago	1,461	13.0	581	15.0	191	12.7
Heredia	677	6.0	188	4.9	83	5.5
Guanacaste	1,155	10.3	477	12.4	191	12.7
Puntarenas	1,538	13.7	654	16.9	241	16.0
Limón	871	7.8	294	7.6	88	5.8

De este cuadro se aprecia que la provincia de Heredia presenta el porcentaje más bajo de defunciones generales, defunciones infantiles (menores de 1 año), y defunciones neometales (menores de 1 mes) del país. Santo Domingo de Heredia tiene una población de 13.154 habitantes y está dividido en 6 distritos según la organización administrativa del país; pertenece a la provincia de Heredia y de acuerdo a la nueva organización del Ministerio de Salubridad Pública depende directamente de IDepartamento de Distritos Sanitarios.

DISTRITOS DE SANTO DOMINGO DE HEREDIA, CON  
SU CORRESPONDIENTE POBLACION Y NACIMIENTOS,  
AÑO DE 1967

<i>Distrito</i>	<i>Población</i>	<i>Nacimientos</i>
Centro	4.403	210
San Vicente	1.067	25
San Miguel Sur	3.362	94
Parasito	482	9
Santo Tomás	1.724	35
Santa Rosa	2.116	70
TOTALES	13.154	443

En el año de 1968 la Unidad Sanitaria de Santo Domingo de Heredia atendió 318 gestantes en la consulta prenatal. Es conveniente mencionar que el Seguro Social cubre en el cantón de Santo Domingo de Heredia unas 9.000 personas (seguro directo y familiar) y que un 5% más o menos de la población es atendida en la Consulta Prenatal. Las gestantes se atienden simultáneamente en ambos centros de salud. Santo Domingo de Heredia cuenta en lo correspondiente a servicios médicos, de un Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social que atiende a personas aseguradas, de una Unidad Sanitaria que depende del Ministerio de Salubridad Pública. Además existe un Centro de Nutrición supervisado y asesorado por el Ministerio de Salubridad Pública. El Dispensario de la Caja cuenta con tres médicos y una Auxiliar de Enfermería y la Unidad Sanitaria con un médico, una Enfermera Obstétrica y tres Auxiliares de Enfermería entrenadas en Salud Pública. A nivel provincial dispone de un Hospital Regional de 151 camas que pertenece al Sistema Hospitalario Nacional. El Hospital cuenta con un Servicio de Gineco-obstetricia donde prestan sus servicios dos médicos especialistas, cuatro Enfermeras Obstétricas Graduadas y cuatro Auxiliares de Enfermería. Este servicio dispone de 20 camas, teniendo un promedio de 5.2 partos diarios. En el año de 1967 el Hospital "San Vicente de Paul" de Heredia atendió 2.196 partos.

#### ORGANIZACION DE UN PLAN PILOTO DE CONTROL PRENATAL

El objetivo de este plan es aumentar las cifras de control prenatal de las gestantes de nuestra área, que corresponde al cantón de Santo Domingo de Heredia, que tiene una población de 13.150 habitantes, 443 nacimientos anuales (1967), con una tasa de natalidad (por 1.000 habitantes) de 34.1; de proporcionarles cuidados médicos y de enfermería durante el desarrollo de la gravidez a través de un plan de coordinación entre la Unidad Sanitaria de Santo Domingo de Heredia, el Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social de Santo Do-

mingo de Heredia y el Hospital Regional "San Vicente de Paul" de la provincia de Heredia; esta coordinación de los órganos existentes de nuestra comunidad, va a asegurar a la gestante los recursos tan completos como sean posible. Además como objetivo inmediato será el procurar que la atención del parto se realice en centro hospitalario en porcentaje mayor a las cifras actuales y como meta final a largo plazo de que sea el 100%.

## I) EDUCACION SANITARIA

Es el primer punto a desarrollar en forma intensiva, aspecto que se ha descuidado bastante por el Ministerio de Salubridad Pública. Se utilizará el personal de la Unidad Sanitaria y del Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social aprovechando la experiencia del primero. De este personal básicamente la Enfermera Obstétrica Graduada y las Auxiliares de Enfermería serán los elementos para iniciar el programa, utilizando al mismo tiempo el Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio y los líderes naturales de la comunidad como son: el Jefe Político, los maestros de las escuelas, profesores del Colegio de Secundaria, sacerdotes, Comité del Centro de Nutrición, Club de Leones, etc. La explicación que se puede dar a una gestante informándole sobre los cambios de su organismo y una orientación sobre los cuidados que debe tener, contribuyen para darle un mayor y mejor control sobre su propia situación. Pero la Educación Sanitaria se inicia en la etapa pre-concepcional o pre-nupcial, con un programa de higiene materna que se inicia antes de la madurez fisiológica de la mujer, del matrimonio, y de la concepción; se planeará un programa de educación más intenso dentro de la población femenina iniciándolo en el último año de la escuela, continuándolo en el colegio, posteriormente en diferentes clubes femeninos, y este programa educativo asumirá mayor valor, si procuramos el reclutamiento generalizado de las gestantes al examen prenatal. Las nociones sobre higiene del embarazo pueden ser suministrados a través de contactos con los funcionarios de Salud durante las consultas y visitas domiciliarias. A las pacientes hospitalizadas en las maternidades se les debe aprovechar para la enseñanza de nociones de puericultura y medidas de tipo personal. Pero la técnica más productiva es sin duda la reunión para discusión en grupos. Las gestantes se tratarán de reunir aprovechando los más variados pretextos como son: clases sobre arte culinario, costura, curso de higiene personal, etc.

## II) ACTIVIDAD PRENATAL

Como el carácter preventivo del programa, que confiere a la asistencia antepartum una importancia capital, a través de una vigilancia y asistencia continua y periódica, procuraremos colocar a la gestante a salvo de perturbaciones que puedan perjudicar su salud y la del nuevo ser. La asistencia se logrará a través de la consulta prenatal, visitas a domicilio, asistencia dental y servicios de nutrición.

## 1) CONSULTA PRENATAL

Es el medio de asegurar que cada madre embarazada y en un período de lactancia se mantenga en el mejor estado de salud, aprenda el arte de higiene infantil, que tenga un parto normal y críe niños sanos. Por lo tanto el objetivo principal es cuidar la salud de la futura madre y el niño desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, con esta finalidad se hará hincapié en:

- a) Vigilancia obstétrica del embarazo.
- b) Orientación sobre higiene física y mental de la embarazada.
- c) Prevención y tratamiento de las condiciones patológicas durante el embarazo, así como de las enfermedades transmisibles, particularmente sífilis y tuberculosis.
- d) Orientación y control de los elementos que intervienen en la atención del embarazo y parto a domicilio como son las empíricas locales.
- e) Coordinación de los servicios de maternidad y otros afines.

Las Auxiliares de Enfermería atenderán las mujeres embarazadas y las prepararán para la visita médica. Se hará el interrogatorio, toma de peso, pulso, tensión arterial, análisis de orina elemental, hemoglobina, grupo sanguíneo y Rh hematocrito, examen de heces, reacciones serológicas para lues, etc. Hará el examen superficial en el control mensual supervisada por la Enfermera Obstétrica Graduada, reportará los casos que necesitan atención médica inmediata. Las funciones de la Enfermera Obstétrica Graduada en este sector serán:

1<sup>a</sup>—Esforzarse por mantener una comunicación con todas las futuras madres, tan pronto como sea posible en la gestación.

2<sup>a</sup>—Asistir a la futura madre durante el ciclo de la maternidad en la obtención de los cuidados médicos y odontológicos.

3<sup>a</sup>—Asistir a la gestante en la preparación para el parto y en asegurarse un examen médico post natal.

4<sup>a</sup>—Dar o ayudar en los preparativos para la obtención de cuidados de enfermería durante el ciclo materno y cuidados a la madre y el niño durante el período del puerperio.

5<sup>a</sup>—Enseñar a través de demostraciones lo concerniente a los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

6<sup>a</sup>—Instruir a la futura madre y al padre y ayudarlos a seguir los consejos médicos referentes a: higiene del embarazo y el puerperio; cuidados y alimentación del recién nacido.

7<sup>a</sup>—En determinados casos auxiliar a la familia en la obtención de los medios necesarios, para tratar de ayudar en lo posible a su mala situación económica.

8°—Observar la salud física y emocional de todos los miembros de la familia y ayudarlos a asegurar cuidados cuando fuere necesario.

9°—Realizar visitas sociales.

10.—Enviar al niño a la Consulta del Niño Sano.

11.—Participar en la campaña educativa sanitaria en la obtención de recursos adecuados de la comunidad para la mejoría de los servicios de higiene materna.

La vigilancia médica de la gestante será por lo menos cuatro veces durante el embarazo: al principio del embarazo, del cuarto al sexto mes, en el séptimo mes y después del octavo mes. Es necesario hacer hincapié en que el médico debe prestar la mejor atención a esta consulta, no sólo desde el punto de vista técnico haciendo un buen examen físico y diagnóstico del embarazo y patología agregada si existiera, sino también desde el punto de vista emocional, escuchando los problemas de las madres, para darle la mejor solución posible aclarando las dudas que surjan en relación con el embarazo. El médico debe compenetrarse de la susceptibilidad de la mujer embarazada y abstenerse de hacer comentarios hostiles o de rechazo, cuando una paciente llega tarde. En principio la consulta prenatal no debe rechazar a ninguna señora, aunque ésta llegue en edad avanzada de embarazo. Se aprovecha la oportunidad de indicarle la conveniencia de un control temprano en un futuro embarazo. Hago hincapié de las buenas relaciones que debe existir entre el personal médico y técnico que colabora en esta consulta, las buenas relaciones aseguran el éxito de la consulta. Lo ideal sería realizar la vigilancia médico-obstetra de la gestante según las recomendaciones de los técnicos de la OMS que obedecen a las siguientes normas, "la madre cuya gravidez evoluciona normalmente debe ser examinada: todos los meses hasta la 28 semana, cada dos semanas de la 28 a 36 semanas y todas las semanas a partir de la 37 semana"; pero este concepto en la práctica en nuestro país no se lleva a cabo por múltiples y variados motivos que no viene al caso señalar.

## 2) VISITAS DOMICILIARIAS

La intensidad de las visitas domiciliarias por las Auxiliares de Enfermería supervisadas por la Enfermera Obstétrica Graduada, dependerá de varios factores: frecuencia de asistencia de la gestante a la consulta prenatal, normalidad del embarazo, etc., recibiendo en lo posible cada caso una media de 3 visitas.

## 3) ASISTENCIA DENTAL

La gestante debe ser examinada por el servicio dental para la prevención y tratamiento de las caries, así como la posibilidad de eliminar focos de infección y en determinados casos la colocación de prótesis dental.

#### 4) SERVICIO DE NUTRICION

El problema de la desnutrición de la gestante es de capital importancia. Debe ser atendida con la debida atención para prevenir trastornos maternos y fetales. En el Centro de Nutrición se ofrecerá alimentación suplementaria a las gestantes y consejos al respecto.

#### 5) SERVICIOS OBSTETRICOS

En la fase de la gestación que en nuestro país escapa en distinto grado a los órganos sanitarios, no por esto debe ser descuidado por el sanitarista para no ver perdidos todos sus esfuerzos y cuidados de la fase prenatal. Se hará hincapié en todas las gestantes con la educación sanitaria adecuada para que el parto se lleve a cabo en las maternidades u hospitales. Por contar la provincia de Heredia con un hospital y personal eficiente en el Servicio de Gineco-Obstetricia, se remitirán las gestantes a ese centro para el parto, y asimismo se internarán los casos patológicos que requieran hospitalización.

#### 6) ASISTENCIA POST NATAL

La instrucción de los cuidados que se les deba dar al recién nacido, iniciada en el período prenatal, pueden ser continuados o completados durante el puerperio. El primer examen de la madre será de la cuarta a la sexta semana después del parto, desde luego incluye el examen ginecológico. La enfermera visitará a la puerpera en su domicilio lo más pronto posible después del traslado del hospital. Los casos que no tuvieron asistencia prenatal o que fueron atendidos por empíricas, podrán ser descubiertos fácilmente por tratarse de una área pequeña. La finalidad de esta asistencia es asegurar el reposo de la puerpera y la gradual incorporación de sus responsabilidades domésticas y el control de cualquier problema de índole médica tanto de la madre como del niño.

#### 7) HIGIENE MENTAL

Hoy día se hace necesario incluir dentro de la actividad prenatal el aspecto de la higiene mental de la gestante. El programa educativo incluye necesariamente aspectos de higiene mental para la adaptación mocional de la gestante. Los aspectos psicológicos más frecuentes de la gestación deben ser conocidos, las tensiones nerviosas de la madre soltera o abandonada que dan lugar a indiferencia u hostilidad hacia el niño; los casos particulares de estados emocionales, que acompañan a dolencias graves tales como tuberculosis pulmonar, cardiopatías, etc., en gestantes, que ameritan programas especiales de higiene mental. Este capítulo permite la selección de casos especiales que deben ser tratados, ya sea en un servicio mental, en centro de salud o en centros especializados hospitalarios, de acuerdo al tipo de defecto mental o constitucional, o condiciones derivadas a injuria del sistema nervioso, epilepsia, neurosis, psicosis, etc.

---

## BASES PARA UNA COORDINACION

El plan se planeará tomando en cuenta los recursos ya mencionados: Hospital Regional "San Vicente de Paul" de la provincia de Heredia, Unidad Sanitaria de Santo Domingo de Heredia, Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social de Santo Domingo de Heredia y Centro de Nutrición de Santo Domingo de Heredia, coordinados por el Director del Hospital Regional "San Vicente de Paul". A fin de iniciar el plan Piloto existirá a nivel superior un Consejo Local, integrado por los Directores: del Hospital Regional, Unidad Sanitaria y del Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social. La primera actividad de ese Consejo sería establecer un sistema de información y relación entre sí. Este sistema provocaría en primer término una preparación mental de los empleados responsables en todo el sector salud, predisponiéndolo a la cooperación mediante el reconocimiento de los problemas nacionales y locales. En segundo término obtendríamos el ambiente necesario para llevar a cabo una planificación conjunta de los programas y llevaría consigo como es natural, un inventario de los recursos, una investigación sobre las necesidades reales y las demandas de atención. En la evaluación del problema los datos bioestadísticos indispensables para la planificación correcta del Plan Piloto de Control Prenatal serían los siguientes:

1º—Nacimientos vivos y nacidos muertos con todas las especificaciones del caso.

2º—Obitos maternos recordando que las principales causas de muerte de las madres son: infecciones, toxemias, hemorragias, traumatismo y shock.

3º—Obitos neo-natales íntimamente ligados a las condiciones del embarazo.

4º—Matrimonios, informándose de datos potenciales de futuras gestaciones.

5º—Condiciones sociales y económicas de las gestantes a través del muestreo o del estudio de las fichas sociales de las madres matriculadas en la Unidad Sanitaria, en el Dispensario y las que puedan existir en el Hospital Regional.

6º—Recursos asistenciales de la comunidad en lo que se refiere a: médicos obstetras, enfermeras obstétricas graduadas, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, camas en disponibilidad en Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de nuestro sector y empíricas.

Las materias relacionadas con el programa en mención creo que no es del caso detallarlo en el presente trabajo, ya que se ha ido narrando en el transcurso de esta presentación, lo mismo que la simple descripción de las acciones en el campo materno-infantil, pues no es mi objeto fatigarles con una exposición amplia y detallada. Unificación de los sistemas de recolección de informaciones estadísticas de acuerdo con las

---

recomendaciones de la OMS y el establecimiento de normas uniformes de atención basándose en los últimos adelantos de los métodos. Este sería el primer paso a una coordinación de los programas de Salud.

### CONCLUSIONES

Aún considerando que la integración de los Servicios de Salud es la meta ideal de nuestras acciones, hago énfasis que en el momento actual en nuestro país, la simple coordinación de actividades entre las diversas instituciones que imparten salud como un paso intermediario necesario para la consecución del mencionado ideal de integración. El programa de Salud Maternal e Infantil sería uno de los más importantes para el comienzo de una coordinación. Una vez asimilado este programa se pueden ir incorporando otros conforme vayan mejorando las condiciones de trabajo.

### RESUMEN

Se hace un estudio de la situación en Costa Rica y en la provincia de Heredia referente a las gestantes que se presentan al parto a los hospitales sin atención prenatal de ninguna especie, llamando la atención sobre la cifra del grupo de embarazadas que asisten a las consultas prenatales del Ministerio de Salubridad Pública en todo el país y presentan el parto a domicilio atendidas por empíricas. Se propone un Plan Piloto Prenatal a nivel cantonal, tomando como ejemplo el cantón de Santo Domingo de Heredia, a través de un plan de coordinación entre la Unidad Sanitaria, el Dispensario de la Caja Costarricense de Seguro Social, El Centro de Nutrición local y el Hospital Regional "San Vicente de Paul" de la provincia de Heredia, con el objetivo de aumentar las cifras de control prenatal de las gestantes de dicha área y lograr el parto hospitalario en porcentaje mayor a las cifras actuales. Se hace énfasis que en el momento actual en Costa Rica, la simple coordinación de actividades entre las diversas instituciones que imparten salud como el paso intermediario necesario para la consecución del mencionado ideal de integración.

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—DAILY E. F. Some Statistical Need for Proper Administration of Maternal and Child Health Programs Am. J Pub Health 30:766, 1940.
  - 2.—ESTADISTICA Vital N° 34, 1967.
  - 3.—HISCOCK, I. V. Community Health Organization. The Commonwealth Fund. New York, 1950.
  - 4.—MARCH, Marieta: Educacao Sanitaria e cuidados de enfermagem a domicilio. Anais de Enfermagem; Vol. XVI - N° 22, 1947.
  - 5.—MASCARENHAS R. e Castro, P. C.: Cordinacao das actividades dos, órgaos locais de Saúde Pública e assistencia hospitalar. Rev. Paulista de Hospitais; Vol. III, N° 7, 1955.
  - 6.—MEMORIAS del Ministerio de Salubridad Pública, 1968.
  - 7.—OMS Comité d' Experts de la Maternité. Ser Rapp Techn, 51, 1952 Geneve.
  - 8.—PACHECO e Silva. A.C: A Higiene Mental. Conferencia Publicada pela Reitoria da Universidad de S. Paulo, Brasil, 1952.
  - 9.—RUESTA, S. Estudios Previos para la instalación de un Servicio de Higiene Materno-Infantil, Rev. Sanitaria y Asist. Social, Vol. VII, N° 1, 1942 Venezuela.
  - 10.—SMILLE WC.: Administracao Sanitaria nos Estados Unidos, Soc. Bras. Higiene 1949, Rio de Janeiro, Brasil.
  - 12.—WENSLEY, Edith: The Community and Public Health Nursing. The Macmillan C°; New York, 1950.
  - 13.—YAHN, M: Higiene Mental e Saude Pública, Sao Paulo, Brasil 1955. Edigraf Ltda.
-