

## Impacto de los Programas de Planificación Familiar en Salud Pública en América Latina

Gildo Zambrana C.\*

Hugo Corvalan B.\*\*

Parece una meta demasiado ambiciosa contestar completamente al título de este trabajo. Creemos que no hay una respuesta y que las innumerables variables en juego y la amplitud de ellas, sólo nos permiten orientar esa respuesta. Resulta difícil, para aquellos que trabajamos en ciencia, aceptar afirmaciones, muchas veces perentorias, sobre la relación de causa a efecto entre dos fenómenos, cualquiera que sea su naturaleza. Vale decir que producidos definición del sujeto a quien va dirigida, el reconocimiento del curso que se desea sigan los acontecimientos o la convencidos de los beneficios que una planificación familiar, racional, bien orientada, puede tener en el nivel de salud, no es menos cierto que no creemos en una relación causal entre las actividades de regulación de fecundidad y el nivel de salud que ellas puedan determinar en una población. Es posible que algunas o gran parte de las correlaciones encontradas entre estas entidades, sean de tipo espúreo y que la planificación familiar sea sólo una variable intermedia, un eslabón solamente, importante sí, pero sólo uno de los factores en juego. Pensamos que es más cierto, y hay evidencia de ello, que el nivel de salud de una población depende, en términos generales, del desarrollo socio-económico que una determinada sociedad alcance.

Los fenómenos de unicausalidad de la época de Pasteur han sido ya abandonados para ser reemplazados por las de multicausalidad. No existe ningún fenómeno, biológico o social que tenga una causa. El pensamiento científico, a diferencia del pensamiento vulgar, no puede aceptar la causa única como explicación de ningún fenómeno. Frecuentemente, cuando surge la discusión en torno a la planificación familiar y sus efectos, tiende a confundirse esta actividad con políticas de población. Para acercarse a una definición de política pensamos que es necesario aclarar, en primer lugar, lo que no es política de población. Planificación familiar no es política de población. Sus acciones las descalificamos como tales, aún en el caso de que se dieran, cosa que no ocurre en ningún país en América Latina, dentro de un plan coherente como parte de una política de salud. Enten-

\* Asociación Chilena de Protección a la Familia  
\*\* APROFA. Chile

---

demostramos que una política, sólo puede darse como una decisión del sector público. Adicionalmente, la existencia de una política supone, en primer lugar, una clara definición del sujeto a quien va dirigida, el reconocimiento del curso que se desea sigan los acontecimientos o la conducta con el propósito de lograr el objetivo deseado, una línea de acción deliberada, escogida por las autoridades responsables, una declaración de la intención (decir qué se pretende alcanzar, cómo y por qué) y, finalmente, una política para que sea tal, necesita de una instrumentación de la intención. Difícilmente las actividades de regulación de fecundidad en la región, cumplen con todas estas condiciones, por eso es que pensamos, y estamos convencidos de ello, que la planificación familiar no es política de población; son entidades totalmente distintas, aunque la primera puede ser un instrumento de la segunda. Por otro lado, entendemos como planificación de la familia o regulación de natalidad el derecho de la pareja humana para establecer el tamaño de su familia y el espaciamiento entre los hijos que ella desea. Por lo tanto, éste concepto se aplica al aspecto micro-social en que se desenvuelve y desarrolla la familia. Sin embargo, también está claro, para nosotros, que la suma de estas acciones a nivel micro-social tiene necesariamente una repercusión macro-social. Esta repercusión macro-social de la planificación familiar es la que interesa a los expertos en Salud Pública. Y estamos convencidos que la planificación familiar es una herramienta de salud pública y que puede dar resultados muy satisfactorios. Se ha dicho "que el más alto grado de eficiencia reproductiva significa: alta fecundidad, muy buena salud y sensación de bienestar durante el embarazo; estar libre de cualquier de las complicaciones del embarazo, tener un parto espontáneo dando a luz un niño vivo y vigoroso, tener una involución normal y una lactancia exitosa". (Sir Dugol Barrid). Sin embargo, la parte de esta afirmación que merece duda es aquella que se refiere a ALTA FECUNDIDAD. Es este un factor cuantitativo que en su expresión espontánea en la especie humana puede tener serias repercusiones en la salud de la mujer. En efecto, como un intento natural de prevención, se observa una mayor fertilidad precisamente en los grupos de edad de menor riesgo y por el contrario, menor fertilidad en los de mayor riesgo. Veamos, en primer lugar, algunas cifras que reflejan la magnitud del problema en Chile. (Tabla No. 1).

---

TABLA No. 1  
**TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL  
Y MATERNO INFANTIL**

CHILE 1959 - 1970

Año	Natalidad ‰	General	Materna	Infantil 1 - año	Neonatal -1 mes	Párvulos 1-4 años
1959	36.3	12.5	2.9	114.7	35.8	9.2
1960	36.5	12.3	3.0	122.3	35.8	9.8
1961	36.2	11.6	3.2	111.1	36.4	7.2
1962	32.4	11.8	3.0	109.5	34.4	7.5
1963	37.1	12.0	2.6	101.4	36.3	6.8
1964	38.8	11.1	2.8	104.0	34.4	7.0
1965	35.2	10.6	2.8	96.0	33.9	5.1
1966	32.5	10.2	2.6	100.2	35.7	4.8
1967	30.3	9.6	2.6	94.7	34.5	3.6
1968	29.2	9.0	2.1	83.5	31.6	2.9
1969	28.0	8.9	1.8	78.8	31.1	2.5
1970	26.8	8.6	1.6	70.9	-	-

Como puede observarse en esa tabla los riesgos de salud de la madre y del niño son aún severos. No obstante, es posible observar ciertas tendencias al descenso en los últimos años. En 10 años se ha logrado una reducción de 26.3 ‰ en las tasas de NATALIDAD. La disminución de la natalidad se ha producido, muy probablemente, a través de un cambio en las actividades y conductas de la población, la cual aprovecha directamente las tecnologías de interrupción o prevención del embarazo; la proporción en que se usan unas y otras tecnologías y el grado de influencia atribuible a los programas de anticoncepción, son características que varían según los estratos sociales y según las conductas de los equipos obstétricos locales, además de una serie de otros factores que debemos estudiar científicamente. En estos años la mortalidad ha experimentado un descenso de:

- a) 29 ‰ en mortalidad general.
- b) 30 ‰ en mortalidad materna.
- c) 32 ‰ en mortalidad infantil.
- d) 13 ‰ en mortalidad neonatal.
- e) 23 ‰ en mortalidad de párvulo (1-4)
- f) 17 ‰ en mortinatalidad.

Examinada esta situación general, debemos detenernos a analizar someramente las causas de esta realidad. Conscientes del juego multifactorial causante de esta situación, para una mayor claridad, conviene reparar en algunos factores.

1. La estatura de las madres: refleja en cierto modo salud y estado físico, los cuales son los resultantes de factores genéticos, pero muy en especial del ambiente en que se desarrolló y fue criada la mujer. Está demostrado que la estatura baja de las madres asociado a la clase social baja, implica mayor riesgo de mortalidad materna, de bajo peso de nacimiento y de mortalidad perinatal. Alrededor de un 30% de las madres que dan a luz en Chile tienen menos de 1.55 m. de estatura.

2. El número de embarazos y partos: tiene una estrecha relación con el riesgo de la madre, el feto y el recién nacido. Hace ya cerca de 40 años que esa asociación fue demostrada (\*) y es un hecho repetidamente observado. La mortalidad materna es ligeramente más baja en el segundo y tercer embarazo comparado con el primero y se eleva con cada embarazo a partir del tercero, aumentando muy significativamente del 5% en adelante. Lo mismo ocurre siguiendo curvas casi paralelas, con la mortalidad fetal tardía y la neonatal.

3. La edad de la mujer: es también un factor biológico que en general se asocia y potencia con la paridad: generalmente el riesgo de morir para la madre aumenta bajo los 20 y sobre los 35. Aún bajo la acción de cuidados médicos de buena calidad, el riesgo materno es hasta 4.5 veces mayor que en el grupo 20-25.

4. Los cortos intervalos (menos de 24 meses) entre las concepciones: también tiene influencia sobre la madre (anemia, complicaciones durante el embarazo y parto, insuficiencia para lactar al hijo); y sobre el feto y del neonato pues la menor mortalidad de ellos se obtiene si el tiempo entre el término de una concepción y el comienzo de otra es de 2 a 3 años. Se ha demostrado un alza de la mortalidad infantil a medida que este espacio de tiempo se acorta: las posibilidades de un mayor período de lactancia del niño disminuyen cuando la madre se embaraza del que sigue pocos meses de nacido el primero, con el consiguiente aumento de su riesgo de enfermar y morir por diarreas, desnutrición o ambas. Estos podrían considerarse co-

\* *Jerushalmy J. "Birth infant mortality and maternal mortality in the United States". Public Health Report. 57: June 1944.*

---

mo factores biológicos que se vinculan estrechamente con muchos otros, también biológicos, o con factores sociales o socio-económicos como serían los riesgos según nivel o clase social o los riesgos por sobrecargo o deficiencia de los servicios de salud. Desafortunadamente, en América Latina existe poca información para probar, apoyar o rechazar algunos aspectos previamente analizados y utilizaremos alguna de la información científica disponible. Centraremos la discusión fundamentalmente en aquellos hechos de los cuales existe evidencia. Aunque alguna de la información que mostraremos adolece, a nuestro juicio de defectos, creemos que es relativamente confiable para apoyar la idea de que la paridad y el intervalo entre nacimientos tiene efectos negativos para la salud del niño y de la madre, como asimismo, creemos contar con evidencia que nos hace apoyar la idea de que los programas de planificación familiar han logrado disminuir o por lo menos constituyen una de las medidas importantes para disminuir el daño que el aborto criminal provoca en la salud de nuestras mujeres. A continuación discutiremos parte de esa evidencia, sin olvidar los conceptos de causalidad enunciados previamente. La evidencia sólo nos dice que hay una relación entre algunos fenómenos, pero de ninguna manera nos permite afirmar que la relación es causal. Hay muchos otros factores que debemos tener presentes y que deben ser estudiados, lo cual constituye un gran desafío para la inteligencia y la capacidad de trabajo de los científicos de América.

Un tipo de morbilidad prevalente en niños de edad preescolar, en todo el mundo y especialmente en América Latina, es la producida por la desnutrición. En un estudio sobre su incidencia entre la población, de menores de 6 años en Candelaria, Colombia, Aguirre y Wray, encontraron que el tamaño de la familia es uno de los factores en la etiología de la desnutrición en ese pueblo. La encuesta cubrió 1.094 niños menores de 6 años y se encontró que el 41<sup>o</sup>/o de ellos sufría distintos grados de desnutrición, entre el grado 1 y el grado 3. La Tabla No. 2 muestra que los niños pertenecientes a familias más numerosas tienden a estar más desnutridos que los de familia más numerosas tienden a estar mas desnutridos que los de familias pequeñas. Así, por ejemplo, la preponderancia de la desnutrición de niños de familias de 4 hijos o menos es de 38<sup>o</sup>/o, comparada con la de 5 o más, que es de 44<sup>o</sup>/o, lo cual es significativo estadísticamente y muy poco probable que sea resultado de fluctuaciones de la muestra. Otro de los hallazgos de Wray y Aguirre en Candelaria, Colombia, podemos apreciarlo en la Tabla No. 3.

---

TABLA No. 2

**DESNUTRICION EN GRUPOS DE PREESCOLARES,  
SEGUN NUMERO DE NIÑOS VIVOS POR FAMILIA  
CANDELARIA, COLOMBIA, 1963**

Número de niños vivos por familia	Total número de niños	Niños desnutridos	
		No.	%
1	75	24	32.0
2	185	63	34.1
3	178	73	41.0
4	204	83	40.7
5	136	57	41.9
6	122	57	46.7
7	62	25	40.3
8 o más	106	49	46.2

Fuente: Wray y Aguirre (10)

TABLA No. 3

**Prevalencia de desnutrición calórica-proteica en niños preescolares, por el número de niños en la familia.**

Número de niños	Porcentaje de niños preescolares con desnutrición
1	34.2%
2	40.1%
3	40.2%
4	47.1%
5 +	52.0%

El número de preescolares en una familia da una idea de "amontonamiento" o espaciamento; si hay 4 o más preescolares en una familia el intervalo entre ellos debe ser necesariamente más corto. Cuando los preescolares de Candelaria fueron agrupados así, los resultados obtenidos mostraron que sí ocurre de esta manera. En este caso la diferencia entre las tasas en las familias con 3 o menos preescolares y en aquellas con 4 o más es estadísticamente significativa. Como no existe información disponible en América Latina para ilustrar las asociaciones existentes entre el tamaño de las familias y el nivel de salud de ellas, nos vemos obligados a considerar estudios de otras regiones en desarrollo, las cuales creemos son válidas para nuestra realidad, aunque a partir de ella no pretendemos establecer generalizaciones. Gordon y Syon encontraron asociaciones estrechas entre mortalidad infantil y paridad de las madres en una aldea Punjab en la India donde siguieron la historia de 1.479 niños nacidos en esas aldeas.

**TABLA No. 4**  
**MORTALIDAD DE 1.479**  
**niños nacidos en 11 aldeas Punjab por paridad de la madre, INDIA**  
**1955-1958**

Paridad de la madre	1	2	3	4	5	6	7-12	Desco- nocida	Totales
Número de nacimientos	230	209	210	197	165	136	326	6	1.479
Mortalidad neonatal (muerte/1.000 niños hasta de 28 días)	95,7	52,6	81,0	30,5	84,8	51,5	95,1	166,7	73,7
Mortalidad infantil (muerte/1.000 niños hasta de un año)	171,8	116,5	144,9	123,7	171,8	164,2	206,3	166,6	160,6
Mortalidad en el se- gundo año (muertes/ 1.000 habitantes)	75,8	15,6	24,2	92,4	95,7	76,9	95,0	0,0	67,9

FUENTE: Wyon y Gordon (19)

B.0239

En la Tabla No. 4 se muestra que la mortalidad infantil tiende a aumentar con el tamaño de la familia, especialmente a partir del 2º hijo o los siguientes, aunque en el primer mes de vida, las diferencias no son tan grandes. Los efectos son relativamente mayores en el segundo año de vida. Estos mismos resultados, presentados de diferente forma los apreciamos en la Tabla No. 5, incluyendo las muertes del período post neonatal (entre el mes y el año). No se incluye la mortalidad del primer hijo que como vimos es siempre mayor.

TABLA No. 5

Cambio en la mortalidad infantil con el aumento de tamaño familiar.

Número de niños vivos	Tasa mortalidad Post-neonatal por 1000	Tasa mortalidad infantil por 1000	Tasa mortalidad 2o. año por 1000
2	66	117	16
3	95	145	24
4	98	124	92
5	113	172	96
6	*	164	77
7-12	107	206	95

\* número de casos insuficientes.

La Tabla No. 6 nos amplía las evidencias analizadas. Se trata de un estudio realizado en Africa entre madres menores de 40 años y nos muestra las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años de edad en una selección de tres tribus africanas distintas.

**TABLA No. 6**

**Muerte de niños menores de 5 años como porcentaje de la población de menos de 5 años por tamaño familia. Tres grupos tribales seleccionados.**

<b>Tamaño familiar (número de niños)</b>				
	<b>1-2</b>	<b>3-4</b>	<b>5-6</b>	<b>7+</b>
<b>Porcentaje muerte menos 5 años</b>	29 <sup>o</sup> /o	28 <sup>o</sup> /o	32 <sup>o</sup> /o	44 <sup>o</sup> /o
	21 <sup>o</sup> /o	30 <sup>o</sup> /o	36 <sup>o</sup> /o	44 <sup>o</sup> /o
	18 <sup>o</sup> /o	27 <sup>o</sup> /o	34 <sup>o</sup> /o	41 <sup>o</sup> /o

Datos de una investigación en Africa del Este.

En la Tabla No. 7 nos referimos nuevamente al estudio Wyon y Gordon en aldeas Punjab en India. Esta vez se analiza la mortalidad infantil en relación con el intervalo que existe entre un embarazo y otro expresado en meses. Los resultados son elocuentes y de nuevo vemos que la mortalidad del 2<sup>o</sup> año muestra claramente el problema. Ello se aprecia también en la Tabla No. 8.

**TABLA No. 7**

**Mortalidad infantil por longitud del intervalo con respecto al embarazo anterior (dato de Punjab).**

<b>Intervalo de nacimiento de embarazos anteriores (meses)</b>	<b>Tasa mortalidad neonatal por (1000)</b>	<b>Tasa mortalidad infantil por (1000)</b>	<b>Tasa mortalidad en el 2o. año por 1000)</b>
0-11	88	205	105
12-23	97	201	55
24-35	57	132	89
36-47	57	138	58
48 +	35	108	29

TABLA No. 8

Intervalo entre nacimientos	1 año	2 años	3 años	4 años
Tasas de mortalidad neonatal (hasta 28 días)	51,2	37,3	36,7	38,1
Tasas de mortalidad infantil (hasta 1 año)	146,7	98,6	86,5	84,9

En la Tabla No. 9 se ve de nuevo información del estudio hecho en Africa, pero esta vez desde el punto de vista del intervalo de tiempo entre embarazos y no como antes respecto a tamaño de la familia. En la Tabla No. 10 se analizan las variaciones de la mortalidad fetal y de niños menores de 5 años con sus subclasificaciones respectivas, según el orden de nacimiento. Observamos que a partir del 2<sup>o</sup> hijo la mortalidad aumenta constantemente con la paridad.

TABLA No. 9

**MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD COMO PORCENTAJE DE POBLACION MENOR DE 5, POR INTERVALO DE NACIMIENTO.-**

Intervalo de nacimiento en años

	0-1 1/2	1 1/2-2 1/2	2 1/2-3 1/2	3 1/2+
Porcentaje de niños muertos	32 <sup>o</sup> /o	29 <sup>o</sup> /o	27 <sup>o</sup> /o	24 <sup>o</sup> /o
	36 <sup>o</sup> /o	39 <sup>o</sup> /o	29 <sup>o</sup> /o	17 <sup>o</sup> /o
	43 <sup>o</sup> /o	36 <sup>o</sup> /o	18 <sup>o</sup> /o	11 <sup>o</sup> /o

(Investigación médica en Africa del Este, edad materna menor 40 años, en 3 grupos poblacionales seleccionados).

**TABLA No. 10**

**MORTALIDAD FETAL Y MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR ORDEN DE NACIMIENTO, ESTADO DE NUEVA YORK, EXCEPTUANDO LA CIUDAD DE NUEVA YORK, 1950 - 1952**

Orden de nacimiento del niño	Nacimientos totales	Fetal		Neonatal		Post-neonatal		Primera infancia	
		Tasa							
		Muertes por 1000							
Total	436,045	6,928	15,9	7,002	16,3	2,247	5,3	1,462	3,5
Primero	135,882	2,252	16,6	2,107	15,6	506	3,8	354	2,7
Segundo	139,881	1,581	11,3	2,075	15,0	649	4,8	435	3,2
Tercero	84,393	1,301	15,4	1,345	16,2	481	5,9	295	3,6
Cuarto	38,993	717	18,4	682	17,8	256	6,8	177	4,7
Quinto	17,366	396	22,8	254	20,9	137	8,2	79	4,8
Sexto o más	19,387	636	32,8	437	23,3	218	11,9	123	6,8
Si no establecen	143	45	(314,7%)	2	-	0	-	1	-

- No se dan tasas basadas en menos de 100 individuos

\* Basada en por lo menos 100, pero en menos de 1.000 individuos: la tasa es alta pero el número de casos bajo.

Fuente: Chase (29, Tabla 6.4 p.111).

Una de las pruebas más convincentes respecto a la relación o asociación entre el tamaño de la familia y la mortalidad infantil la presentan los estudios de Morris, Heady, Morrison en un análisis de todos los nacimientos ocurridos en Inglaterra y Gales durante 1949 y 1950. Se trataba de una población de 1.322.150 nacidos vivos legítimos. Las asociaciones que tal vez nunca hubieran aparecido en grupos más pequeños, se hicieron evidentes.

**TABLA No. 11**

**Mortalidad de 1.479 niños nacidos en once aldeas del Punjab, por intervalo entre el niño observado y su precedente, India 1955-1958**

Intervalo entre	Número de nacimientos	Mortalidad neonatal: muertes por cada 1000 niños de menos de 28 días de edad-a	Mortalidad infantil: muertes por 1000 de población de menos de un año de edad-b	Mortalidad en el segundo año: por muertes por 1000 de población-c
Primípara	231	95,2	175,4	68,7
0 - 11	34	88,2	205,9	105,3
12 - 23	432	97,2	201,9	54,9
24 - 35	491	57,0	132,2	89,0
36 - 47	175	57,1	137,9	57,7
48	112	35,7	108,1	29,0
Desconocido	4	0,0	0,0	0,0
Total	1,479	73,7	160,6	67,9

<sup>a</sup>Número = 1.479

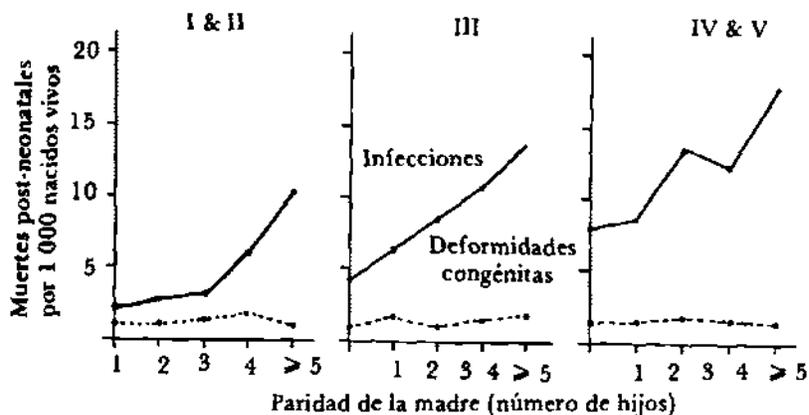
<sup>b</sup>Número = 1.457

<sup>c</sup>Número = 854

Fuente: Gordon y col. (63)

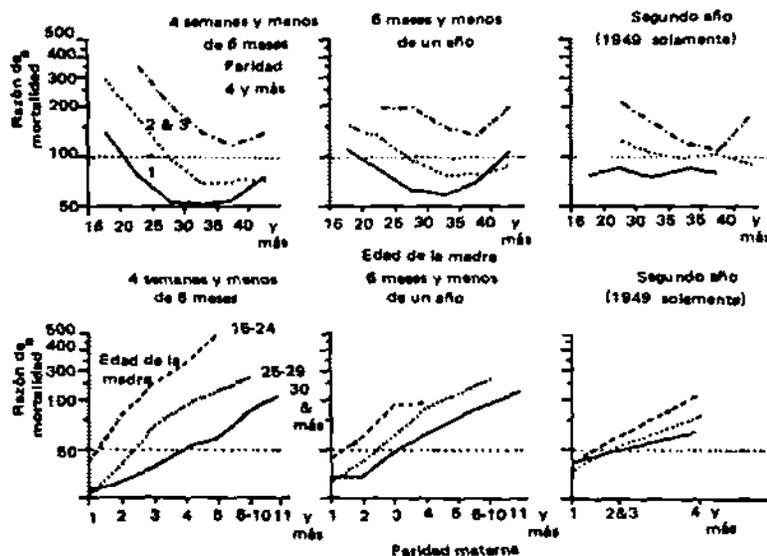
Figura 1

Clases sociales



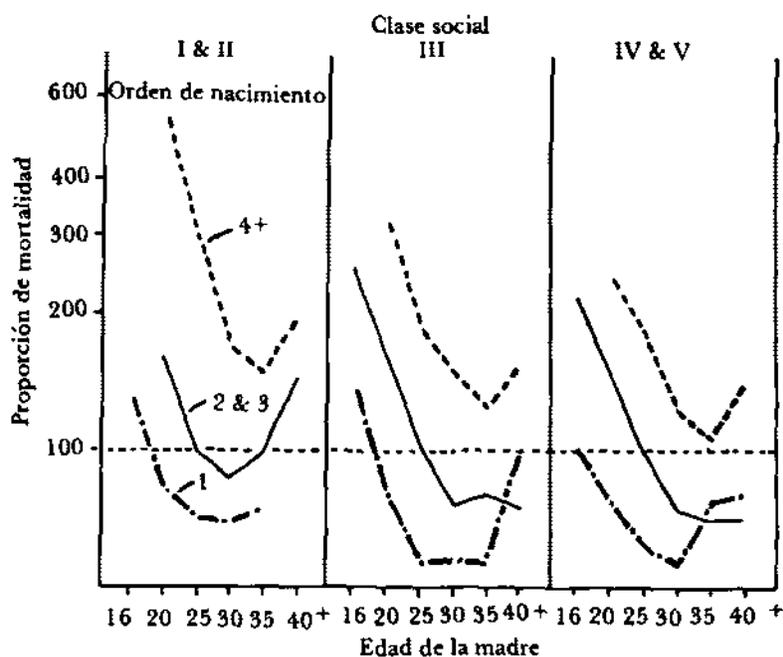
La Fig. 1 muestra los datos de las variaciones con la paridad de la madre y la mortalidad post neonatal (muertes entre primer mes y primer año). Hay diferencia de niveles según clase social pero las tendencias son similares. Observamos que las malformaciones congénitas por la clase social son similares en los tres grupos.

Figura 2



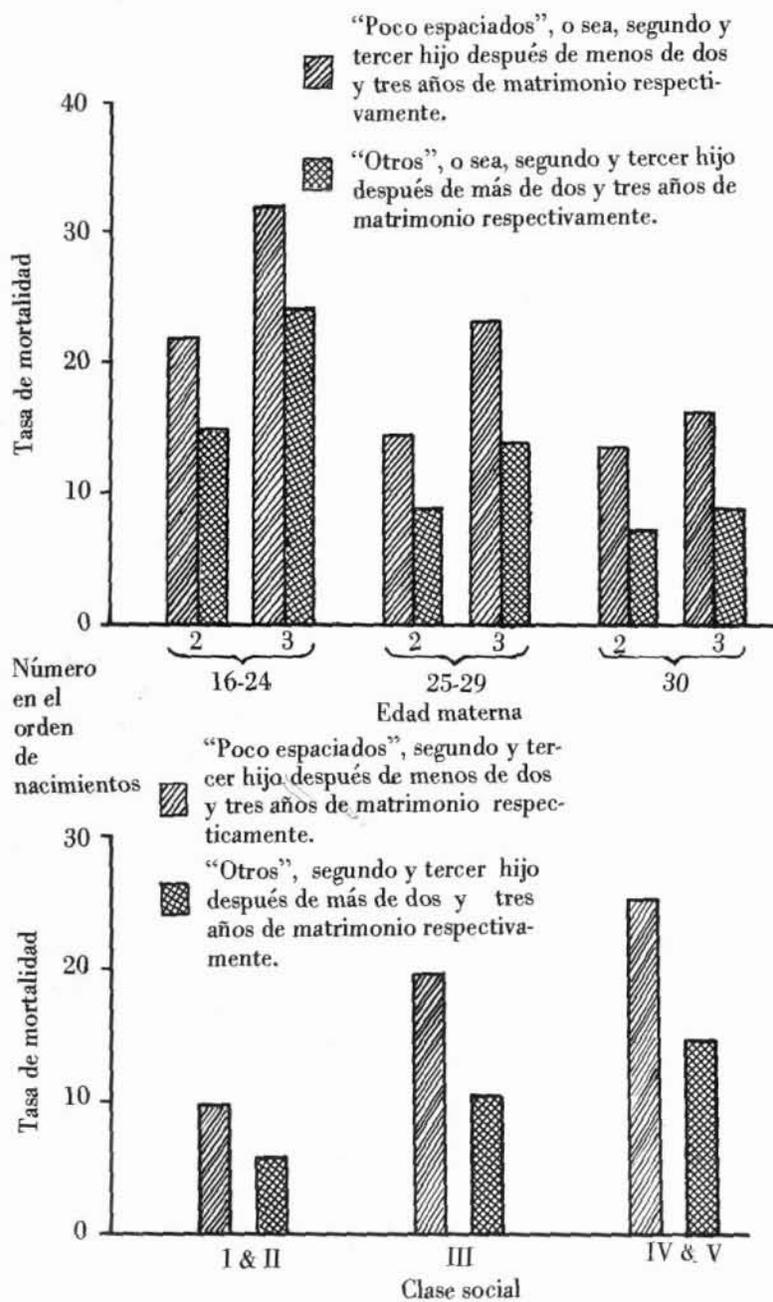
En la Fig. 2 vemos las variaciones con la edad y la paridad de la madre en la mortalidad post neonatal y del 2<sup>o</sup> año.

Figura 3



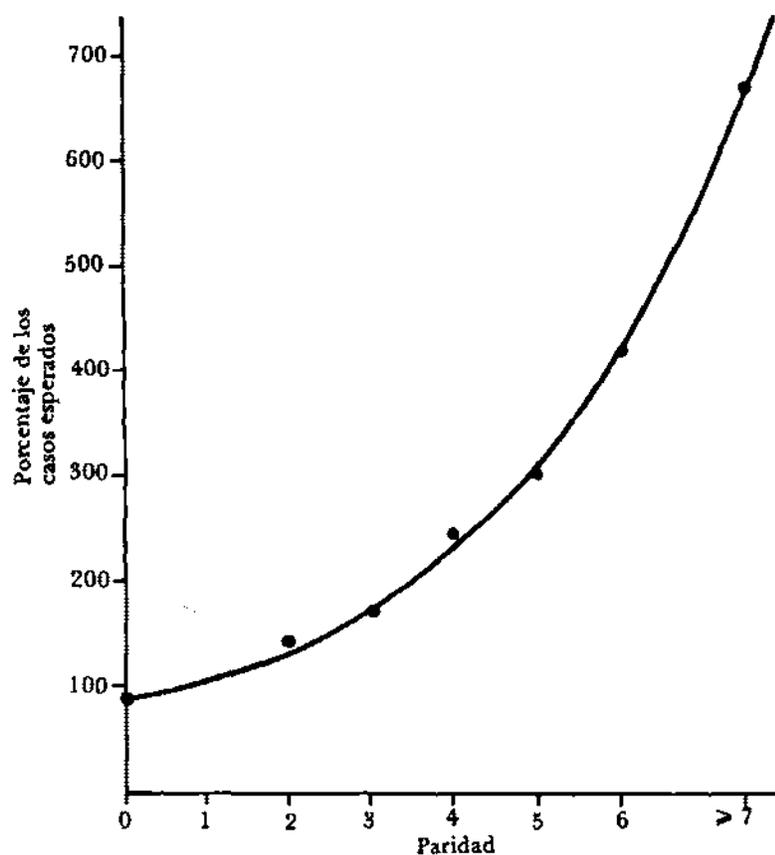
En la Fig. 3 se examinan las variaciones de las tasas de mortalidad cuando cada uno de los tres factores: clase social, edad materna y tamaño de la familia se controla estadísticamente.

Figura 4



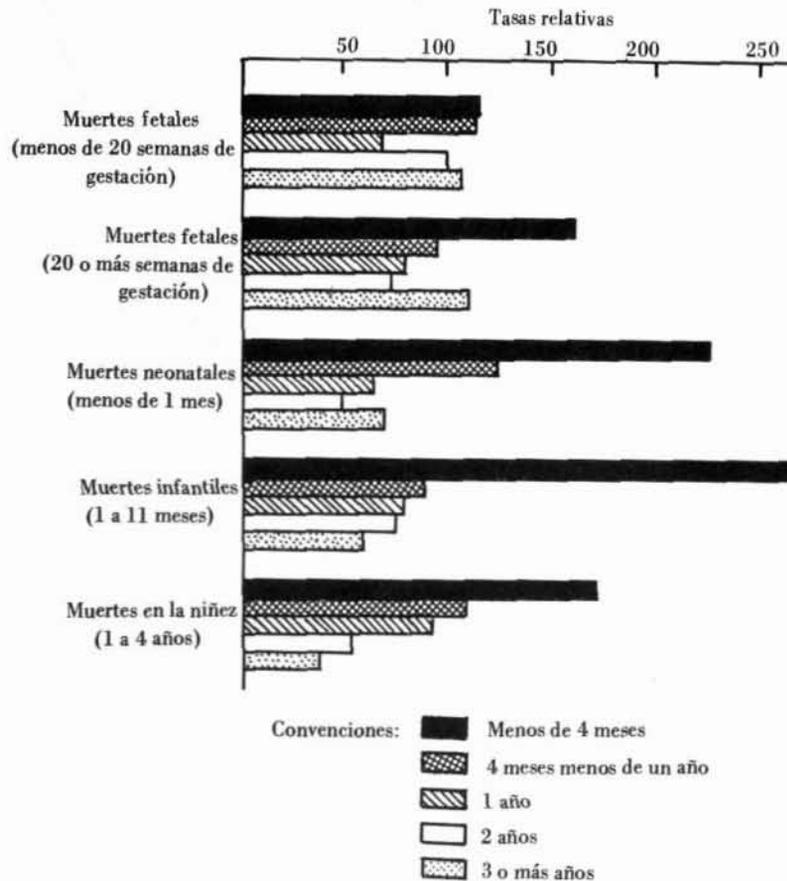
En la Fig. 4 la proporción de la mortalidad hace aparecer las diferencias más dramáticamente. Las tasas de mortalidad aumentan con el tamaño de la familia en todas las clases sociales, aunque los efectos son mayores en los casos en que las madres son más jóvenes, aparte de la clase social a la que pertenezcan, pues es claro que una madre joven con una familia grande tiene hijos más seguidos.

Figura 5



En la Fig. 5 examinamos los resultados obtenidos por Pyke sobre la relación entre la paridad y la incidencia de diabetes en mujeres inglesas mayores de 45 años en el momento de comenzar la enfermedad. Al aumentar la paridad de las mujeres el incremento de la enfermedad es dramático y muy significativo estadísticamente. Vale la pena mencionar aquí un hecho bien conocido por todos, pero que a veces olvidamos. Los embarazos repetidos seguidos por períodos prolongados de lactancia producirán, entre otras cosas una necesidad permanente de proteínas de alta calidad en la dieta. Por ello, es que encontramos con gran frecuencia el llamado "síndrome de agotamiento materno", el cual contribuye a niños de bajo peso al nacer, deficiencias en la lactancia y por último este proceso acumulativo desempeña un papel importante en el envejecimiento prematuro y en la muerte temprana que se ve a menudo en las mujeres de países en desarrollo.

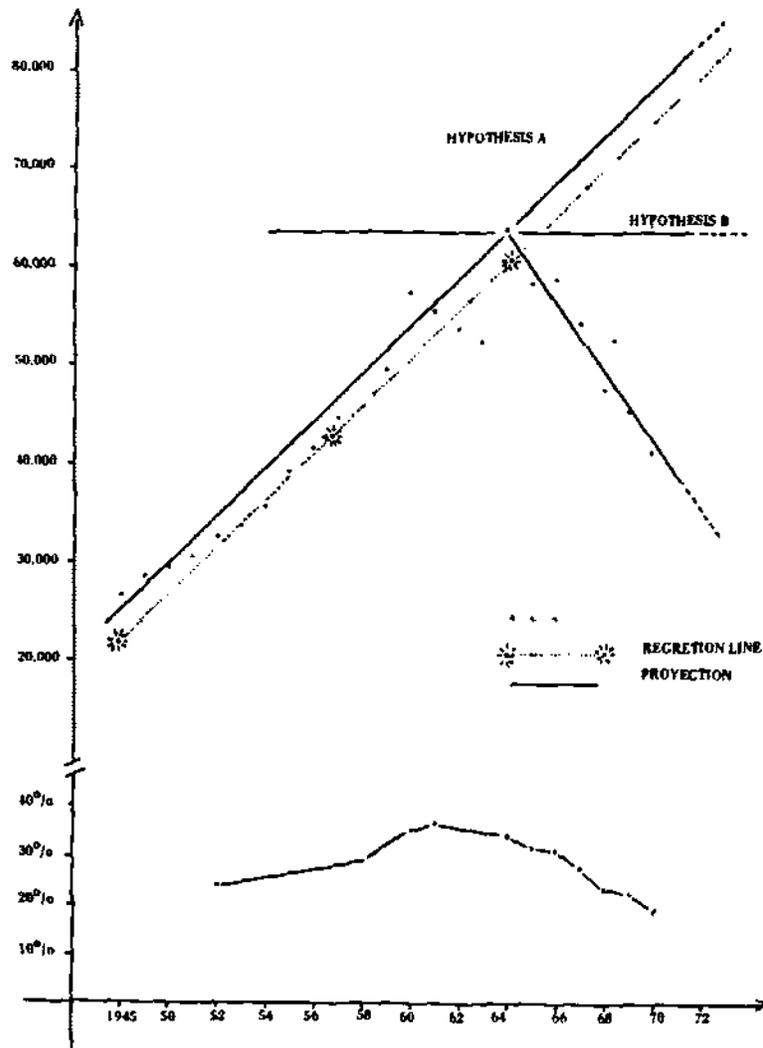
Figura 6



En la Fig. 6 mostramos más evidencia de la relación existente entre intervalo de embarazo y mortalidad de los niños. Apreciamos que para todos los grupos de edad de niños las tasas de mortalidad son más altas en los grupos de intervalo más corto. A medida que los intervalos aumentan, las posibilidades de sobrevivencia crecen también. Otras relaciones como las expuestas y dignas de un somero análisis aparecen al estudiar el problema del aborto. No cabe duda que constituye un asunto de enorme trascendencia y un importante problema de salud pública, entre otras cosas por su magnitud y su vulnerabilidad. Para caracterizarlo expondremos sólo algunos datos de investigaciones realizadas en Chile. En 1970 se registraron 41.232 egresos hospitalarios por aborto. Se estableció que se atendían 31 abortos por cada 100 nacidos vivos y que la letalidad por aborto era dos y media veces superior a la letalidad por parto: En 1966 el 17.7% de las transfusiones totales se practicaron a mujeres hospitalizadas por complicaciones de un aborto y el 26.7% del total de litros de sangre transfundidos se utilizó en estas pacientes. En 1962 el 46.3% de las mujeres encuestadas reconocían un aborto inducido. Entre las mujeres que se provocaron abortos la mayoría estaba entre la edad de 20 a 29 años y paridad de 1 a 4 hijos. Claramente el aborto aparece con más frecuencia cuando más presente está el antecedente de él. En 1962-63 se pudo establecer que en mujeres sin aborto previo se obtenía un 11.5% de abortos inducidos. Con 3 abortos previos un 49.5% de abortos inducidos y en aquellas con 6 y 7 abortos previos un 86.5% de abortos inducidos. También existen variaciones con las modificaciones de los niveles socio-exonómicos. La fórmula que se levantó contra esta realidad fue la introducción de la planificación de la familia en la búsqueda de una disminución del aborto a través de la prevención del embarazo no deseado por el uso de métodos anticonceptivos. Algunas cifras que pretenden medir este efecto se resumen en la Tabla No. 12.

---

FIG. A MORBILITY PER ABORTION AND PROYECTIONS PER 10,000 LIVE BIRTHS, AND MORBILITY PER 1,000 WOMEN FERTILE AGE - CHILE 1948 - 1970



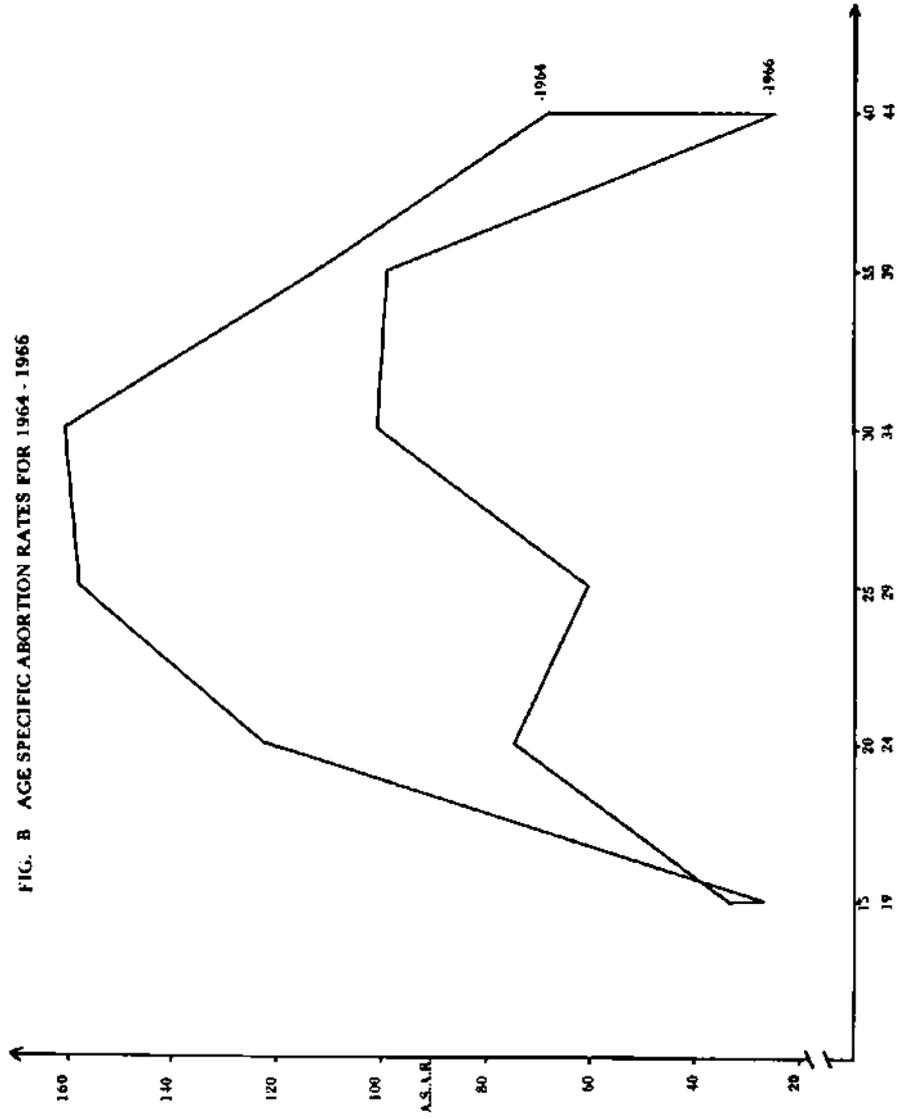
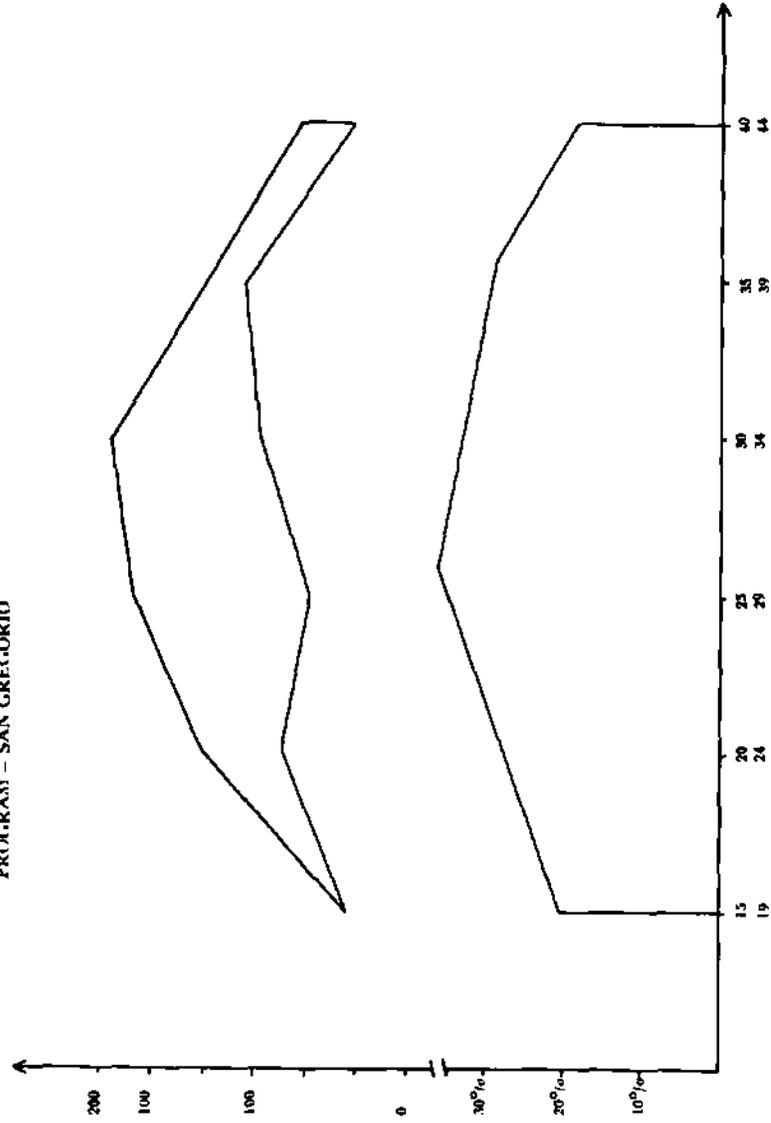


FIG. C AGE-SPECIFIC ABORTION RATES FOR 1964 AND 1966, AND PERCENTAGE OF WOMEN PROTECTED BY THE PROGRAM - SAN GREGORIO



**TABLA 12**  
**COMPARACION ENTRE LAS TASAS DE ABORTO EN SAN GREGORIO, PROVINCIA DE SANTIAGO Y CHILE DESPUES DE 2 AÑOS DE ACTIVIDADES DE REGULACION DE NATALIDAD.**

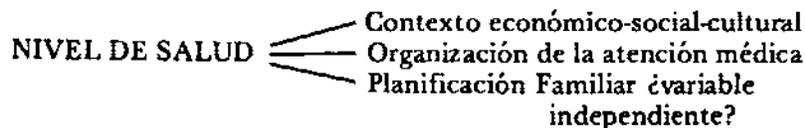
AREA	TASA DE ABORTO (*)		DISMINUCION
	1964	— 1966	
San Gregorio	48.7	28.7	41.1 <sup>o</sup> /o
Provincia de Stgo. (**)	46.2	53.2	—
Chile (***)	34.5	30.6	11.3 <sup>o</sup> /o
Ciudad Stgo. (***)	44.9	56.5	—

(\*) por mil mujeres en edad fértil

(\*\*) estimación de aborto inducido según estadística hospitalaria.

(\*\*\*) según encuesta de Armijo y Monreal.

Los efectos favorables de esta acción parecen expresarse mejor a través de las figuras 1', 2' y 3' que traducen estudios de Faundes y colaboradores y de B. Viel. Como se puede apreciar, cuesta ser concluyentes pero la evidencia presentada inclina fuertemente a suponer que una acción intensa, racional e integral en planificación familiar modificaría sustancialmente las tasas de aborto. Para finalizar, si queremos intentar una respuesta para cuál es la influencia que la planificación familiar pueda tener en el nivel de salud de una población, podemos sobre-simplificar el problema en el siguiente gráfico:



Hemos mostrado previamente que tanto la multiparidad y sus implicancias frente a espaciamiento o "amontonamiento" de embarazos y partos tiene efectos deletéreos tanto en la salud de la madre e hijos, como asimismo, los problemas que el aborto representa como daño en Salud Pública. La cuestión no resuelta aún y para lo cual no tenemos una respuesta, es qué representa la variable planificación familiar en el nivel de salud, al menos, del grupo de mujeres en riesgo de embarazo. Creemos que hay tantas respuestas, como participantes presentes en esta reunión. Nuestra posición personal es que la planificación familiar es una herramienta valiosa, aunque no la única, para intentar la solución de problemas, como por ejemplo, el aborto inducido. Que es la solución a nivel micro-social para problemas como la multiparidad que se traducen en alta morbimortalidad materna, en desnutrición y mortalidad infantil y, aunque hablamos de nivel familiar, micro-social, estamos concencidos que la suma de esas decisiones se traducirían, si los programas de regulación de fecundidad implementados son racionales, en una solución para los problemas señalados.

\* \* \*

#### RESUMEN

Con el aporte de la valiosa y nutrida experiencia mundial y sobre la base de algunas cifras estadísticas nacionales, los autores procuran calificar el impacto de las actividades de planificación familiar sobre la salud pública. Reconocen la imposibilidad de obtener patrones concretos que aseguren esta medición pero aceptan que la planificación familiar es una herramienta valiosa para obtener la solución de algunos de los problemas de salud de nuestra América.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- VIEL, B.— La exposición demográfica.— Ed. Pax. México. 1970.
- 2.- ROMERO, H.— Población, desarrollo y control de la natalidad en América Latina.— Ed. Diana. México. 1969.

3. Nutrición, desarrollo y crecimiento de la población. Population Reference Bureau Inc. Boletín de Población. Vol. IV. No. 2, 1973.
  - 4.-- Plan de operaciones para un Programa de Extensión de Servicios de Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar. Acuerdo cuadripartito. Ministerio de Salud. Chile 1973.
  - 5.-- WILLSON J. ROBERT. Menagem ent of Obstetric Difficulties. The C.V. Mosby Company. St. Louis. 1961.
  - 6.-- JERUSHALMY, J.-- Infant and Maternal mortality in United State. Public Health Report. 57: Jun, 1944.
  - 7.-- Mortalidad según causa. Anuario del Servicio Nacional de Salud. Chile. 1970.
  - 8.-- FAUNDEZ, A.-- y colaboradores.-- Effect of a family planning program on the fertility of a marginal working class community in Santiago. Demography. 5: 122, 1968.
  - 9.-- ARMIJO, R. and MONREAL, T.-- The problem of induced abortion. Chile Milbank Memorial Fund Quaterly. 43: 263, 1965.
  10. REQUENA, M. Condiciones determinantes del aborto inducido. CELADE. Serie A. 61, 1968. Chile.
  - 11.-- International Planned Parenthood Federation. Abortion: A world Survey. Supplement to International Planned Parenthood News. March, 1972.
  - 12.-- VIEL, B.-- Results of a family planning program in the western area of Santiago. Am. J. Publ. Hl th. 59:1898, 1969.
-