

Algunas Reflexiones de la Familia en América Latina

Gildo Zambra C. *

Margarita Peredo M. **

Nos atrevemos a plantear estas reflexiones solamente porque estimo que traducen muchas de las inquietudes que son comunes para nuestros países y porque se sustentan en una experiencia y suficientemente prolongada, tanto en el campo clínico como en el de salud pública y en actividades académicas y de investigación.

EL CONCEPTO

Tristemente las definiciones, siempre hermosas y profundas, superan a la realidad. Planificación de la familia no es una concepción. Por el contrario, definiciones que encierran propósitos muy precisos se estrellan con una realidad que los distorciona y confunde. Planificación de la familia debe expresar siempre un concepto amplio que represente una auténtica posibilidad para la pareja humana de obtener una procreación racional, conciente y estimulante y aquella de conducir a sus hijos por un proceso de socialización acorde con sus posibilidades reales tanto culturales como económicas y morales y en concordancia con la realidad de su propio país. (1) Visto así planificación de la familia es un problema básicamente educativo, en su más amplia acepción. Es un compromiso con la realidad de la pareja humana; es una responsabilidad con un proceso de formación cultural y es, sólo al final una obligación en la oferta de los servicios que esa formación requiera o exija.

LA REALIDAD

¿Cuál es nuestra realidad? Frecuentemente, la planificación de la familia, se entiende y hasta se estimula como una técnica médica o de salud que promueve el uso de los métodos anticonceptivos. (2) Otras veces lleva la connotación definida, y no siempre confesada de limitar la natalidad a cualquier precio. (3) Antes de continuar se hace necesario precisar que no somos pronatalistas, ni mucho menos teóricos desco-

nectados de nuestra realidad. Por el contrario, por la pretensión de tener algunas ideas claras nos atrevemos a reflexionar en su derredor buscando la concordancia entre los conceptos y la acción.

EL IDEAL

¿Cuándo hacemos realmente planificación familiar? Cuando promovemos la educación a todos los niveles y por su intermedio incorporamos el sexo como parte integral del hombre, lo racionalizamos, lo idealizamos, lo orientamos hacia su función unificadora de la pareja y hacia la procreación conciente y responsable. Y cuando absorbemos las demandas técnico-asistenciales de la pareja humana para hacer realidad su decisión, proveyendo servicios que alcancen a la pareja estéril y a aquella fecunda que no desea más hijos temporal o definitivamente, también a la pareja que por diversas razones llega al embarazo no deseado y hasta a aquella sexualmente enferma o incomunicada. ¿Exigimos demasiado? Posiblemente, pero este ideal, aunque no se cumpla debe ser nuestra meta, nuestro horizonte.

EL CAMINO A SEGUIR

Ante la conciencia de no poder cumplir con ese ideal, creemos que existen mitos que estructuran una prelación que merece discutirse. La pareja estéril o infértil encuentra, en general en nuestra América, un alero protector en servicios especializados ginecológicos, que desde hace muchos años han mostrado particular dedicación por ese problema. Estas parejas representan una minoría globalmente inferior al 10% del total de parejas en edad fértil y frecuentemente muestran una decisión y una perseverancia que obvia los problemas asistenciales para su pesquisa y tratamiento. La gran masa que demanda servicios está representada por la pareja fecunda. En nuestra América sólo por la mujer fecunda, más fecunda de lo que desea, que se vuelca a solicitar servicios para regular esta fecundidad. Para ella los servicios de salud, privados o estatales, ofrecen anticoncepción (casi exclusivamente anti-

* Catedrático en Salud Pública de la República de Chile que dictó esta conferencia durante el XV Congreso Centroamericano de Medicina - en San José de Costa Rica -

** Escuela de Obstetricia y Puericultura. U. Chile.

concepción y no planificación familiar). Nos parece que en este nivel es justamente lo que deben ofrecer para satisfacer convenientemente esa demanda. Estos servicios han de tener todo el desarrollo que se merecen para entregar a la mujer una atención oportuna, completa, humana, racional y técnicamente adecuada. (5) En general, esto se puede lograr. Si fuera todo así que sencillo sería. Cada pareja estéril que desea un hijo acude a la atención profesional oportuna y regularmente y cada pareja que no desea un hijo recurre a solicitar la prescripción anticonceptiva oportuna y eficaz. Esta utopía pondría fin a la cuestión y así ha de ser cuando la educación de padres e hijos alcance tal nivel que esa actitud sea normal en toda la población. ¿Cuánto falta para ello? Mucho. El sector salud, que en varios de nuestros países ha tomado el liderazgo, poco tiene que hacer ante una situación que de ser abordada en forma integral y multisectorial. En la espera continuamos registrando las consecuencias de esa situación.

ALGUNOS DAÑOS EN SALUD

¿Por qué tanto nacimiento indeseado? Los hijos nacen y mueren por las condiciones en que viven, es cierto, pero sus padres tienen una parte de responsabilidad que no pueden eludir. Nuestras cifras de mortalidad infantil se elevan a 230 por mil, 123 por mil, 89 por mil, 70 por mil o 52 por mil. Cualquiera de ellas denuncia un número de niños que sólo vienen a morir y que traducido a términos absolutos resulta escalofriante. En Chile, en 1972, con una mortalidad infantil descendente, murieron entre 13.000 y 14.000 niños más de los que, teóricamente, podían morir. Cito esto sólo para ejemplificar. Cada uno de nosotros sabe que esta es una realidad cruel en Latinoamérica. (6) A los pronatalistas latinoamericanos debemos recordarles la tasa de mortalidad infantil de su país y pedirles, enseguida, que expliquen la ventaja de incrementar o mantener la natalidad, en esas condiciones, para llenar los consultorios de mujeres embarazadas en control, las maternidades de parturientas y puerperas, los consultorios y hospitales especializados de niños desnutridos y enfermos y los cementerios de cadáveres infantiles. Solamente cuando la muerte infantil alcance cifras razonables de 30, 25 ó 20 por mil, podremos comenzar a discutir los beneficios de fomentar la natalidad. Somos los primeros en reconocer la falta de relación directa entre ambos fenómenos, natalidad y mortalidad infantil, pese a las numerosas curvas comparativas que todos conocemos pero, debemos reconocer a la vez, que la alta natalidad no es una condición que la pareja acepte racionalmente; lo sabemos cada vez que la consultamos. Tampoco es posible imponerla. Ella es el producto de un comple-

jo fenómeno social, cultural, político y económico que se acepta o tolera con resignación cuando no se combate el modo más irracional posible, a través del aborto, muchas veces a través del parto prematuro inducido, o, lo que es peor, a través del descuido conciente o inconsciente del recién nacido y del lactante. ¿Podemos desconocer la importancia del aborto inducido como un intento ancestral de regular la natalidad? ¿Cuáles son las cifras que delatan su magnitud y sus proyecciones. Nada más difícil de responder. Sin embargo, la experiencia indica que basta averiguar un poco para convenir que el problema existe. Basta averiguar más profundamente para saber que es muy importante. Basta trabajar en hospitales y consultorios para saber que daña gravemente a la mujer joven y la mata en plena edad reproductiva. En Chile, en 1970, pudimos establecer que hubo 1 aborto por cada 2 partos atendidos. Esta cifra parece mantenerse en el tiempo y poco han influido, hasta el momento, las prescripciones anticonceptivas, por lo menos en el nivel nacional. En estudios locales (San Gregorio o Area Occidente de Santiago) el problema resulta algo diferente. (7,8) El 37% de las muertes maternas, 420 mujeres para 1971, reconoce como causa una complicación de un aborto, habitualmente provocado. (9) En otros países de nuestra América el problema es aún mayor y en muchos se desconoce o quiere desconocerse.

LAS SOLUCIONES

Estos son unos pocos hechos concretos. Ante esta realidad ¿qué podemos hacer? ¿qué cabe ofrecer? Lo primero y simple. Mejorar las condiciones de atención del aborto complicado promoviendo la consulta oportuna y otorgando servicios de la más alta calidad técnica. Esto es de alto costo y con gran utilización de recursos. Es medicina curativa y, por lo tanto, de bajo rendimiento. Lo segundo, complejo y difícil. Evitar el embarazo no deseado promoviendo el uso de los métodos anticonceptivos en todas las mujeres que tengan la posibilidad de un embarazo en esas condiciones. Tal vez aquí comienza efectivamente la planificación familiar. Para ello es necesario llegar con educación a los niños y a los jóvenes, a sus padres, procurando la adopción oportuna de un anticonceptivo en la pareja que se inicia sexualmente o en aquella que ya ha satisfecho temporal o definitivamente su decisión de paternidad. Muchas mujeres, miembros de esa pareja humana, desconocidas entre nosotros, no tienen acceso oportuno al servicio necesario; otras sí tienen ese acceso a través de una atención obstétrica o ginecológica, especialmente un parto o un aborto; de estas últimas, por lo menos, ninguna debiera salir de la atención otorgada sin una in-

formación completa y adecuada sobre anticoncepción y la posibilidad concreta de obtener esos servicios. En ese sentido, sólo es ése, nos confesamos entusiastas partidarios de los programas de anticoncepción post parto y post aborto. (10) Hemos calculado el alcance de estos programas, que siendo muy eficaces en la captación de usuarias, no cubren anualmente, y con gran esfuerzo, más que el 10^o/o de la población de mujeres en edad fértil de una región. En estos términos debemos aceptar estos programas como un complemento útil de una acción más global. (10) También sabemos que cerca de un 20^o/o de nuestra población de mujeres en edad fértil ya se ha incorporado a ese grupo de selección que opta responsablemente por los anticonceptivos oportunamente, y que alrededor de un 30^o/o de ellas no los necesita porque desea un hijo, es estéril o no tiene vida sexual activa. (11) Con un simple cálculo caemos en la cuenta que tenemos sobre nosotros la responsabilidad de un 40^o/o de mujeres en edad fértil que deben ser captadas y deben lograr una actitud de paternidad responsable para tener acceso, enseguida, a los servicios que esa actitud demande. Con pocas variaciones esa es la magnitud del problema y ese es el desafío para planificación familiar en América Latina.

EL FUTURO INMEDIATO

Con un poco de optimismo podemos esperar que cada día, en lenta declinación, enfermen y mueran menos mujeres por aborto séptico. Que cada día consulten menos embarazadas resignadas a su embarazo no deseado y cada día concurren menos hijos no deseados a los consultorios infantiles. Que cada día con nuestro quehacer, avancemos un paso más. Para muchos el camino es muy lento, la espera para lograr metas satisfactorias demasiado prolongada y hasta irresponsable. Ya comienzan a aparecer las primeras voces que pretenden soluciones a más corto plazo. Una de ellas, compleja y discutible, es el aborto.

EL ABORTO

Sin desconocer el camino señalado, para algunos resulta indispensable enfrentar el problema ofreciendo el aborto "profiláctico"; un aborto "limpio", reglamentado, sobre el que se haya legislado claramente. Un aborto incluso condicionado al uso inmediato de un anticonceptivo eficaz. Este aborto siempre será una solución curativa para el embarazo no deseado pero una solución preventiva temporal para la muerte materna ocasionada por el "otro aborto" el ilegal, el clandestino y habitualmente séptico. (2) Tenemos clara consciencia de la trascendencia que es-

ta posición tiene para nuestros países. Nos cuesta conciliarla con nuestra realidad cultural pero sería irresponsable eludir el tema y no mencionarlo en estas reflexiones. En Chile existe una experiencia pequeña y trunca. La evaluación local de esta primera experiencia parece demostrar ventajas claras en términos de disminución de complicaciones y muertes y de adopción de anticonceptivos por parte de una población que no tenía acceso a ellos. Existiría en este proceso una primera etapa que contemplaría la adopción de un aborto legalizado ante el fracaso de un método anticonceptivo controlado responsablemente. Esta etapa abriría la perspectiva de invertir los términos posteriormente y ofrecer el aborto legalizado a cualquier embarazo accidental no deseado bajo el compromiso de adoptar un anticonceptivo eficaz inmediatamente después. Somos demasiado respetuosos de las opiniones ajenas para ignorar que este camino tendrá honrosos detractores que esgrimirán razones demasiado poderosas para ser desconocidas. Sin embargo, estimamos que representa una posibilidad más que no debe ignorarse. La evidencia de cuan superado está este asunto en tantos países no nos autoriza para desconocer nuestra realidad y prescindir de ella.

LA ESTERILIZACION FEMENINA Y MASCULINA

Estimamos que ha llegado el momento de reconocer que un quehacer racional en planificación familiar no puede prescindir de estas técnicas, básicamente irreversibles. La evaluación clínica de los anticonceptivos obliga a aceptar que estamos lejos del método ideal, y por ello, un grupo importante de mujeres quedaría sin protección si no ofrecemos estos procedimientos quirúrgicos oportunamente. Por fortuna, nuevas técnicas los hacen más inocuos y expeditos, y deben ser incorporadas a los recursos asistenciales que le brindamos a la población. Ello tiene especial validez para la demanda, si aparece, de esterilización masculina, como lo están demostrando algunos centros pioneros en Colombia o El Salvador.

EL APOYO INTERNACIONAL

Siempre hemos pensado que los países o las instituciones que tienen particular interés en apoyar programas, actividades o acciones de planificación familiar debieran suscribir una especie de tratado de honor en pro de la promoción de la idea pero dentro del marco la "libre determinación de cada pueblo" y de un consenso de "no intervención" en el esquema que cada país ha decidido adoptar. No nos cabe duda que este espíritu, aceptado por muchos, alentaría a otros

tantos y abriría posibilidades claras para llegar con la planificación familiar a sitios donde apenas se llega o se ha llegado bajo un clima de suspicacia y crítica, no siempre constructiva. Esta libre determinación de los pueblos para ejercer el derecho a la planificación familiar debiera ser igualmente válida para el microcosmo que representa la familia. En efecto, creemos que por sobre las consideraciones generales y particulares que hemos planteado, es la pareja humana la que debe decidir, libremente, el número de hijos que desea tener y que es nuestra responsabilidad apoyar esa decisión y hacerla realidad. Para muchos, entre los que me cuento, este es el mayor y principal argumento en pro de la planificación familiar. Y si analizamos el argumento en la perspectiva general que a través de la planificación familiar se expresa claramente una tendencia a disminuir el número de hijos, más que a aumentario, no cabe dudas que esta tendencia traduce la decisión de la mujer de liberarse progresivamente de la esclavitud de la procreación reiterada y encontrar así, junto a su pareja, el sitio que le corresponde en una sociedad en evolución, dinámica, productiva y renovadora. Todo lo expuesto tiene solamente el valor de ser una síntesis para una experiencia de muchos años. Pretende ser un enfoque racional para la planificación familiar en la América Latina de hoy y ojalá de siempre. . . pero,

SIEMPRE EXISTE UN PERO, LA GRAN DUDA

En los últimos decenios hemos visto alzarse con insistencia la voz de los estudiosos del medio ambiente y ellos comienzan a darle a todo esto una perspectiva distinta, insospechada. Estas voces, algunas muy autorizadas, destacan con perfiles aterradores las cifras de crecimiento humano para fines del siglo y comienzo del siguiente, las relaciones entre el crecimiento de los habitantes

del planeta y el crecimiento de la producción de alimentos, la proporción de la contaminación ambiental progresiva, las actitudes del ser humano en una sociedad superpoblada, etc. etc. (13) No son nuevas estas voces. Malthus en el siglo VIII abrió el camino para estas predicciones aterradoras. Hoy sabemos que se equivocó. No dudamos de sus buenas intenciones ni cuestionamos su inteligencia o preparación, pero utilizó elementos de juicio poco certeros y en ellos cimentó sus conclusiones. Los agoreros del siglo XX, parecen igualmente bien inspirados, deslumbran con su inteligencia y preparación y, lo que parece más grave, fundamentan sus predicciones en elementos de juicios poco certeros y en ellos cimentó sus conclusiones.

Los agoreros del siglo XX, parecen igualmente bien inspirados, deslumbran con su inteligencia y preparación y, lo que parece más grave, fundamentan sus predicciones en elementos de juicio que cuesta rechazar o desconocer por su peso científico y su respaldo experimental.

Si tienen razón, todo lo dicho pasará a ser una hermosa buena intención del pasado, época en que la planificación podía, y me atrevo a decir, enfrentarse con un criterio predominante HUMANISTA.

RESUMEN

Sobre la base de una experiencia en planificación familiar que se prolonga por espacio de 15 años, tanto en el campo clínico como en el de salud pública y en investigación y docencia, los autores plantean algunas reflexiones sobre la planificación familiar para la América Latina, en la esperanza que esas reflexiones pudiesen constituir líneas orientadoras generales en futuros planes y programas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA. APROFA. Acta de constitución y estatutos.
- 2.— CALDERONE, M.— Manual of contraceptive practice. The Williams & Wilkins Company, Baltimore 1964.
- 3.— NUTRICION, desarrollo y crecimiento de la población. Population Reference Bureau. Boletín de Población. Vol. LV, No. 2, 1973.
- 4.— Esterilidad e infertilidad humana. Botella-Jusiá, J. y colaboradores. Editorial Científico-Médica. Barcelona 1967.
- 5.— Bogue, J. Donald. Una entrevista modelo para investigar la fecundidad y evaluar la planificación familiar. Community and family study center. Universidad de Chicago. 1971.
- 6.— Anuario de nacimientos y muertes. Servicio Nacional de Salud. Chile. 1972.
- 7.— Faúndez, A.— Effect of a family planning

- program on the fertility of a marginal Working class community in Santiago. *Demography* 5:122, 1968.
- 8.- ARMIJO, R. and Monreal, T.— The problem of induced abortion in Chile. *Milbank Memorial Fund Quaterly*. 43: 263, 1965.
 - 9.- Plan de operaciones para un Programa de Extensión de Servicio de Salud Materno-Infantil y Bienestar Familiar. Acuerdo cuadrupartito. Ministerio de Salub Pública, Chile. 1973.
 - 10.- Cabrera, R.; Zambra, G. y Robinovich, J.— Uso de dispositivo intrauterino en modalidad de inserción post parto y post aborto. En prensa.
 - 11.- Gutiérrez, H.— Medical and clinical activities. *Family Planning Association. W.H.R.— Overview*, 1972.
 - 12.- Viel, B.— *La explosión demográfica*.— Ed. Pax. México. 1970.
 - 13.- Trewartha, G.— *Geografía de la población*. Ed. Marymar. Buenos Aires. 1973.—
-