

ANTICONCEPCION

Análisis Crítico de la Anticoncepción Moderna en Chile

Dr. PATRICIO MENA GONZALEZ *

1. HISTORIA DE LA ANTICONCEPCION

En 1945 el Dr. Fuller Albright de la Universidad de Harvard, planteó la posibilidad de utilizar los esteroides activos oralmente en el control de la natalidad.

La Fundación Worcester para Biología Experimental con sus fisiólogos Gregory Pincus y M. C. Chang; y el obstetra John Rock de Harvard asumieron en la década del 50 el liderazgo de la producción de un "anticonceptivo oral eficaz, seguro y comerciable" (1).

Hacia 1957, después de las experiencias clínicas realizadas en Boston, San Juan de Puerto Rico y en Los Angeles, California (Dr. Edward Tyler), la FDA (Food and Drug Administration de EE. UU. de A.) aprobó el mestranol noretinodrel y noretindrona para el tratamiento de condiciones ginecológicas patológicas.

En 1960 el Enovid 10, primera píldora que era combinación de estrógenos y progestágenos, se aprueba por FDA con fines anticonceptivos.

"En aquel entonces, se acordó que estas nuevas, poderosas y relativamente desconocidas dro-

Un documentado análisis en que se resume el estado actual de los conocimientos, experiencias, resultados y efectos directos e indirectos de la anticoncepción en nuestro país.

A través de la interpretación de Tablas y Gráficos se exponen con relación a los 15 a 20 años de aplicación de diversos métodos, las variaciones de población, indicadores de salud, tasas de natalidad, abortos, tasas de mortalidad materna, recursos profesionales disponibles, etc.

De marcado interés aparecen las "Proposiciones" formuladas a las autoridades nacionales de salud, relativas a: la conveniencia de presentar a las sociedades científicas nacionales las investigaciones realizadas en chilenas antes de su publicación en el extranjero; el establecimiento de una Central Nacional de información periódica a la comunidad sobre actividades de regulación de natalidad, y modificación de los programas de educación sexual.

gas deberían ser distribuidas sólo mediante prescripción médica y bajo estrecha supervisión de un médico. Aunque no había ninguna evidencia de que produjeron cualquier efecto inmediato adverso o irreversible, tampoco se tenía certeza sobre su seguridad a largo plazo o su impacto sobre la futura fecundidad de la usuaria o sobre la salud de los hijos nacidos de las usuarias anteriores" (1).

El primer dispositivo intrauterino propiamente tal destinado específicamente a la anticoncepción fue descrito por Richter en 1909.

A fines de la década del 20, Ernst Graefenberg en Alemania, desarrolló un anillo de plata, en 1934 Ota —en Japón— introdujo su anillo de oro, o de plata y oro. En 1936 el gobierno japonés prohibió su uso. Médicos europeos forzaron a Graefenberg a abandonar su dispositivo. En 1959 Oppenheimer informó de una experiencia realizada en Israel con el anillo de Graefenberg; e Ishihama la suya con el anillo de Ota.

En 1962, en la Conferencia Internacional sobre dispositivos intrauterinos, Lippes describió su experiencia con un dispositivo hecho de un plástico inerte: polietileno, con el cual se substituyó a los dispositivos metálicos de Graefenberg y Ota.

* Departamento Obstetricia y Ginecología.
Facultad Medicina, Santiago Norte.
Universidad de Chile.

En 1966 se distribuyeron en USA 577.000 dispositivos, en 1971 alcanza esta cifra a 1.670.000 y en 1974 es de 775.000 (2).

Hacia mediados de la década del 60 se introducen los anticonceptivos en las actividades del SNS que dicen relación con el Programa de Atención Maternal. En 1965 se totalizan 57.327 usuarios de anticonceptivos en el SNS, el 4.2% de las mujeres en edad fértil. En 1975 la cifra alcanza a 437.169 mujeres, el 26.8% de las mujeres en edad fértil.

2. NATALIDAD Y POBLACION

Entre 1950 y 1965 la población creció en cerca de 40% con una tasa de natalidad ligeramente en aumento. Los grupos poblacionales (según edad y sexo) tienden a mantener su proporción general, excepto los mayores de 65 años que aumentaron a consecuencia de la prolongación de la expectativa de vida en el país. (Tablas 1.1. y 1.2.). (Cuadro N° 1).

A partir de 1965 se observa una notable disminución de la natalidad (-31,12%), que hasta 1975 se ha manifestado en disminución de las mujeres menores de 5 años (-18,13%) y una mantención de la proporción de mujeres en edad fértil (15-45 años) y la mantención de la tendencia creciente en la proporción de mayores de 65 años (Tablas 1.1. y 1.2.).

En 1995 la población femenina nacida a partir de 1965 —mujeres en edad fértil por excelencia, (entre 15-30 años de edad)— tendrá progresivamente una proporción menor. Igual situación se observará en los hombres de edad correspondiente. (Ver proyecciones de población de INE - Celade) (6).

Un cambio que significará un retorno a la proporción primitiva de mujeres en edad fértil, requerirá de 15 años de actividad reproductora además de una fertilidad compensadora.

3. SALUD MATERNO INFANTIL Y ANTICONCEPCION

(Cuadros N°s. 2 y 3)

En el período de 20 años que se inició en 1955 los diversos indicadores de salud M.I. han mostrado una notable mejoría, lo que ha sido particularmente importante en la década de 1965-75. (Tablas 2.1. y 2.3.). Sin embargo dicha mejoría no ha tenido una evolución pareja en

todos los indicadores. *Los mejores resultados entre 1965-75 se observan en Mortalidad infantil (-41.9%), mortalidad materna por parto (-68.6%) y mortalidad materna por aborto (-52.1%).*

Los resultados en salud referentes a la calidad misma de la reproducción: mortalidad neonatal y mortinatalidad han mejorado en proporción semejante a la de la salud general de adultos y niños mayores de 1 año. Descensos de mortalidad de -25.9%, -26.5% y -20.1% respectivamente. (Tablas 2.1. y 2.3.).

La disminución de la mortalidad materna por parto y de la mortalidad infantil ha sido espectacular. Como factores determinantes han influido entre otros: un considerable aumento del número de profesionales médicos obstetras (50%), pediatras (85%) y matronas (91%) junto a una disminución del número de usuarios de los servicios (disminución de nacidos vivos en 13,3%). (Tablas 3.1., 3.2. y 3.3.), lo que ha determinado en conjunto un aumento en la concentración de recursos profesionales puestos a disposición de cada paciente del orden de 72% - 114% según el tipo de atención (Tablas 3.2. y 3.3.).

El aborto provocado y hospitalizado, analizado entre 1964-75 con diferentes enfoques estadísticos (Tabla 2.2.) —ninguno satisface plenamente —muestra una disminución en la práctica del aborto provocado del orden de 6.68% a 10.5%. Este descenso se obtuvo entre 1964-70; después continúa bajando la natalidad sin lograr reducir la proporción de abortadoras. Esto permite concluir que el aborto provocado parece tener una clientela estable —que forma el grueso de abortadoras—, que difícilmente puede ser reducida con oferta de anticonceptivos.

Tanto la atención materna del parto y aborto como la atención infantil se han beneficiado de mejorías en la organización de la atención médica y de progresos científicos y tecnológicos aplicados en este último tiempo. (Anestesia obstétrica, tratamiento shock séptico, concepto y estructura de alto riesgo, etc.).

Sin embargo, la calidad del producto —asunto de vital importancia para el futuro de la nación—, que medimos con los indicadores perinatales no ha mostrado un progreso claramente distinto del alcanzado por la población general del país (Tablas 2.1. y 2.2.).

Debemos concluir que la anticoncepción (26.8% de las MEF en SNS) ha tenido sólo un efecto parcial en la mejoría de los indicadores de salud. El sistema de riego pareja de

anticonceptivos —sin discriminación médica— ha arrastrado junto a algunas pacientes que tenían una reproducción difícil a muchas que no tenían problemas reproductivos.

4. EFECTOS BIOLÓGICOS DE LA ANTICONCEPCIÓN MODERNA

GESTÁGENOS

Mecanismo de acción y patología secundaria: Básicamente los anticonceptivos hormonales combinados actúan impidiendo la ovulación, frenando a nivel del hipotálamo —por medio de estrógenos y progestágenos—, la producción de factores liberados que capacitan al óvulo para madurar dentro del folículo (FSH); y del factor liberador del folículo (LH). Por consiguiente, los anticonceptivos hormonales combinados proveen una interferencia hormonal doble al ciclo ovárico normal (1).

Secundariamente, las preparaciones esteroidales dificultan la producción de un embarazo por alteración de la calidad del moco uterino cervical; determinan un moco celular mínimo y espeso que actúa como barrera a la penetración espermática. Además se produce desfase en la maduración del endometrio respecto a la ovulación (1).

Los gestágenos orales modifican la constitución de la bilis de mujeres normales aumentando la proporción de colesterol y de ácido cólico, disminuyendo simultáneamente los ácidos queneodeoxycólico y litocólico (7).

Los progestágenos, Norethindrone o el Acetato de Medroxiprogesterona, combinados a los estrógenos Etinil Estradiol o Mestranol aparecen asociados a aumentos significativos de Insulina libre en ayunas sin hipoglicemia (8). En tratamientos a largo plazo con gestágenos orales se observa una disminución significativa en la eficiencia de insulina frente a la prueba de tolerancia a la sobrecarga de glucosa; independientemente del tipo de anticonceptivo oral (9).

Las prediabéticas tienen un riesgo significativamente mayor de mantenerse intolerantes a la sobrecarga de glucosa durante la terapia oral (10).

Se ha asociado al estrógeno que contienen los gestágenos el aumento de presión arterial que se presenta en las usuarias de este anticonceptivo (11). La incidencia de presión arterial elevada sube entre 2,59 a 6 veces sobre la ocurriente entre no usuarias (1).

El riesgo de desarrollar varios desórdenes tromboembólicos es aproximadamente 5-10 veces mayor entre las usuarias de la píldora que entre las no usuarias (1). El efecto de los anticonceptivos orales sobre la incidencia de desórdenes tromboembólicos varía de acuerdo a la clase de desorden, al estrógeno contenido en el anticonceptivo, a la edad de la usuaria, al hábito de fumar (1) y posiblemente también a la raza.

Se han descrito 31 casos de tumores hepáticos en mujeres que usaban anticonceptivos orales, lo que es un aumento marcado de la incidencia de un tumor de rara aparición. Debido a que los progestágenos son inductores enzimáticos, pueden acelerar la oncogénesis aumentando los metabolitos tóxicos que no pueden ser excretados debido al efecto colestático de los estrógenos (12).

Además de tumores se producen una serie de cambios hepáticos que incluyen dilatación sinusoidal, aumento del retículo endoplasmático y la formación de mitocondrias gigantes conteniendo inclusiones para cristalinos (13). Los anticonceptivos orales parecen estar asociados con una mayor incidencia de colecistitis y colelitiasis que se traduce en el doble de operaciones sobre la vía biliar (14).

Los gestágenos se asocian a un aumento de 25 a 50% de posibilidad de infección urinaria y vaginales (15).

También es notable el aumento de enfermedades de la piel: fotosensibilidad, rosácea, eczema, cloasma (1).

La incidencia de amenorrea después de la suspensión de gestágenos es de 2,2% (16).

No se ha encontrado asociación entre tumores malignos de la mama y del cuello uterino con el uso de gestágenos.

Se sugiere en estudios recientes que la exposición a esteroides sexuales durante el embarazo puede aumentar la incidencia de anomalías fetales de extremidades, vértebras, anorectales, cardíacas y traqueales. Se aconseja que al término de un tratamiento con gestágenos se evite el embarazo durante 2-3 meses (1).

Los gestágenos han sido un excelente tratamiento para diversas patologías del área genital como: endometriosis, quistes funcionales ováricos, algunas hemorragias, dismenorrea y tensión premenstrual.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Mecanismo de acción y patología secundaria: No existe una única explicación de su exacto modo

de acción en el hombre. Se describen los siguientes fenómenos (17):

- a) fagocitosis y citolisis acentuada que destruyen espermios y/o blastocisto.
- b) proceso inflamatorio inespecífico del endometrio que dificultaría la implantación del blastocisto.
- c) inversión de la onda contráctil de las trompas de Falopio.
- d) marcado aumento de prostaglandinas en el 80% de los pacientes (20), lo que sería responsable de diversos efectos: alteración de la actividad de la musculatura lisa del útero y aumento de la reacción inflamatoria uterina.

Aparentemente no suprime la ovulación.

En el caso de los DIU con cobre, el metal se encuentra en el útero y en el riñón. En conejos se produciría atolisis del blastocisto determinado por el cobre que induce la liberación de enzimas líticas. También alteraciones en los mucopolisacáridos de la superficie del blastocisto, lo que destruiría la protección inmunológica de éste. También sabemos que el cobre peroxida los lípidos transformándolos en el peligroso compuesto malonaldehído (18).

Respecto a prostaglandinas, sus efectos pueden ser relevantes en el control de la concepción por acción a nivel del eje hipotálamo-hipófisis (19).

El dispositivo intrauterino provoca procesos inflamatorios de extensión y gravedad variables, además de una tendencia hacia la hemorragia. Los procesos inflamatorios pelvianos aparecen en 1.3 — 2.5% de los usuarios (17). La hemorragia estaría determinada por un aumento de actividad fibrinolítica a nivel del endometrio (21). La perforación uterina también merece mención aunque su frecuencia es mucho menor.

Los DIU permiten embarazo en 0.10 a 5.6 por 100 mujeres durante el primer año de exposición.

El 54% de los embarazos que se producen en presencia de DIU terminan en aborto, versus 15% de riesgo de aborto espontáneo.

El 6% de los embarazos que se producen en presencia de DIU son embarazos ectópicos. La incidencia de ectópicos no relacionados a DIU es ligeramente superior a 1%.

No existe evidencia de aumento de cáncer

uterino hasta 4 años después de la inserción (22).

Posibles efectos generales del DIU: En una investigación (personal) aún no publicada y limitada a 3.926 meses en 146 pacientes se pudo observar hipoplasia uterina (Hipoplasia se definió arbitrariamente como histerometría menor a 6 cms.). Las pacientes con hipoplasia uterina presentaron una asociación (+) con síntomas nerviosos (agresividad, depresión, irritabilidad, nerviosismo, inestabilidad emocional, angustia) en el 43.4% de los casos; mientras sólo 19.1% de las pacientes no hipoplásicas presentaban estos síntomas.

Las pacientes con hipoplasia uterina presentaron una asociación (+) con el síntoma frigidez en el 25% de los casos, las pacientes sin hipoplasia un 9.2% de frigidez.

5. ALGUNOS FENOMENOS SOCIO-CULTURALES DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS

Paralelamente a la masificación de la anticoncepción en el mundo ha habido un aumento de la actividad sexual extraconyugal y prematrimonial *evidenciado en el notable aumento de las enfermedades venéreas* —en USA tanto la sífilis como la gonorrea se han triplicado en este período (23)—, *y en la verdadera epidemia de embarazos en adolescentes* (24). Junto al libertinaje sexual ha existido pornografía y consumo de drogas, elementos que favorecen la disolución de la familia y que no necesitan demostración.

6. SEXO - AMOR - ANTICONCEPCION

El sexo humano es la expresión del instinto y del espíritu, compleja manifestación que distingue al hombre de toda otra creatura. Requiere de dos personas, en su doble aspecto; instintivo y espiritual. El sexo como manifestación de la persona es una función que imprime carácter a toda la actividad del hombre.

El sexo, imperativo biológico y manifestación superior del hombre se da en un contexto de amor, amor que en su más alta significación es: entrega, darse, dar a otro lo que otro necesita a expensas de sí mismo. Consideramos la facultad de amar, junto a la inteligencia como la más significativa y característica de las cualidades del espíritu humano.

La anticoncepción moderna es un *enfoque meramente genital*, aplicado a una de dos personas, en un proceso que *pertenece a dos*. Es un

procedimiento eficiente para evitar embarazos a costa de daños biológicos, de una alteración del sentido del sexo y del amor, como también de la familia. La anticoncepción como negación del amor puede ser compensada por un gran amor que se exprese en fidelidad y respeto. El DIU se encuentra en una situación diferente a los gestágenos, por cuanto lleva involucrado un riesgo de aborto y/o de destrucción del blastocisto.

7. PONDERACION DE EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA ANTICONCEPCION

- a) Es una solución eficiente para regular el número de embarazos, regulación que es una **NECESIDAD REAL** en muchas familias, considerado como un derecho humano por la N.U. (Paternidad responsable). Considerar Necesidad Real vs. Necesidad inducida por Mentalidad de Consumo.
- b) En Chile ha tenido un fuerte efecto demográfico que adquirirá sus verdaderas dimensiones cuando hacia 1995 la masa de mujeres en máxima edad reproductiva sea la nacida durante los años de acción anticonceptiva masiva.
- c) La salud materno infantil ha mejorado, pero sólo escasamente por acción anticonceptiva, ya que es evidente que el aumento de recursos humanos, organizativos, científicos y tecnológicos ha sido lo que ha tenido mayor influencia. La calidad del producto de la reproducción tiende a modificarse siguiendo las tendencias de la salud general del país —mejoría del orden del 20%—. El sistema de riego parejo de anticonceptivos aleja de la reproducción tanto a la mayoría de mujeres sanas como a la minoría de alto riesgo reproductivo.
- d) El aborto provocado disminuyó durante los primeros 6 años de anticoncepción, para luego estabilizarse, mientras la tasa de natalidad continuaba bajando. Es obvio que el aborto provocado adquiere las características de un fenómeno cultural difícil de erradicar; se entra a él y difícilmente se sale.

Recordemos que Su Santidad Paulo VI en su Encíclica *Humanae Vitae*, —pocos tienen la gloria de haberla acatado plenamente en ese momento— nos previno ya en 1968 de todos y cada uno de los peligros y significados de la anticoncepción.

- e) La anticoncepción con gestágenos provoca patología grave a largo plazo y los DIU son elementos intermediarios entre anticonceptivos y abortivos —en opinión de los promotores de la legalización del aborto (25)— que se asocian graves patologías genitales de aparición imprevisible.
- f) La anticoncepción, al disminuir el número de hijos de una familia facilita la condición económica de ésta a cambio de un riesgo progresivamente mayor de enfermar y de una permanente violación del real contexto del sexo humano.

8. ALTERNATIVAS

Ante los inconvenientes más arriba descritos tanto la población usuaria como los organismos internacionales han reaccionado: las primeras, abandonando los anticonceptivos (tasa de continuidad para gestágenos después de un año, 32% y para DIU 69%) (29), y los segundos promueven métodos anticoncepcionales definitivos como la esterilización femenina y la legalización del aborto.

La *esterilización* se promueve a escala mundial, habiéndose diseñado nuevos instrumentos que permiten operar ambulatoriamente. La laparoscopia con técnica de electrocoagulación de trompas o con colocación de anillo en un pliegue de éstas —estrangulación—, se tiende a suprimir —a causa de las importantes complicaciones secundarias que provoca— para reemplazarla por la minilaparotomía.

La *legalización del aborto* ya precedida en algunos países de una etapa de "*Regulación menstrual*". Vergonzoso eufemismo, que tiende a introducir subrepticamente una mentalidad abortiva en el cuerpo médico y la mujer. Este procedimiento consiste en la aspiración del contenido uterino de mujeres en que se ha atrasado la menstruación.

OTRO ENFOQUE AL PROBLEMA DE EJERCICIO DE LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Otros grupos buscan las bondades de la paternidad responsable en lo familiar y en lo social, con medios que por estar basados en el conocimiento de la fertilidad humana pueden ser utilizados a largo plazo en forma segura tanto en lo físico y psicológico como espiritual, excluyendo patologías en lo personal, familiar y social. El método que reúne estas caracterís-

ticas, y que en realidad es más que un método, es una *forma de vida*, se ha denominado "*conciencia de la fertilidad*". En él se realiza una constante y sencilla auto-observación de síntomas y signos de fertilidad. Exige para su éxito de un adecuado adiestramiento. Tiene la ventaja de respetar la naturaleza misma del acto sexual, ser natural —no introduce substancias ni objetos extraños— y está al alcance de un analfabeto. Significa una inversión inicial en adiestramiento, pero posteriormente no requiere de controles. En manos de Marshall (27) —sin adiestramiento personal— tiene una seguridad de 78 en 100 años-mujer. En manos de algunos investigadores que han dado adiestramiento personal (28) la seguridad llegó al 98.6 por 100 años-mujer.

FUNDAMENTOS GINECOLOGICOS DEL METODO DE CONCIENCIA DE LA FERTILIDAD

Así como la mujer tiene signos externos que la informan de la duración de sus ciclos ováricos, también tiene síntomas y signos que la informan de la duración de su período fértil. La iniciación del período fértil se caracteriza por aparición de mucosidades en los genitales externos, el de máxima fertilidad se asocia a mucosidades como "clara de huevo" y el término del período fértil y comienzo del infértil se caracteriza por un cambio en la calidad de las mucosidades —cambio regresivo—, que puede también acompañarse de cambios cuantitativos —disminución de la cantidad de mucosidades—.

Existe en la actualidad una organización internacional, FIDAF (Federación Internacional de Acción Familiar) que promueve el desarrollo e implantación de métodos naturales de regulación de la familia, que ya ha tenido su primer congreso mundial —Cali, Junio de 1977— bajo los auspicios de la OMS, adquiriendo con

esto su mayoría de edad y comenzando a tener el peso que le corresponde en los planes y programas de la N.U.

En Chile se inician actividades dentro de las líneas de FIDAF, buscando renovar el enfoque de sexo. Para lograr este propósito se piensa que se debería obtener que toda mujer llegara a conocer los métodos naturales de regulación en su significado físico y espiritual, y en cuanto ámbito para alcanzar la vida digna que se merecen como persona humana, como hijos de Dios.

PROPOSICIONES

Solicitar que se acojan por parte de las autoridades las siguientes medidas:

- 1.— Que se informe ampliamente a la comunidad nacional sobre las características y alcances de la anticoncepción artificial.
- 2.— Que se informe a las soc. científicas chilenas antes que se publiquen en el extranjero investigaciones realizadas en chilenas en materia de reproducción humana.
- 3.— Que se modifiquen los programas de educación sexual, dándoles contenidos que respondan a la naturaleza espiritual y material del sexo humano. Incorporar el método de la "conciencia de la fertilidad" (método de la ovulación de Billings) al curriculum básico de la educación de todo chileno. Destacar en la educación sexual el verdadero significado de la anticoncepción artificial.
- 4.— Que se establezca una Central Nacional que controle e informe periódicamente a la Comunidad Nacional sobre las actividades de regulación de la natalidad.
- 5.— Que se destinen fondos para la promoción de los métodos naturales difundiendo su conocimiento y estableciendo servicios que otorguen el necesario entrenamiento.

T A B L A N° 1.1.

VARIACIONES QUINQUENALES ENTRE 1950-1975 DE POBLACION TOTAL EN CHILE, NATALIDAD Y GRUPOS DE POBLACION SEGUN SEXO Y EDAD

Año	Población total mles	Tasa natalidad x 1.000 habitantes	Razón mujeres menores 5 años/Pob. total	Razón MEF/ población total	Razón Poblac. mayor 65 años/ Poblac. total
1950	6.073	34.3	7.36	22.03	3.97
1955	6.761	36.0	7.09	21.55	4.16
1960	7.628	37.0	7.59	21.27	4.3
1965	8.484	36.3	7.39	21.50	4.58
1970	9.368	27.9	6.38	21.83	4.76
1975	10.253	25.0	6.05	22.66	5.1

M.E.F. = Mujeres en Edad Fértil (15 a 45 años).

T A B L A N° 1.2.

VARIACIONES PORCENTUALES DE POBLACION EN CHILE ENTRE 1950-65 Y ENTRE 1965-75

Año	Población total	Tasa Natalidad	Mujeres menores 5 años	M.E.F.	Mayores de 65 años
1950 a 1965	+ 39.7%	+ 5.83%	+ 0.4 %	- 2.4 %	+ 15.36%
1965 a 1975	+ 20.8%	- 31.12%	- 18.13%	+ 5.11%	+ 11.35%

Fuentes: INE, Población, Natalidad y Mortalidad en Chile 1936-1975.
Proyección de Población INE - CELADE.

T A B L A N.º 2.1.

INDICADORES DE SALUD EN CHILE ENTRE 1955-1975 Y USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS EN S.N.S.

Año	Tasa Mortalidad Infantil x 1.000 NV *	Tasa Mortalidad Neonatal x 1.000 NV *	Tasa Mortalidad x 1.000 NV **	Tasa Mortalidad Mayores 1 año x 1.000 Habit. ****	Tasa Mortalidad Materna x 10.000 NV **	Tasa Mortalidad Materna x parto x 10.000 NV **	Tasa Mortalidad Mat. x aborto x 10.000 NV **	Usuarías anticonceptivos SNS - % sobre MEF ***
1955	116.5	40.0	28.9	8.73	32.0	10.21	8.1	
1956	108.1	35.8	28.4	8.09	33.0	12.90	7.9	
1957	112.5	35.6	28.8	8.57	30.0	12.01	9.3	
1958	118.1	35.0	26.3	7.76	30.72	12.31	9.77	
1959	114.2	35.7	26.5	8.33	28.91	10.98	10.86	
1960	120.3	35.2	24.6	7.81	29.95	8.80	10.86	
1961	108.9	35.7	25.8	7.62	32.41	9.87	12.03	
1962	108.0	33.9	24.9	7.67	30.40	10.83	10.15	
1963	100.2	35.7	24.2	8.25	25.91	9.89	10.07	
1964	102.9	34.0	24.1	7.41	28.29	9.16	11.76	1.7
1965	95.4	33.5	22.6	7.31	27.92	9.19	9.93	4.2
1966	97.7	34.8	24.2	7.10	26.06	9.87	10.00	6.0
1967	94.3	34.3	24.2	6.88	26.49	9.82	9.96	7.2
1968	83.5	31.6	22.3	6.85	21.18	6.72	8.41	11.7
1969	78.7	31.1	20.3	6.91	18.15	5.47	6.36	12.5
1970	79.3	31.3	20.2	6.66	16.78	5.20	6.57	13.3
1971	70.5	28.3	19.2	6.70	14.22	4.02	5.43	13.7
1972	71.1	29.0	20.5	7.08	16.27	3.74	4.96	14.1
1973	65.2	27.0	17.9	6.56	13.19	5.17	4.30	16.1
1974	63.3	25.8	17.2	6.08	12.17	4.17	4.25	20.2
1975	55.4	24.8	16.6	5.84	13.09	2.88	4.75	26.8

* Anuario Defunciones y Causas de Muerte 1975, SNS.

** Panorama chileno de la Salud Materna y Perinatal, Depto. de Salud Pública, U. de Chile, 1977.

*** Evaluación de 10 años de Planificación de la Familia en Chile, APROFA, 1975.

**** Calculado a partir de *.

M.E.F. = Mujeres en Edad Fértil (15 - 45 años).

T A B L A N° 2.2.

TASA NATALIDAD, EGRESOS POR ABORTO HOSPITALES S.N.S. Y USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS EN S.N.S. ENTRE 1964 - 1975

Años	Tasa Natalidad x 1.000 hab.	Egresos hospital x aborto S.N.S. x 1.000 hab. correg.	Egresos hospital x aborto S.N.S. x 1.000 MEF xx, L	Egresos hospital x aborto S.N.S. x 1.000 N.V. L	Usuarías anticonceptivos S.N.S. % sobre MEF ***
1964	36.2	7.30	42.78	203	1.7
1965	36.3	7.24	41.60	200	4.2
1966	34.1	6.84	39.19	207	6.0
1967	31.3	6.71	38.42	215	7.2
1968	30.3	5.76	32.75	189	11.7
1969	29.2	5.34	30.27	183	12.5
1970	27.9	5.23	29.45	183	13.3
1971	28.7	5.06	28.47	177	13.7
1972	28.6	4.88	27.37	171	14.1
1973	27.9	4.95	27.72	177	16.1
1974	26.6				20.2
1975	25.0	4.50	25.92	179	26.8

VARIACION

1965 - 75

— 31.12%

— 37.8%

— 37.69%

— 10.5%

xx = Panorama chileno de la Salud Materna y Perinatal, Depto. Salud Pública, U. de Chile, 1977.

xxx = Evaluación de 10 años de Planificación de la Familia en Chile, APROFA, 1975.

L = Características del aborto, R. Molina y col., Depto. Salud Pública, U. de Chile, 1977 (NV corregidos).

MEF = Mujeres en Edad Fértil (15 - 45 años).

T A B L A N° 2.3.

VARIACIONES PORCENTUALES DE INDICADORES DE SALUD EN CHILE ENTRE 1955-1965 Y ENTRE 1965-1975 Y USO DE ANTICONCEP-
TIVOS EN S.N.S.

T a s a s Años	Mortalidad Infantil x 1.000 NV	Mortalidad Neonatal x 1.000 NV	Mortina- talidad x 1.000 NV	Mortalidad mayores 1 año x 1.000 NV	Mort. Mater. x 1.000 NV	Mort. Mat. x parto x 10.000 N.V.	Mort. Mat. x aborto x 10.000 N.V.	Egresos Hospit. x aborto SNS x 10.000 M.E.F.	Egresos Hospit. x aborto SNS x 1.000 NV	Egresos Hosp. x Ab. SNS x 1.000 habit. correg.	Usuarías anticoncep. SNS - % sobre MEF
1955											
a.	— 18.11	— 16.25	— 21.79	— 16.26	— 12.75	— 9.99	+ 22.59				
1965											
a.	— 41.92	— 25.97	— 26.54	— 20.1	— 53.11	— 68.66	— 52.16	— 37.69	— 10.5	— 37.8	+ 538
TOTAL											
1955 - 1975	— 52.44	— 38.0	— 42.56	— 33.1	— 59.09	— 71.79	— 41.35				

M.E.F. = Mujeres en Edad Fértil (15-45 años).

T A B L A N° 3.1.

RECURSOS MEDICO Y MATRONA EN S.N.S. ENTRE 1966-1975

Año/recursos	N° horas diarias médico obstetra	Concentración hora obstetra x 1.000 N.V.	N° matronas x día	Concentración de matronas día x 1.000 NV	N° horas diarias médico pediatra	Concentración de horas pediatra x 1.000 NV
1966	1.798	6,079	830	2,806	3.220	10,887
1967	1.891	6,826	841	3,036	4.364	15.754
1968	2.160	7,903	816	2,985	5.090	18,624
1969	1.656	6,160	887	3,299	5.287	19,668
1970	1.751	6,693	1.101	4,208	5.193	19,850
1971	1.990	7,275	1.164	4,255	5.421	19,819
1972	3.076	11,069	1.193	4,293	5.502	19,799
1973	2.681	9,227	4.435	5,956	5.956	21,529
1974	2.755	10,280	1.342	5,007	5.889	21,975
1975	2.698	10,516	1.377	5,367	5.978	23.302

Fuente: Anuario Atenciones Prestadas S.N.S. 1966 - 1975.

T A B L A N° 3.2.

VARIACIONES PORCENTUALES DE NATALIDAD, TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN CHILE Y RECURSOS PROFESIONALES DE SALUD MATERNA EN S.N.S. 1966 a 1975

N° nacidos vivos	Mortalidad materna x 1.000 NV	N° de horas diarias médico obstet.	Concentrac. hrs. diarias médic. obst. x 1.000 NV	N° de matronas x día	Concentrac. matronas día x 1.000 NV
— 13.26%	— 49.76%	+ 50.05%	+ 72.98%	+ 65.90%	+ 91.26%

T A B L A N° 3.3.

VARIACIONES PORCENTUALES DE NATALIDAD, TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE Y RECURSOS PEDIATRICOS EN S.N.S. (1966 - 1975)

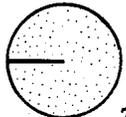
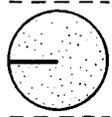
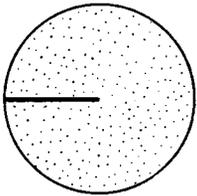
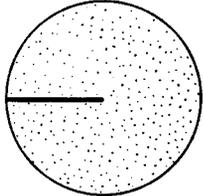
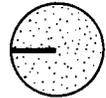
N° nacidos vivos	Mortalidad Infantil	N° horas diarias pediatra	Concentración horas diarias pediatra x 1.000 N.V.
— 13,26%	— 43,29%	+ 85,65%	+ 114,03%

B I B L I O G R A F I A

- 1.—**INFORMES MEDICOS**, Centro Médico de la Univ. George Washington, Serie A N° 2, Diciembre 1976.
- 2.—**POPULATION REPORTS**, The George Washington University Medical Center, Serie B, N° 2, January 1975.
- 3.—**S.N.S.**, Anuario defunciones y causas de muerte, 1975.
- 4.—**S.N.S.**, Anuario nacimientos, 1975.
- 5.—**APROFA**, Evaluación de 10 años de Planificación de la Familia en Chile, (1975).
- 6.—**INE**, datos de población por sexo y grupos quinquenales de edades.
- 7.—**N. ENGL. J. MED.** 294: 189-192, Jan. 22, 1976.
- 8.—**J. CLIN. ENDOCRINOL. METAB.** 41:44-53, July, 1975.
- 9.—**ARCH. GYNAEKOL** 220: 185-190, 1976.
- 10.—**AM. J. OBSTET. GINECOL.** 123: 119-127, Sep. 15, 1975.
- 11.—**AM. J. OBSTET. GINECOL.** 112: 912-919, April 1, 1972.
- 12.—**OBSTET. GYNECOL** 46: 460-467, Oct. 1975.
- 13.—**JAMA** 236: 560, 1976.
- 14.—**LANCET** 1 (7817); 1399-1404, June 23, 1973.
- 15.—**JAMA** 227 (7): 762-765, Febr. 18, 1974.
- 16.—**AM. J. OBSTET. GYNECOL** 124: 88-91, Jan. 1, 1976.
- 17.—**POPULATION REPORTS**, The George Washington University Medical Center, Serie B N° 2, January 1975.
- 18.—**RESEARCH IN REPRODUCTION**, Vol. 8 N° 5, Septiembre 1976 (Publicación de IPPF).
- 19.—**RESEARCH IN REPRODUCTION**, Vol. 5 N° 3, Mayo 1973.
- 20.—**LANCET** 1: 15-16, Jan. 1976.
- 21.—**BR. MED. J.** 4:17-19, Oct. 4, 1975.
- 22.—**INFORMES MEDICOS**, Centro Médico de la Universidad George Washington, serie B, N° 1, Dic. 1973.
- 23.—**SAUNDER**, Sexually transmitted infections, in Medical Complications during Pregnancy (pág. 465), 1975.
- 24.—**INTERNATIONAL FAMILY PLANNING DIGEST**, Vol. 2, N° 4, Dic. 76.
- 25.—**THE PATHFINDER FUND**, 1977. Tendencias actuales en la regulación de la Fertilidad, pág. 87.
- 26.—**TIME**, January 10, 1977.
- 27.—**LANCET**, 282-283, August 7, 1976.
- 28.—(**HANNA KLAUS**). Proceedings 1er. Congreso Mundial de Regulación Natural de la Familia, en prensa.
- 29.—**SCIENCE** 160-848-53, 1968.

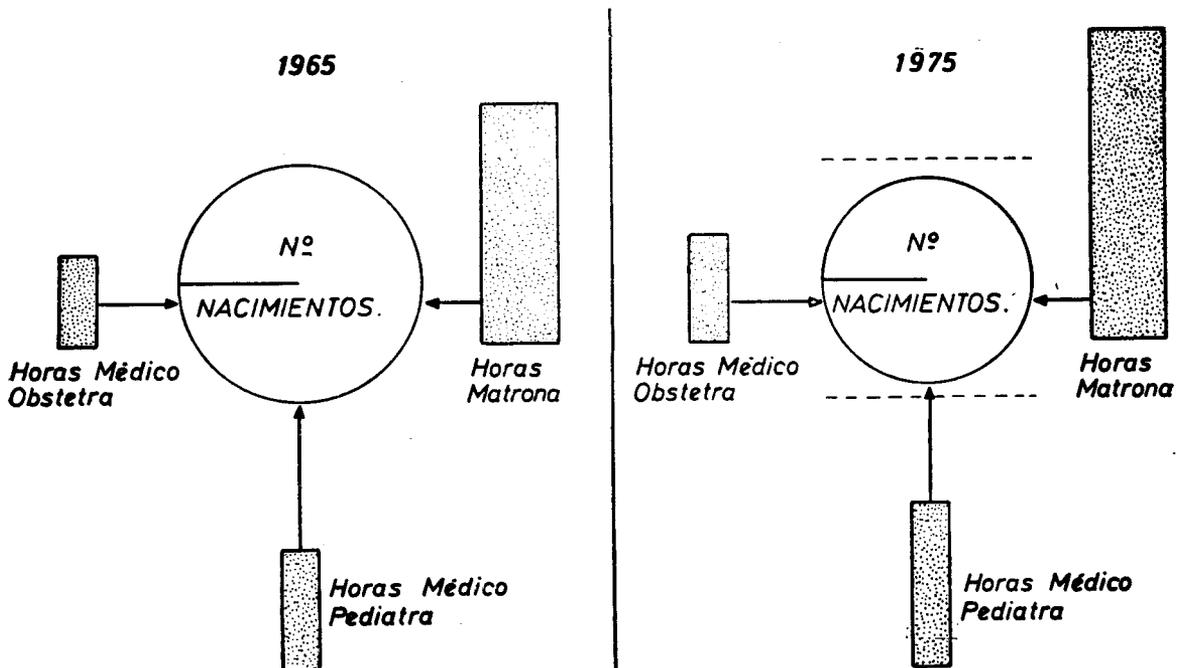
CUADRO N° 1

VARIACIONES DE POBLACION POR SEXO Y EDADES ENTRE
1965 - 1975. CHILE

	1965	1975	Δ
MUJERES MENORES DE 5 AÑOS	 7.39%	 6.05%	- 18.2%
MUJERES EN EDAD FERTIL (15-45 AÑOS)	 21.50%	 22.66%	+ 5.4%
HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS	 4.58%	 5.10%	+ 11.7%

CUADRO N° 2

VARIACIONES DE NATALIDAD EN CHILE Y DE RECURSOS ASISTENCIALES MATERNO INFANTILES EN SNS (1965 - 1975)



CUADRO N° 3

VARIACIONES DE INDICADORES MATERNO INFANTILES
EN CHILE Y DE EGRESOS POR ABORTO EN SNS
(1965 - 1975)

