

MEDIO RURAL Y PLANIFICA- CION FAMILIAR

Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile

STEPHEN J. PLANK *
MARIA LUCILA MILANESI

Este es el informe inicial de un estudio prospectivo sobre salud y planificación familiar en el área rural de Chile. Comprende, principalmente, el examen de las características demográficas y reproductivas de la población de 15 pequeñas comunidades seleccionadas para una investigación longitudinal. Hasta ahora el sector rural de la población chilena ha sido escasamente estudiado respecto de su dinámica demográfica y en relación con sus conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar (1, 2, 3, 4, 5). Otro motivo de nuestro interés es, además, que estas relativamente pequeñas y aisladas poblaciones ofrecen la posibilidad de comparar tendencias de la natalidad, del aborto, del uso de medios anticonceptivos e índices de salud materna e infantil entre comunidades que tienen un programa de planificación familiar y otras similares que no lo tienen. En base de esa comparación —realizada sobre un período de tres años— se espera obtener algunos indicadores que permitan establecer en qué parte eventuales modificaciones en la salud de la población y en sus prácticas en planificación familiar son atribuibles a la acción propia de un programa local y en qué parte tales modificaciones se deben a un complejo de otras influencias.

Los datos que se proporcionan en este informe provienen de censos levantados en las comu-

Es esta la primera oportunidad que tenemos de publicar un trabajo de estos autores. El presente estudio está dirigido hacia el sector rural de la población chilena, el que ha sido escasamente estudiado respecto a su dinámica demográfica en relación con sus conocimientos, actitudes y práctica de planificación familiar.

Se eligieron 15 pequeñas comunidades de las provincias de Curicó, Talca, Maule, Ñuble y Cautín, de características demográficas y socio-económicas similares.

Entre las conclusiones de los autores merece destacarse que el 24,7% de las mujeres en unión estable se encontraba usando anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, o había sido esterilizado. El Servicio Nacional de Salud parece cubrir el 6 y 7% de las beneficiarias. Se destaca igualmente que existe un gran interés (89,2%) por que en las postas del SNS se ofrezcan servicios de planificación familiar. Finalmente, se señala que el aborto provocado no es un problema importante en estas comunidades.

nidades estudiadas y de 3.528 entrevistas realizadas a mujeres en edad reproductiva residentes en aquellas localidades. Los formularios del censo y cuestionarios suministraron información sobre una amplia gama de aspectos, tanto socio-económicos como de salud y de características reproductivas. El enfoque del presente informe, sin embargo, se limita a algunos datos demográficos y de planificación familiar.

Materiales y métodos

Las 15 comunidades elegidas (La Huerta y Rauco, en la provincia de Curicó; Corinto, Cumpco y Pelarco, en la de Talca; Empedrado y Puñú, en la de Maule; Pernuco y Pinto, en la de Ñuble; y Cherquenco, Lastarria, Los Laureles, Nehuentúe y Trovolhue, en la de Cautín) fueron seleccionadas sobre la base de varios criterios. Así, era esencial que cada una contara con una posta del Servicio Nacional de Salud, en la que hubiera una auxiliar residente y que cada una fuese homóloga de otra —preferentemente bajo la dependencia del mismo hospital base— con características demográficas y socio-económicas similares, que permitieran comparar las dos en el curso del estudio. Era preciso también que el médico a cargo de las actividades de la posta tuviera interés en el propósito de la investigación y que las comunidades estuvieran razonablemente alejadas de la ciudad y hospital más cercanos pero que, sin embargo, fuesen accesibles por el equipo de entrevistado-

* Los datos biográficos aparecen al final de este artículo.

res. Finalmente, como este estudio representa una parte de la evaluación del programa que el Servicio Nacional de Salud realiza en la zona rural con aporte de la Agencia Internacional de Desarrollo, por lo menos una de cada par de postas debería estar incluida en aquel programa. (Después de terminadas las entrevistas, Rauco pasó a recibir visitas médicas diarias y, por lo tanto, fue sustituida por otra comunidad, dando un total de siete pares de pueblos). Idealmente, se debería haber incluido a toda la población teóricamente dependiente de la respectiva posta pero, debido a limitaciones de tiempo y dinero, fueron excluidas aquellas familias que residían en los lugares más inaccesibles del área de atracción. Los diversos factores señalados del proceso de selección de comunidades y de familias dentro de cada comunidad determinaron que la muestra no sea estrictamente representativa de todo el Chile rural o aún de las provincias en las que se trabajó. A pesar de no ser éste un problema serio para las comparaciones prospectivas, algunos de los datos que serán presentados podrían estar influenciados por el proceso de selección.

El cuestionario, que aprovechó aspectos de ya desarrollados y probados por investigadores de CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) y de la Universidad de Chile, contenía preguntas sobre la utilización de los servicios de salud; la completa historia reproductiva, con capítulos especiales dedicados a las mujeres que se encontraban embarazadas en el momento o que habían tenido un parto o un aborto con posterioridad al 1º de enero de 1964; y diversa información de tipo personal y de índole socio-económica. Este instrumento, que contenía aún muchas preguntas abiertas, fue ensayado en el pueblo de Maule (provincia de Talca), en enero de 1969. Sobre la base de esta experiencia se hicieron unas modificaciones y las preguntas fueron cerradas y predefinidas antes de imprimir los formularios definitivos.

En el formulario del censo figuró: la ubicación de la residencia, la individualización del jefe del hogar y de cada uno de sus miembros, edad, sexo, estado civil, educación y ocupación de cada persona, y aspectos ambientales y de vivienda (número de piezas y de camas, fuente de agua utilizada, sistema de disposición de excretas, presencia de electricidad y de radio, condiciones de calefacción y la circunstancia de si la casa propia, prestada o arrendada por los ocupantes).

El censo permitió la identificación de todas las mujeres en edad fértil (definida como entre los 15 y los 44 años, ambas inclusive). Cuando fue posible, cada una de ellas fue

entrevistada por una estudiante de asistencia social de las universidades regionales de Talca y Temuco, o por una graduada en ésta u otra profesión relacionada. Todas las encuestadoras fueron adiestradas por nosotros para esta investigación, y las entrevistas se llevaron a cabo bajo nuestra directa supervisión. La revisión y codificación de los cuestionarios y censos fueron hechos inmediatamente cuando era factible. Todas las comunidades fueron visitadas por lo menos tres veces, para reducir al mínimo el número de entrevistas no completadas. Por varias razones, pasó un año entero entre nuestra primera y última entrevista (19 de febrero de 1969, 18 de febrero de 1970).

Las primeras 1.817 mujeres entrevistadas fueron interrogadas respecto de sus actitudes sobre una educación específica en planificación familiar. Posteriormente estas preguntas fueron reemplazadas por otras sobre la reacción de la entrevistada frente a la posibilidad de incluir servicios de planificación familiar entre las actividades de la posta local. Puesto que los temas eran muy semejantes y las preguntas respectivas fueron ubicadas hacia el final de la entrevista, se pensó que la sustitución ofrecería escaso riesgo de influenciar las respuestas a las demás preguntas u ocasionar otro inconveniente.

RESULTADOS

Características Demográficas.

El total de la población cubierta por el censo fue de 21.246 habitantes, de los cuales 3.677 eran mujeres entre los 15 y los 44 años de edad. De éstas, fueron entrevistadas 3.528 (95,9%). Las otras 149 no pudieron serlo por las siguientes razones: 88 (2,4% del total de la muestra) se encontraban ausentes al momento de realizar todas las visitas; 40 (1,1%) eran retardadas mentales, sordomudas o incapacitadas de otra manera. Sólo 21 (0,6%) rehusaron ser entrevistadas. Entre las no entrevistadas, y especialmente en el grupo de las ausentes, predominaron las mujeres jóvenes y las solteras.

La composición de la población total, por edad y sexo, se presenta en el Gráfico I, junto a igual información respecto de todo el país. El contraste más notable que surge de la comparación es el marcado déficit de adultos jóvenes y la relativa preponderancia de los sectores o muy jóvenes o muy viejos. En la población total de Chile, por cada mil personas entre los 15 y 64 años, hay alrededor de 727 niños menores de 15 años, y aproximadamente 79 adultos de 65 años o más (6). Para las 15 comuni-

dades estudiadas las cifras correspondientes son 919 y 131, respectivamente. La razón de dependencia (es decir, la suma de las personas menores de 15 años y mayores de 64 años por cada 1.000 personas entre 15 y 64 años) es de 806 para Chile y de 1.050, o 30% mayor, para la población rural. Esta estructura —que tiene importantes implicaciones económicas y sociales— resulta probablemente de una acentuada y selectiva emigración de jóvenes desde el campo hacia las ciudades y los pueblos más grandes. Ella está condicionada también por el alto nivel de fecundidad de las mujeres que permanecen y por los casos de niños dejados con sus abuelos cuando las madres emigran. Como resultado de estos factores, la proporción de niños menores de 5 años en relación con las mujeres de entre 15 y 49 años es superior en un 25,8% en estas localidades que para el total del país (778 por mil contra 619).

El más escaso número de niños menores de 5 años en relación con aquellos entre los 5 y los 9 años —como se aprecia en el gráfico— puede deberse a que los muy pequeños fueron omitidos de la declaración (a pesar de nuestras precauciones), a casuales fluctuaciones en el número de nacimientos, a una real disminución de la natalidad o a una combinación de estos factores. Más adelante se ofrecen datos que sugieren que el uso creciente de los métodos anticonceptivos es, al menos parcialmente, responsable de este hecho.

El déficit poblacional entre los 15 y los 44 años, especialmente de mujeres, contribuye considerablemente a mantener una moderada tasa de natalidad en la región. Sobre la base de los 687 nacimientos informados por las mujeres encuestadas para 1968, esta tasa (nacimientos por cada 1.000 habitantes) fue 32,3, que es sólo superior en un 7% a la tasa nacional (30,3 en 1967 (7)). La tasa general de fecundidad (nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años) para la región, de 194,7 fue, en cambio, superior aproximadamente en un 50% a la tasa de 129,2 dada para el país en el año 1967.

Las tasas calculadas para la población estudiada pueden subestimar la realidad puesto que datos relativos a unos nacimientos pudieron haber sido omitidos, especialmente en casos de madres solteras o de niños fallecidos. También algunas mujeres pudieran haber dado a luz a los 44 años en 1968 cumpliendo los 45 antes del momento de la entrevista, quedando por lo tanto excluidas. Parece improbable que tales casos serían compensados por aquellos de madres a los 14 años que hubiesen cumplido 15 en el momento de la entrevista. Todos los nacimientos entre otras mujeres menores de 15 años o mayores de 44 fueron ex-

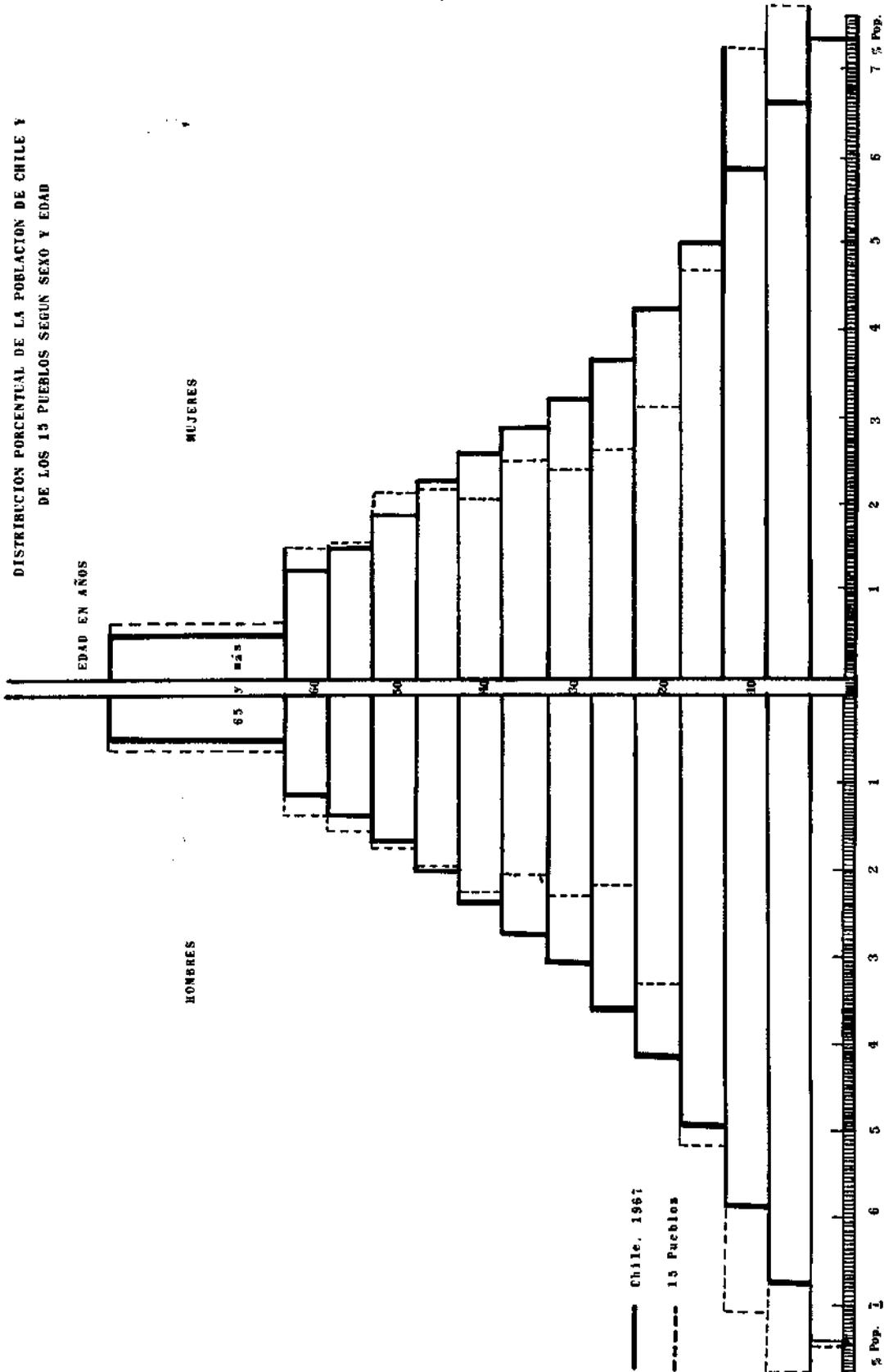
cluidos. Pese a que tales nacimientos no alcanzarán el 1% del total del país en 1967, es probable que en la población rural su proporción sea mayor, puesto que las mujeres de estas edades están más altamente representadas en el área de estudio y que ellas, presumiblemente, usan métodos eficaces de anticoncepción menos que las mujeres de otras edades y de áreas urbanas. Contrapesando el efecto de todos estos factores, que tienden a subestimar las tasas reales, se encuentra la influencia del hecho de no haber entrevistado al 4,1% de las mujeres en edad fértil, porcentaje del cual la gran mayoría eran jóvenes y solteras. Corrigiendo esta omisión, la tasa de fecundidad naturalmente bajaría mientras que la de natalidad subiría ligeramente. Presumimos que la población total no cambió apreciablemente entre mediados de 1968 y la fecha de la entrevista y presumimos también que la emigración de madres estaba compensada por la inmigración de otras que habían dado a luz en el mismo año. En base de estas consideraciones, estimamos que la verdadera tasa de fecundidad debe encontrarse entre 190 y 195‰ y la tasa de natalidad aproximadamente en 33,5‰.

Además de la influencia de la estructura de la población, otro factor importante en determinar estas tasas fue la mayor proporción de solteras en la población estudiada y la aparentemente mayor proporción de matrimonios tardíos allí que en el resto del país. Sólo 32,9% de las entrevistadas menores de 30 años estaban casadas, en tanto que la cifra nacional es de 35,9%, superior en más de 3% y la divergencia hubiera sido aún mayor si hubiéramos logrado entrevistar a todas las mujeres en nuestras poblaciones. Siendo este grupo más numeroso en casi 50% que el de las mujeres entre 30 y 44 años y potencialmente más fértil también, el impacto de esa diferencia no sería compensado por el grupo de mayor edad del cual aproximadamente 75% son casadas, tanto en la muestra como en la nación. Puesto que el matrimonio tardío reduce el número de años de exposición marital al riesgo del embarazo y aumenta el tiempo entre una generación y otra, constituye un considerable freno de la natalidad, como lo han demostrado Wyon et al (8).

El matrimonio no es requisito necesario para la reproducción, por supuesto, pero en estas localidades rurales las madres solteras no fueron más frecuentes que en todo el país (13,6% vs. 13,2% de solteras entre 15 y 44 años). De nuestros datos parece claro que casi todos estos nacimientos resultaron de relaciones esporádicas y, así, la mayoría de las madres solteras tenían sólo un hijo o dos. Parece que en esta cultura la madre soltera tiene menor probabi-

GRAFICO I

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE CHILE Y DE LOS 15 PUEBLOS SEGUN SEXO Y EDAD



lidad de casarse que la que no lo es, y en esas circunstancias los nacimientos ilegítimos podrían constituir otro factor que tiende a mantener baja la tasa de natalidad.

Anticoncepción.

La utilización de métodos eficaces de anticoncepción fue un factor más en la determinación de la fecundidad de la población estudiada. Todas las mujeres que en el momento estaban casadas o convivientes (51,9% de las 3.528

entrevistadas) fueron interrogadas acerca de si estaban usando algún método para prevenir el embarazo: el promedio de respuestas afirmativas de las 15 comunidades fue de 32,6% con un alcance de 13,2% a 51,5%. (Estos resultados concuerdan con el informe de Hall (4) que estableció una utilización de un 44% para el pueblo de María Pinto). La distribución proporcional de los distintos métodos utilizados se muestra en la Tabla I, vinculada a la información sobre la escolaridad de la entrevistada.

TABLA I

15 PUEBLOS - MUJERES QUE USAN ANTICONCEPTIVO SEGUN EL METODO USADO Y LA EDUCACION

Nivel Educación	Píldora	Anillo	Ritmo	Esterilización	Otros	Total usuarias	Total mujeres unidas *
—3	24 4,0%	44 7,3%	11 1,8%	46 7,7%	22 3,6%	147 24,5%	599 32,7%
3—5	30 4,5%	63 9,5%	25 3,8%	48 7,2%	27 4,1%	193 29,1%	664 36,3%
6—8	66 16,0%	32 7,7%	18 4,4%	31 7,5%	21 5,1%	168 40,7%	413 22,6%
9+	41 27,2%	14 9,3%	16 10,6%	13 8,6%	4 2,6%	88 58,3%	151 8,4%
TOTAL	161	153	70	138	74	596	1827
% sobre total mujeres unidas *	8,8%	8,4%	3,8%	7,5%	4,1%	32,6%	100,0%

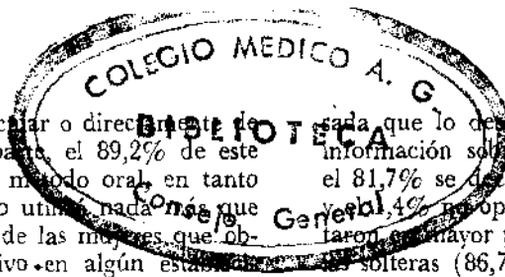
* 3 mujeres no proporcionaron la información pertinente.

Estos datos contrastan con los obtenidos hace pocos años en Colina (1) y aún en Santiago (9). En esos estudios se encontró que el uso de anticonceptivos era menor y que los métodos empleados fueron ineficaces en su gran mayoría. En la Tabla se ve que en nuestras áreas el 17,2% de las mujeres en unión estable estaban utilizando anticonceptivos orales o dispositivos intrauterinos. Esta cifra corresponde al 11,7% de todas las mujeres entre los 20 y los 44 años en comparación con la de 11,2% estimado para el mismo grupo etario en Santiago hace solamente dos años (10). El que la utilización de estos métodos es de reciente data en el área rural lo sugiere el hecho de que el 82% de las usuarias los estaban empleando desde hacía dos años o menos.

La correlación marcadamente positiva entre mayor educación y utilización de anticoncepti-

vos, está de acuerdo con la mayoría de las observaciones y teorías, aunque en conflicto con la impresión obtenida en el pequeño estudio de Colina (1). Esta correlación corre casi exclusivamente por cuenta del ritmo y las píldoras; la utilización de otras técnicas parece no haber sido influenciado por la educación formal. Existe, como Miró y Mertens (2) han señalado, un brusco cambio en el comportamiento respecto del uso de anticonceptivos cuando la mujer ha logrado completar la educación primaria.

Las usuarias fueron interrogadas acerca de donde habían obtenido las píldoras o el dispositivo intrauterino y por cuánto tiempo los habían utilizado. El 66% de ellas (208) contestó haberlos recibido en un establecimiento del Servicio Nacional de Salud. El 34% restante (105) dijo recibirlos a través de otros Servi-



cios, de su médico particular o director de una farmacia. Por su parte, el 89,2% de este último grupo, utilizó el método oral, en tanto que del primer grupo lo utilizó nada más que el 32,2%. Sólo el 13% de las mujeres que obtuvieron el anticonceptivo en algún establecimiento del SNS, había usado el método elegido por más de dos años. En cambio más del 27% de las mujeres del otro grupo lo había hecho. Aunque la diferencia puede ser atribuible, en parte, a un menor desistimiento en el grupo de las que podríamos denominar privadas, concuerda con una mayor integración de la planificación familiar en los programas del Servicio en los últimos años.

Dado que se estima (11) que el 85% de la población rural tiene derecho a atención por el SNS, alrededor de 3.000 de las 3.528 mujeres entrevistadas serían beneficiadas. De allí que las 208 mujeres que estaban protegidas del embarazo por dispositivo intrauterino o píldoras proporcionadas en el Servicio —entre las que se incluían algunas atendidas en él privadamente— representarían no más del 7% de las beneficiarias en edad fértil o menos que la mitad del 15% de cobertura establecido como máximo por el SNS.

Actitudes respecto de Planificación Familiar.

De las 1.711 mujeres que fueron consultadas acerca de la conveniencia de incluir la planificación familiar entre las actividades de la posta local, el 89,2% se pronunció a favor, el 8,5% se opuso y el 2,3% no opinó. Aquellas que estuvieron de acuerdo con esta política lo hicieron, principalmente, en razón de las dificultades económicas que reconocían como existentes en esas comunidades, en particular los problemas de alimentación, vestuario y educación de los niños. Otras respaldaron la idea por razones de salud de las madres, posibilidades de reducir los abortos provocados y la conveniencia de determinar por sí mismos el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. Solamente una mencionó la explosión demográfica.

La oposición se fundó casi exclusivamente en preocupación por la salud o en objeciones de orden moral o religioso. Estos últimos se dieron en relación de dos a uno con las basadas en la posibilidad de un efecto sobre la salud (incluyéndose aquí el temor de nacimientos múltiples) por el uso de anticonceptivos. Es interesante notar que entre las católicas las objeciones de tipo religioso no llegaron a la mitad de las esgrimidas por mujeres pertenecientes a otras sectas cristianas (4,6% contra 10,3%).

De las otras 1.817 mujeres a quienes se les preguntó si pensaban que cualquiera mujer ca-

sada que lo deseara debería tener acceso a la información sobre cómo prevenir el embarazo el 81,7% se declaró en favor, 16,9% se opuso y el 1,4% no opinó. Las mujeres casadas aceptaron en mayor proporción esta posibilidad que las solteras (86,7% vs. 76,7%). Las convivientes fueron las más conservadoras frente a esta pregunta (71,1%), pero aún ellas fueron más receptivas a la idea que los hombres del ambiente rural (54%) entrevistados por Hall (3). Aún cuando las mujeres con 9 años o más de educación tuvieron una actitud más favorable que el resto, no hubo una correlación lineal con la escolaridad, ni la hubo tampoco con la edad: los grupos de las más jóvenes y de las mayores fueron los menos favorables, siéndolo más las mujeres entre los 25 y los 29 años, lo que refleja, presumiblemente, la percepción de su propio riesgo o beneficio.

A estas mismas 1.817 mujeres se les preguntó también su opinión sobre si se debería proporcionar tal educación en las escuelas. El 80% respondió afirmativamente, en tanto que el 18,4% fue contrario a la idea. Las respuestas no se correlacionaron, aparentemente, con la edad, estado civil o educación de las entrevistadas. Cuando se les preguntó, a aquellas que la aceptaban, a qué edad sería conveniente proporcionar esa instrucción, el 3,9% estimó que en la época de la primera menstruación; el 38,9% señaló los 15 años o menos; el 40,1% pensaba que a los 16 años o más y el 17,1% se inclinó porque se ofreciera al tiempo del matrimonio o con posterioridad a él.

Aborto.

Las entrevistas informaron de un total de 778 embarazos que tuvieron su término durante el año 1968. De ellos concluyeron con 687 nacidos vivos; con mortinatos, 20 y en abortos, 71. De estos últimos, fueron espontáneos 67 (8,6% de todos los embarazos) y denunciados como provocados sólo 4 (0,5%). Es muy poco probable que la baja incidencia de abortos inducidos pueda derivar de una calificación errónea que los haga aparecer como espontáneos, puesto que éstos también registran una baja incidencia en relación con los niveles establecidos por otros estudios. Así, Requena (12) encontró un 11,3%; Armijo y Monreal (13) un 12,0%; Milanesi (14) un 11,7%. Si bien algunas de las entrevistas pueden haber olvidado u omitido, inconscientemente, los abortos ocurridos en el año precedente y otras haberlos negado deliberadamente, nuestra impresión es que los datos proporcionados son altamente fidedignos y que la incidencia del aborto provocado en estas comunidades es de escasa magnitud.

La información proveniente de estas áreas contrasta notablemente con lo que otros autores han mostrado ser la magnitud urbana y nacional del aborto ilegal (10, 12, 13, 15, 16, 17). Parecen demostrar, también, que aún en la ausencia de un programa de regulación de la natalidad tan intensivo como el desarrollado en San Gregorio (18), el aborto inducido no es inevitablemente la fase inicial en la evolución de la aceptación de la planificación familiar, como el estudio de datos anteriores —chilenos e internacionales— condujo a Requena a postular (15).

Aunque parece razonable suponer que el ofrecimiento de anticonceptivos por el SNS ha contribuido en la prevención del aborto en estas comunidades, una relación causal de esta índole no puede ser establecida a partir de los datos de que disponemos actualmente. El estudio prospectivo, sin embargo, debe proporcionar una medida de la efectividad del programa de planificación familiar del Servicio en las áreas rurales.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. La tasa de natalidad en las áreas rurales tiende a ser baja por una relativa escasez de mujeres en edad fértil y porque sólo la mitad de ellas (51,9%) son casadas o convivientes.

2. De la totalidad de las mujeres en unión estable, casi la cuarta parte (24,7%) estaba usando anticonceptivos orales o dispositivos intrauterinos o había sido esterilizada. Un 7,9% utilizaba otros métodos preventivos.

3. El programa de planificación familiar del SNS parece cubrir entre 6 y 7% de las beneficiarias en esas áreas rurales.

4. Existe gran interés (89,2% en favor) en estas localidades porque sus postas ofrezcan servicios de planificación familiar.

5. La educación en planificación familiar para la mujer casada es aceptada por un 81,7%. El 80% piensa que las escuelas son un medio apropiado para brindar este tipo de instrucción sin restricciones en cuanto a estado civil.

6. El aborto provocado no es un problema importante en estas comunidades y el acceso a anticonceptivos eficaces puede prevenir el que llegue a serlo.

Este estudio fue financiado por la Agencia Internacional de Desarrollo y la Fundación Rockefeller. Los autores agradecen ese aporte así como la asistencia técnica y administrativa del Departamento de Salud Pública y Medicina So-

cial de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la colaboración del Servicio Nacional de Salud a nivel central y local.

REFERENCIAS

1. Celade, "La Fecundidad Rural en Latinoamérica: Una Encuesta Experimental para medir actitudes, conocimientos y comportamientos". Demography 2:97, 1965.
2. Miro, G. and Mertens, W. "Influences Affecting Fertility in Urban and Rural Latin America". M. M. F. Q. 46:89, 1968.
3. Hall, M. F., "Los hombres y la educación en planificación de la familia". Cuadernos Médico-Sociales 10, No 2:5-15, 1969.
4. Hall, M. F., "Los hombres, La Anticoncepción y el Aborto". Cuadernos Médico-Sociales 10, No 3: 14-23, 1969.
5. Ferro, J., "Control de Natalidad en una población rural". Thesis, School of Public Health, U. of Chile, 1966.
6. Celade, "Boletín Demográfico". July 1969.
7. "Demografía, Anuario 1967". Dirección de Estadística y Censos, Chile. Santiago, Chile.
8. Wyon, J. B., Finner, S. L., Heer, D. M., Parthasarathy, N. R., Gordon, J. E. "Delayed Marriage and Prospects for Fewer Births in Punjab Villages". Demography 3:209-217.
9. Requena, M., "Estudio sobre la planificación de la familia en la Comuna de Quinta Normal de Santiago de Chile" M. M. F. Q. 43:66-94, 1965.
10. Requena, M. and Monreal, T. "Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning Programs in Chile". M. M. F. Q. 46, No 3 Part 2:191, 1968.
11. López, L., "Personal Communication Department of Health Promotion, National Health Service of Chile", March 1970.
12. Requena, M. "Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile". Demography. 2:33, 1965.
13. Armijo, R. and Monreal, T. "The Problem of Induced Abortion in Chile". M. M. F. Q. 43 Sup. 2:263, 1965.
14. Milanesi, M. L., "Aborto provocado". Thesis, School of Hygiene and Public Health U. of Sao Paulo, 1968.
15. Requena, M. "The Problem of Induced Abortion in Latin America". Demography. 5:785-799.
16. Rodríguez, F. "Lucha contra el aborto". Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia. November 1969.
17. Viel, B. "Results of a Family Planning Program in the Western Area of the City of Santiago". A. J. P. H. 59:1898-1909, 1969.
18. Faúndes, A., Rodríguez, G., Avendaño, O. "The San Gregorio Experimental Family Planning Program: Changes Observed in Fertility and Abortion Rates". Demography 5:836-8, 1968.

Los autores.

El Dr. Plank es Lecturer on Population Studies en la Harvard School of Public Health. Su interés en las relaciones entre natalidad y salud se desarrolló durante los cinco años que trabajó en pediatría en Panamá. Este interés le condujo seguir estudios en la Harvard School of Pu-

blic Health donde hizo su tesis de Dr. P. H. sobre control inmunológico de la fecundidad. Su interés en las actividades chilenas en Salud y Demografía data de 1963 cuando representó la Harvard en el estudio que realizó el Dr. Requena en colaboración con esa institución. El ha sido asesor a la Pan American Health Organization y la Fundación Ford en asuntos de población y sirvió como miembro del consejo de la Pathfinder Fund, la FIFF regional y como presidente de la Planned Parenthood League of Massachusetts.

Publicaciones entre otras:

—Public Health and Population Change— (Charla proferida al subcomité del Senado norteamericano). Population Crisis, part 3; 761-767, 1966.

—Amyloidosis in guinea-pigs immunized with sperm and adjuvant. Nature, Vol. 214, N° 5095, pp. 1368-1369, June 24, 1967.

—Mecanismos de la Imuno-Esterilidad Experimental. Actas de la Octava Conferencia Internacional de la FIFF, p. 437. Stephen Austin and Sons Ltd. Hertford, England, 1968.

Dra. Milanesi, con permiso de la Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de Sao Paulo, es Reserch Associate en la Harvard School of Public Health actualmente. Su tesis de doctorado en la Universidad de Sao Paulo fue sobre estudio del aborto provocado en el "distrito" de Sao Paulo. Trabajó en pediatría en Brasil antes de especializarse en Estadística Vital con un curso en la ex Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. Posteriormente volvió a Chile para el curso en Salud Pública. Ha servido como "advisor" a la PAHO en diversas ocasiones y tradujo la séptima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte al portugués para aquella agencia.

Tiene entre otros trabajos:

—Mortalidade infantil no Municipio de Sao Paulo. Revista de Saúde Pública. VII (1) : 44-50, Jun. 1967.

—Sub-registro de nascimentos no distrito de Sao Paulo. Revista de Saúde Pública. VI, II, N° 1:23-28, Jun. 68.

—Aborto Provocado. Tese de doutoramento, Universidade de Sao Paulo, 1968.