

PLANIFICACION DE LA FAMILIA Y SALUD

Se exponen en el presente trabajo los propósitos y objetivos de un programa de acción de planificación de familia en un sector marginal de la ciudad de Santiago.

A través del análisis de minuciosas estadísticas, se demuestra que el aborto disminuye en un 40 por ciento y la fecundidad en un 20 por ciento, en el período de un año de trabajo. Estos resultados que pueden parecer sorprendentemente altos deben ser considerados a la luz de dos factores: la eficacia clínica de los anticonceptivos prescritos y las tasas de fecundidad y aborto que tenían las pacientes antes de la aplicación del programa.

Los autores terminan preguntándose si los cambios observados perdurarán en los años siguientes y anuncian la realización de nuevas encuestas.

Efectos de un programa de planificación de la familia sobre las tasas de fecundidad y aborto de una población marginal de Santiago*

ANIBAL FAUNDES-LATHAM
GERMAN RODRIGUEZ-GALANT y
ONOFRE AVENDAÑO P. **

1. INTRODUCCION

Desde marzo de 1965 se desarrolla en la población San Gregorio (una comunidad obrera marginal en la comuna de La Granja, Santiago), un programa de acción e investigación que tiene como propósito evaluar la influencia de la planificación de la familia sobre el aborto inducido, la fecundidad y la morbimortalidad materno-infantil.

En este trabajo presentaremos los principales postulados del programa de acción y los cambios que hemos observado en las tasas de fecundidad y aborto de la población un año después de iniciar el programa. Discutiremos además la posible existencia de una relación de causa a efecto entre el programa y los cambios observados.

2. EL PROGRAMA DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA

El postulado básico del programa es que debe incluir "educación" y "servicios" en un ba-

* Este estudio ha sido financiado en parte por los Grants M-65.34, M-67.34 y M-68.21 de The Population Council, New York, N. Y.

** Centro de Investigaciones en Reproducción, Cátedra "E" de Obstetricia, Universidad de Chile.

*** Requena, M. Rev. Med. de Chile. 94: 714-722, 1966.

lance adecuado. Por una parte no educar más público del que se podría atender, y por otra no entregar anticonceptivos a mujeres que no hubiesen recibido un mínimo de información.

2.1. Educación

El mensaje educacional —de acuerdo al propósito del programa— se dirige con especial énfasis a los grupos que tienen el mayor riesgo de aborto inducido.

Esto significa dirigir los mayores esfuerzos a las mujeres que ya han tenido algún aborto, cuyo riesgo de aborto es de dos a cinco veces mayor que el riesgo de las mujeres que no tienen ese antecedente***.

Estas mujeres de alto riesgo son encontradas en la sección aborto del Hospital Barros Luco, donde son internadas las mujeres que proce-

—El Dr. Aníbal Faúndes, es profesor auxiliar de la Cátedra de Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y 2º Jefe de la Clínica Obstétrica del Hospital Barros Luco-Trudeau.

—El Dr. Germán Rodríguez es Profesor de Estadística de la Universidad Católica de Chile.

—El Dr. Onofre Avendaño, es Profesor de la Cátedra de Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Barros Luco-Trudeau.

den de San Gregorio, de acuerdo a las normas del SNS.

Otro lugar donde se encuentran mujeres con alto riesgo de aborto es en la clínica pre-natal de San Gregorio. En esta clínica se tiene especial cuidado con las mujeres que tienen antecedentes de aborto y con aquellas que acuden sólo para saber si están embarazadas, sospechamos que algunas de ellas quieren determinar con seguridad si están embarazadas para inducirse un aborto en los primeros meses de gestación. Todas las mujeres que asisten a una primera atención pre-natal y luego faltan a un control posterior son visitadas a domicilio a fin de prevenir un posible aborto.

Otras mujeres de alta fecundidad se encuentran afiliadas a distintos grupos que se han organizado en la clínica materno-infantil de San Gregorio (club de primíparas, club de madres de niños distróficos, etc.) y en la comunidad (centros de madres, centros culturales, etc.)

La educación de estas mujeres es realizada a través de Voluntarias de Hospital (en el Hospital Barros Luco), Asistentes Sociales y principalmente Médicos y Matronas.

En cuanto a su contenido, el mensaje educativo pone especial énfasis en los riesgos físicos que corre la mujer que se provoca un aborto, llegándose incluso a mencionar la posibilidad de muerte. En cambio, no se hace ninguna mención de los aspectos morales del aborto.

Una vez planteados los riesgos del aborto se informa a las mujeres acerca de los métodos existentes para evitar el embarazo. Creemos que en este sentido la información debe ser completa y realista.

Por completa entendemos la información que comprende todos los métodos disponibles en la clínica. Dado que la mayoría de las mujeres que adoptan un método tendrán que dejar de usarlo por una u otra razón, creemos necesario que conozcan varios anticonceptivos. Sin esta amplitud de la información las mujeres que tengan dificultades con un anticonceptivo se sentirán indefensas y no tendrán alternativas para el aborto inducido*.

Por realista entendemos la información objetiva que señala tanto las ventajas como las desventajas de cada método: el riesgo de embarazo y las molestias secundarias que se conocen a partir de la experiencia previa. La información realista tiende a minimizar la pérdida de motivación y el sentimiento de haber sido engañadas por el programa, que podrán aparecer ante el primer fracaso o molestia inesperada.

2.2 Servicios

Nuestras mayores preocupaciones respecto a los servicios dicen relación con la capacidad y ubicación del consultorio, costo, efectividad y tolerancia de los anticonceptivos, y con el tipo de relación que debe prevalecer entre el personal de la clínica y las pacientes.

Creemos que debe existir un balance adecuado entre la capacidad de la clínica y el número de mujeres en edad de satisfacer la demanda. Muchas mujeres tendrían que posponer la iniciación del uso de un anticonceptivo y exponerse a un embarazo no deseado, con el consecuentemente alto riesgo de aborto ya que son mujeres indudablemente motivadas a planificar su familia.

En la medida en que las visitas a la clínica son importantes, creemos que ésta debe estar a una distancia de las viviendas de las posibles pacientes que pueda ser cubierta fácilmente a pie y en poco tiempo. Por otra parte, nuestra concepción de los programas de prevención del aborto supone necesariamente su integración en una clínica de salud materno-infantil. Afortunadamente ambos requisitos fueron cumplidos en San Gregorio en que el policlínico de anticonceptivos fue creado en la clínica materno-infantil que queda aproximadamente en el centro geográfico de la población.

Los servicios deben ser gratuitos o en todo caso de muy bajo costo. Primero, porque existe en Chile una tradición de atención gratuita en los centros de salud materno-infantil. Además, porque las mujeres que más necesitan de la planificación familiar no disponen de medios económicos suficientes para pagar por ellos.

La eficacia y la tolerancia de los anticonceptivos tienen ventajas evidentes. Entre ellas es conveniente observar que el método más efectivo y mejor tolerado permite un uso más prolongado, refuerza la motivación de la paciente e incrementa el prestigio del programa.

Por último, el personal de la clínica debe mantener una relación amistosa con las pacientes, con especial consideración de sus características socio-culturales. Es necesario ser particularmente comprensivo con las mujeres que olvidan tomar sus píldoras o con las que se quejan de molestias imaginarias. El personal de la clínica debe desplegar todo esfuerzo posible por educar a la paciente, pero aceptar finalmente sus limitaciones culturales. Cualquier imposición, aunque prolongue el uso de un anticonceptivo en algunas mujeres implicará a la larga una pérdida considerable del prestigio del programa.

* Faúndes, Rodríguez y Hardy. Boletín Asoc. Chilena Protec. Fam., Año IV, N° 5: 2-4, 1968.

3. METODOLOGIA

El diseño experimental utilizado para la evaluación del programa ha considerado una encuesta base de fecundidad y aborto en 1964 (el año anterior a la iniciación del programa) y una serie de encuestas posteriores.

La encuesta base fue realizada a comienzos de 1965, usando una muestra estratificada que incluyó 1.293 mujeres entre las edades de 15 y 44 años (un 20% de la población). Estas mujeres fueron entrevistadas preferentemente por matronas especialmente adiestradas. Las matronas nos parecieron más adecuadas que otras profesionales para conversar con las mujeres de San Gregorio acerca de sus embarazos y abortos.

La primera de las encuestas posteriores fue realizada a comienzos de 1967 en base a una muestra estratificada que incluyó un 20% de las mujeres que habían sido entrevistadas en 1965 y un 20% del resto de la población, con un total de 1.324 mujeres entre las edades de 15 y 44 años.

A fin de asegurar que no existían diferencias entre ambas encuestas debidas al uso de diversos criterios de codificación o a otros errores y aún cuando estas posibles fuentes de error habían sido controladas, en 1968 se recodificaron ambas encuestas usando el mismo equipo de codificaciones y supervisores. El análisis de ambas encuestas se realizó en un computador electrónico usando el mismo programa. Esta revisión no produjo grandes alteraciones en nuestros primeros resultados de tal modo que hemos confirmado las conclusiones publicadas anteriormente*.

En cada una de estas encuestas se incluyeron preguntas que permitieron determinar las tasas de fecundidad y aborto de la población en el año inmediatamente anterior (1964 y 1966). En la encuesta de 1967 se incluyó además una serie de preguntas destinadas a registrar todos los embarazos que habían tenido las mujeres en la muestra, a través del método de la historia de embarazos. Este segundo método nos permitió calcular tasas de fecundidad para los años 1962 a 1966. De este modo, disponemos de dos evaluaciones independientes de los cambios observados en la fecundidad y una estimación de los cambios observados en aborto.

* Faúndes, Rodríguez, Zipper, España y Avendaño. Rev. Chilena Obst. y Ginec. 32: 191-200, 1967.

4. RESULTADOS: CAMBIOS OBSERVADOS EN FECUNDIDAD

La Tabla 1-A presenta las Tasas de Fecundidad por Edad (TFE), Tasas Generales de Fecundidad (TGF) y Tasas Totales de Fecundidad (TTF) para 1964 y 1966, obtenidas a través del método de las encuestas repetidas. Para cada tasa se ha calculado el cambio porcentual 1964-1966 y la significación de esta diferencia.

TABLA 1-A

TASAS DE FECUNDIDAD PARA 1964 Y 1966
METODO DE ENCUESTAS REPETIDAS

Edad	TTF			p
	1964	1966	% cbio.	
15-19	131.1	126.3	— 7.2	
20-24	333.3	316.8	— 5.0	
25-29	224.0	192.8	—13.9	
30-34	287.9	207.9	—27.8	0.03
35-39	196.1	120.7	—38.4	0.01
40-44	112.8	75.9	—32.7	
TGF	215.0	167.7	—22.0	0.003
TTF	6.451.0	5.202.0	—19.4	0.002

Como puede apreciarse la fecundidad de San Gregorio se redujo significativamente en 1966 con respecto a 1964. El cambio porcentual es alrededor de un 20%.

Las tasas por edad revelan que esta reducción ocurrió en todos los grupos de edad en la muestra, siendo significativa sólo en las edades de 30 a 39 años en que la reducción porcentual es alrededor de un 30 y 40%.

Observamos ahora la tabla 1-B en que aparecen las tasas de fecundidad para los años 1962 a 1966 obtenidas a través del método de la historia de embarazos.

Este método confirma que la fecundidad de San Gregorio se redujo entre 1964 y 1966 en alrededor de un 20%, y confirma asimismo que el grupo de edad en que la reducción es más notable es el de 35 a 39 años en que el porcentaje de descenso es del orden del 40%*.

* Las pequeñas diferencias que aparecen entre las tasas para 1966 estimadas según cada uno de los métodos se deben a pequeñas diferencias en la metodología. Las diferencias algo mayores que pueden observarse entre las dos versiones de la fecundidad de 1964, se deben a estas mismas diferencias metodológicas, y al hecho de que la historia de embarazos está basada en una muestra distinta cuya fecundidad es estudiada retrospectivamente con los errores de memoria que esto pueda representar (por eso las dos TTF para 1966 son similares, pero para 1964 es algo menor la TTF arrojada por la historia de embarazos).

TABLA 1-B

TASAS DE FECUNDIDAD PARA LOS AÑOS 1962
A 1966. METODO DE LA HISTORIA DE
EMBARAZOS

Edad	1962	1963	TFE		1965	1966	% cbio. 64-66
			19	64			
15-19	161.5	191.1	16	8.7	139.4	132.4	-21.5
20-24	384.6	413.3	30	7.7	294.1	317.9	- 3.2
25-29	354.8	378.6	29	1.0	312.5	203.9	-29.9
30-34	248.9	257.8	23	8.3	239.8	206.9	-13.2
35-39	242.4	207.4	18	8.5	205.3	110.6	-41.3
40-44	165.0	91.7	5	6.0	119.4	55.2	- 1.4
TGF	256.7	252.0	20	7.4	210.1	164.3	-20.8
TTF	8.286.0	7.699.0	6.25	1.0	6.552.5	5.134.5	-17.9

Sin embargo, estos resultados sugieren también que venía observándose una clara tendencia al descenso desde 1962, lo que indudablemente cuestiona la posible influencia del programa en el descenso de 1966.

A fin de aclarar este aspecto se clasificó la muestra en tres grupos:

a) Pacientes del consultorio San Gregorio: incluimos en este grupo a todas las mujeres en la muestra que consultaron en la clínica de San Gregorio entre abril de 1965 y marzo de 1966, hayan o no usado anticonceptivos entre esas fechas. Puesto que la fecundidad de estas mujeres en 1966 estuvo bajo la influencia directa del programa, el grado en que sean responsables del descenso de la fecundidad en 1966 reflejará la medida en que el programa es responsable de ese cambio;

b) Otras mujeres protegidas (OMP): incluimos en este grupo a todas las mujeres que sin ser pacientes, usaron anticonceptivos eficaces (esterilización, DIU o gestágenos) entre abril de 1965 y marzo de 1966. El grado en que estas mujeres sean responsables del descenso de

la fecundidad en 1966 indicará la medida en que este cambio debe ser atribuido a otros factores;

c) Mujeres no protegidas (MNP); incluimos en este grupo al resto de la muestra; mujeres que no tuvieron contacto con el consultorio ni usaron anticonceptivos eficaces entre abril de 1965 y marzo de 1966. Esperamos que estas mujeres no expliquen una parte importante del descenso de 1966.

Al realizar la clasificación encontramos que un 16% de la muestra de 1967 eran pacientes, y un 12% eran OMP. El restante 72% eran MNP.

La fecundidad de estos tres grupos entre los años 1962 y 1966 aparecen en la tabla 1-C.

Como puede apreciarse las pacientes tuvieron una fecundidad muy alta en 1962, y pequeñas fluctuaciones entre 1962 y 1965. La TTF se mantiene durante estos años en el nivel de 12 a 14 mil. En 1966 la fecundidad de las pacientes presenta una reducción muy marcada en la cual la TTF baja al nivel de 3 mil.

TABLA 1-C

TASAS TOTALES DE FECUNDIDAD PARA LAS
PACIENTES, OMP, MNP Y MUESTRA
TOTAL DESDE 1962 A 1966
METODO DE LA HISTORIA DE EMBARAZOS

GRUPO	A Ñ O				
	1962	1963	1964	1965	1966
Pacientes	14.146.5	13.111.0	11.965.5	13.871.5	3.013.5
OMP	10.531.5	10.859.5	7.744.5	7.205.5	5.449.5
MNP	6.051.0	6.335.5	5.112.0	5.556.0	6.292.0
Total	8.286.0	7.699.0	6.251.0	6.552.5	5.134.5

La magnitud de este cambio puede ser mejor apreciada si se considera el significado de las TTF. Si una mujer tuviese hijos durante su vida reproductiva de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad que tuvieron las pacientes entre 1962 y 1965, llegaría a tener un promedio de 12 a 14 hijos antes de cumplir los 45 años. En cambio si tuviera una fecundidad igual a la observada para las pacientes en 1966, llegaría a tener un promedio de sólo 3 hijos antes de cumplir los 45 años.

Las OMP también tienen una alta fecundidad en 1962 y 1963. La TTF está en el nivel de 10 y 11 mil descendiendo en 1964 al nivel

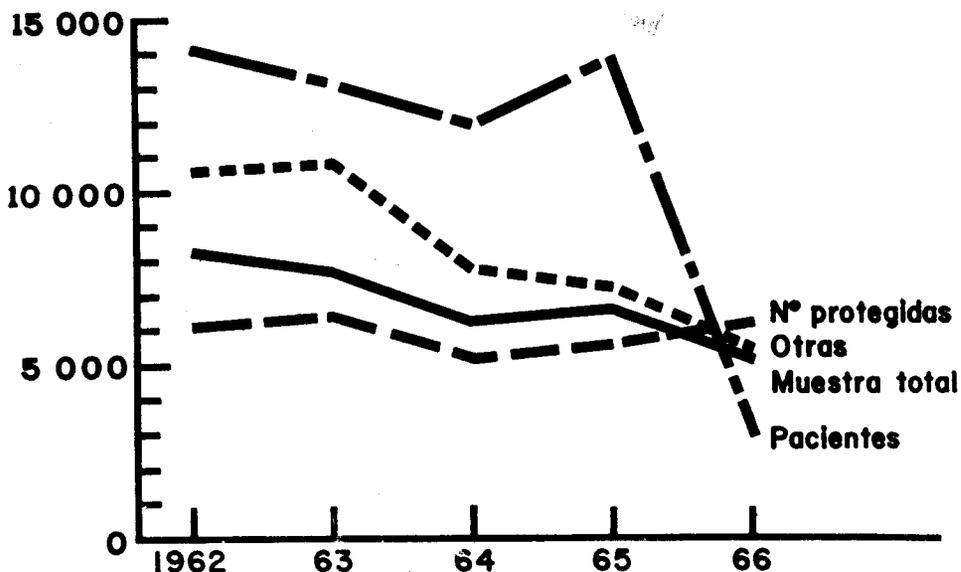
de los 7 mil, para mantenerlo en 1965. En 1966 aparece una nueva reducción, en que la TTF baja a 5.500.

Las MNP tienen una fecundidad más baja que los otros dos grupos, manteniendo su TTF alrededor de 5 y 6 mil, sin grandes variaciones.

A la luz de estos datos, que pueden ser visualizados con más claridad en la figura 1, resulta aparente que el programa de planificación de la familia de San Gregorio es el principal responsable del descenso observado en la fecundidad en 1966.

FIGURA 1

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD AÑOS 1962 A 1966 MUESTRA TOTAL Y GRUPOS CLASIFICADOS SEGUN USO DE ANTICONCEPTIVOS



Sin embargo, hemos querido verificar esta impresión a través de un modelo cuantitativo, midiendo qué proporción del cambio observado se debe a las pacientes.

Para este efecto hemos procedido a estimar la tasa total de fecundidad que habría presentado nuestra muestra en 1966 en las siguientes situaciones hipotéticas:

1) Si las pacientes hubiesen mantenido en 1966 su fecundidad promedio de los años 1962 a 1965;

2) Si las OMP hubiesen mantenido en 1966 la fecundidad que alcanzaron en 1965;

3) Si ni las pacientes ni las OMP hubiesen disminuido su fecundidad en 1966.

En este modelo, la diferencia entre la tercera estimación y la TTF real (u observada) representa el cambio total. La diferencia entre la segunda estimación y el valor real representa el cambio producido por las OMP y la diferencia entre la primera estimación y el valor real, representa el cambio producido por las pacientes.

Los resultados de estas estimaciones aparecen en la tabla 1-D*.

De acuerdo a la tabla 1-D, sin la reducción de la fecundidad de las pacientes, la TTF en 1966 habría sido 6.866,4 en lugar de 5.134,5. Consecuentemente el cambio debido a las pacientes es de 1.731,9 puntos.

TABLA 1-D

ESTIMACIONES DE LA TTF PARA 1966

Estimación 1	6.866,4
Estimación 2	5.340,4
Estimación 3	7.072,3
Valor Real	5.134,5

Por otra parte, sin la reducción de la OMP la TTF en 1966 habría sido 5.340,4 en lugar de 5.134,5. Consecuentemente el cambio debido a las OMP es de 205,9 puntos.

Si no hubiese disminuido la fecundidad de las pacientes ni la fecundidad de las OMP la TTF en 1966 habría sido 7.072,3 en lugar de 5.134,5. El cambio total observado es en consecuencia de 1.937,8 puntos.

En términos porcentuales, la disminución total observada es de 27,4% ($1.931,8 \times 100 / 7.072,3$). La disminución debida a las pacientes es 24,5% ($1.731,9 \times 100 / 7.072,3$). La disminución debida a las OMP es 2,9% ($205,9 \times 100 / 7.072,3$).

En otras palabras, el 89,4% del descenso observado se debe al programa ($1.731,9 \times 100 / 1.937,8$) y el 10,6% a otros factores ($205,9 \times 100 / 1.937,8$).

Estos cálculos aparecen resumidos en la tabla 1-E.

TABLA 1-E

MAGNITUD DEL CAMBIO OBSERVADO Y PROPORCION DEBIDA AL PROGRAMA

Fuente de cambio	CAMBIO PRODUCIDO POR CADA FUENTE		
	Absoluto	En %	total en % del cambio
Pacientes	1.731,9	24,5	89,4
OMP	205,9	2,9	10,6
Total	1.937,8	27,4	100,0

* Los detalles del método han sido omitidos por razones de espacio. El lector interesado puede solicitar a los autores apartados de otros trabajos en los que se describe este modelo con mayor amplitud.

Como podrá apreciarse vemos confirmada la impresión de que el programa es la principal y casi única causa del descenso de la fecundidad en 1966.

5. RESULTADOS: CAMBIOS OBSERVADOS EN ABORTO

La tabla 2-A presenta las Tasas de Aborto por edad (TAE), Tasas Generales de Aborto (TGA) y Tasas Totales de Aborto (TTA) para 1964 y 1966, obtenidas a través del método de las encuestas repetidas. Para cada tasa se ha calculado el cambio porcentual y la significación de esta diferencia.

Las tasas de aborto de San Gregorio presentan una reducción significativa entre 1964 y 1966 del orden de un 40%.

Al observar las tasas de aborto por edad, podemos apreciar que hay reducciones significativas en las edades de 20 a 39 años, las que coinciden en presentar las mayores tasas de aborto en 1964. De este modo se han reducido significativamente las tasas de aborto de los grupos de edad que antes del programa tenían la más alta incidencia de aborto. Llama particularmente nuestra atención la reducción en el grupo de 25 a 29 años, que es superior al 60%.

Las tasas que estamos comentando se refieren a total de aborto incluyendo tanto espontáneos como provocados. Al distinguir ambos tipos de aborto encontramos una reducción del aborto inducido de 40,2% que alcanza a casi un 80% en el grupo de 25 a 29 años. Sin embargo, puede haber un buen número de abortos provocados que fueron clasificados como espontáneos porque la diferenciación se ha basado únicamente en la respuesta de la mujer.

Lamentablemente no hemos podido confirmar estos resultados a través del método de la historia de embarazos, porque aparentemente, las mujeres (en San Gregorio) recuerdan muy bien los nacidos vivos que han tenido 2 ó 3 años atrás, pero olvidan una parte importante de sus abortos.

Este error de memoria que afecta la técnica nos ha impedido medir la participación del programa en el descenso del aborto, tal como hicimos con la fecundidad. Consecuentemente, no podemos "probar" que la reducción de las tasas de aborto se deba al programa. Sin embargo, existen algunas evidencias en este sentido, que mencionaremos en la discusión.

6. RESULTADOS: RESUMEN

En resumen, en San Gregorio se ha observado un descenso significativo de las tasas de fecundidad y aborto (ver figura 2).

TABLA 2-A

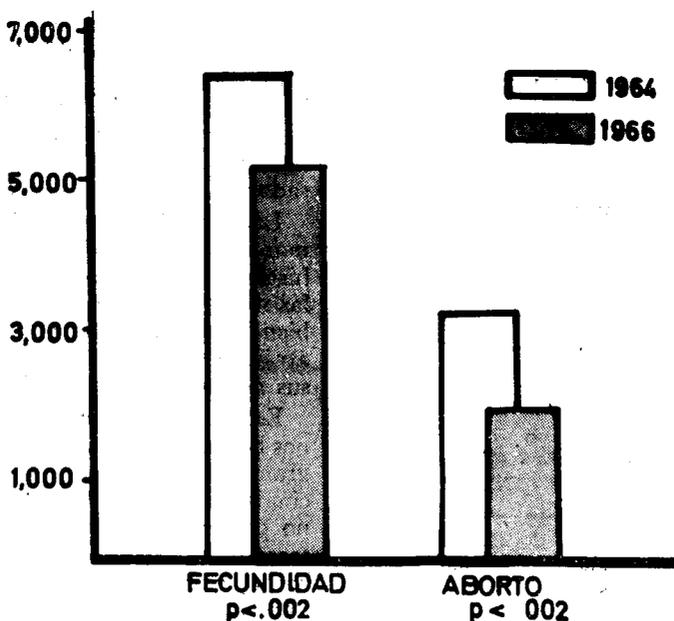
TASAS DE ABORTO PARA 1964 Y 1966
METODO DE ENCUESTAS REPETIDAS

Edad	1964				1966				DIFERENCIA 64-66		
	M	A	TAE	ES	M	A	TAE	ES	% cambio	z	p
15-19	338	9	26,6	10,9	388	13	33,5	8,2	-25,9	-0,51	NS
20-24	237	29	122,4	22,5	202	15	74,3	17,7	-39,3	-1,68	0,05
25-29	183	29	158,5	27,9	166	10	60,2	16,6	-62,0	-3,02	0,002
30-34	198	32	161,6	27,5	178	18	101,1	21,5	-37,4	-1,73	0,05
35-39	204	23	112,7	20,8	232	23	99,1	20,1	-12,1	-0,47	NS
40-44	133	9	67,7	23,8	158	4	25,3	13,8	-62,6	-1,54	NS
TGA	1.223	131	101,3	8,8	1.324	83	62,7	6,4	-38,1	-3,57	0,002
TTA			3.247,5	280,9			1.967,5	206,8	-39,4	-3,67	0,002

NOTA: Esta tabla presenta las tasas de aborto por edad (TAE), general (TGA) y total (TTA) para 1964 y 1966, obtenidas a través del método de la historia de embarazos. Las dos primeras columnas en cada año presentan los datos brutos: número de mujeres (M) y de abortos (A) en cada grupo de edad. Las dos columnas siguientes presentan las tasas y sus errores standard. En el último panel de la tabla se ha consignado el porcentaje de cambio de las tasas, el estadístico z que fue calculado para verificar la significación de las diferencias no significativas (p 0,05) aparecen indicadas con las letras NS.

FIGURA 2

TASAS TOTALES DE FECUNDIDAD Y ABORTO
PARA 1964 Y 1966



Nota. Esta figura resume los cambios observados en fecundidad y aborto entre 1964 y 1966. Los valores en la ordenada corresponden a las tasas totales. Las columnas en blanco corresponden a 1964 y las en gris a 1966. Las dos columnas a la izquierda del lector se refieren a la fecundidad y las de la derecha a aborto.

En términos relativos, el descenso en la tasa de aborto es mayor que el descenso en la tasa de fecundidad. Mientras el aborto disminuye en un 40%, la fecundidad lo hace sólo en un 20%, como puede apreciarse en la figura 3.

Como una consecuencia lógica, si estudiamos la "incidencia" de aborto y de nacimientos en 1964 y 1966, encontramos que la proporción de los embarazos que terminan en nacido vivo aumentó mientras que la incidencia de aborto disminuyó (ver figura 4).

7. DISCUSION

Los resultados que hemos presentado pueden parecer sorprendentemente altos para un programa que ha protegido sólo un 16% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años). Sin embargo, debe tenerse presente que el porcentaje de mujeres protegidas por el programa

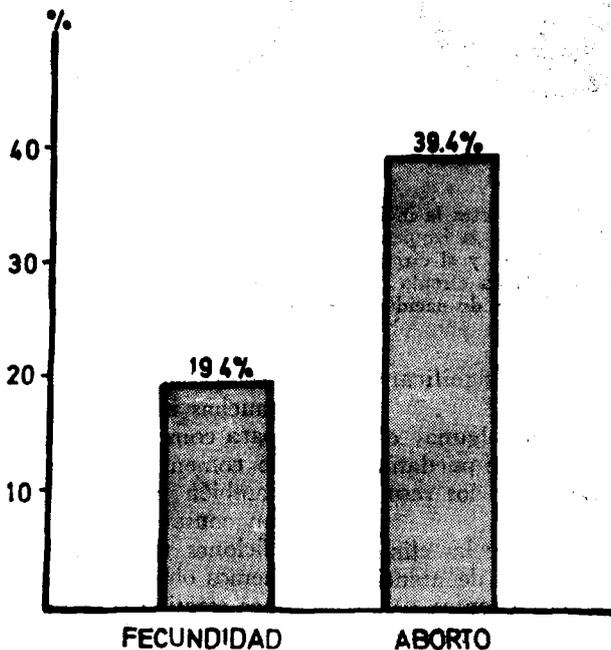
no es el único factor que determina la magnitud del cambio que éste puede producir. Deben considerarse al menos otros dos factores: la eficacia clínica de los anticonceptivos prescritos y las tasas de fecundidad y aborto que tenían las pacientes antes del programa.

Resulta obvio que mientras más eficaces sean los anticonceptivos usados, mayor será el número de nacimientos y abortos que se prevenirán en un grupo dado. En San Gregorio hemos utilizado solamente métodos anticonceptivos de alta eficacia (DIU, gestágenos, y en algunos pocos casos esterilización).

Por otra parte, si el lector revisa la tabla 1-C, encontrará que las pacientes tenían en los años anteriores al programa las más altas tasas de fecundidad, de tal modo que la protección de unas pocas mujeres permite evitar un gran número de nacimientos. Del mismo modo hemos podido constatar que las pacientes

FIGURA 3

PORCENTAJE DE DESCENSO DE LAS TASAS TOTALES DE FECUNDIDAD Y ABORTO ENTRE 1964 Y 1966



Nota. Esta figura ilustra el cambio porcentual de las tasas totales de fecundidad y aborto entre 1964 y 1966. Los valores en la ordenada corresponden a las disminuciones porcentuales. La columna más pequeña representa la reducción de la fecundidad y la más grande, la reducción en aborto.

pertenecen a los grupos de edad que en 1964 tenían las mayores tasas de aborto, lo que demuestra que el programa tuvo éxito en proteger a las mujeres más expuestas al riesgo de aborto.

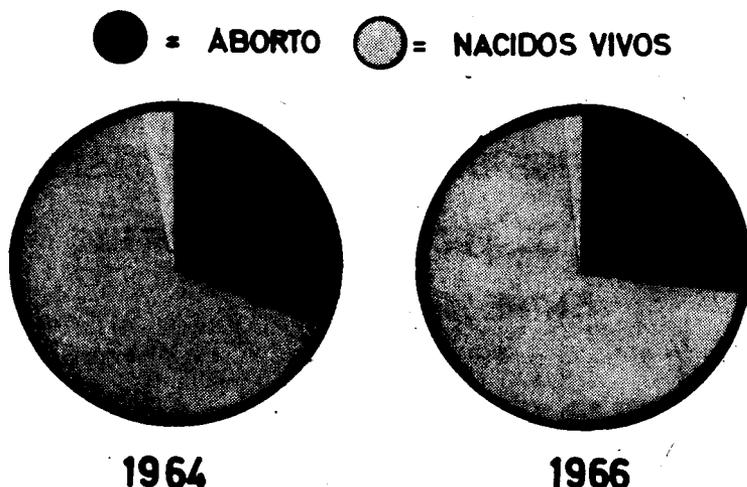
En todo caso hemos podido demostrar en este trabajo que el descenso observado en la fecundidad constituye un efecto del programa. El punto que es aún cuestionable es la existencia de una relación similar entre el programa y el descenso observado en las tasas de aborto.

Para aclarar este aspecto hemos buscado in-

formación sobre las tasas de aborto de comunidades similares a San Gregorio que no estén bajo la influencia de un programa que cumpla plenamente con los requisitos señalados en la sección 2. La mejor población control que hemos encontrado es el área de Salud Sur de Santiago, a la cual pertenece San Gregorio. La Dra. T. Monreal ha realizado un estudio en esta área así como en el resto de Santiago. Sorprendentemente ella observó que —a pesar del programa de planificación de familia que se desarrolla en el área sur— las tasas de aborto

FIGURA 4

INCIDENCIA DE ABORTO Y NACIDOS VIVOS



Nota. Esta figura ilustra la incidencia de aborto y de nacidos vivos en 1964 y 1966. El círculo a la izquierda del lector representa todos los embarazos terminados en 1964, y el círculo a la derecha, todos los embarazos terminados en 1966. Cada círculo ha sido dividido en dos partes, proporcionales a la incidencia de nacidos vivos (en blanco) y abortos (en negro).

de esta área habían aumentado significativamente entre 1962 y 1966.

Nosotros creemos que existen algunas diferencias entre ambos programas que puedan explicar la aparente discrepancia en los resultados observados.

En muchos sectores del área sur las clínicas alcanzan a satisfacer la demanda de atención en forma rápida, existiendo frecuentes demoras y rechazos de pacientes. Como hemos sugerido antes, estos rechazos y postergaciones pueden resultar en embarazos no deseados y consecuentemente en más abortos.

Por otra parte, en el área sur existen extensas zonas con numerosa población que no po-

seen servicios anticonceptivos. Esto implica que muchas mujeres deben viajar distancias largas para conseguir atención, lo que dificulta no sólo comenzar el uso de un anticonceptivo sino también obtener un seguimiento adecuado y un consejo o tratamiento oportuno ante condiciones intercurrentes. En la práctica clínica hemos observado que la anticoncepción es menos efectiva si se practica sin la ayuda de una clínica. Lo demuestran las OMP, que usando los mismos anticonceptivos que nuestras pacientes, tienen mayores tasas de fecundidad y aborto.

Es necesario considerar además que el programa de San Gregorio ha protegido en sólo

un año de acción un 16% de las mujeres entre 15 y 44 años y —lo que es más importante— un 27% de las mujeres que necesitan protección (casadas o convivientes de fertilidad probada). En el área sur en cambio no se ha protegido más de un 8 ó 10% de las mujeres en edad reproductiva a través de más de 6 años de acción.

En nuestra opinión, las tasas de aborto pueden haber subido en el área sur simplemente porque el programa no fue capaz de proteger todas las mujeres que estaban motivadas a planificar su familia, mientras que en San Gregorio una alta proporción de las mujeres motivadas recibió un anticonceptivo y no tuvo que recurrir al aborto inducido.

Por último, en San Gregorio observamos una relación directa entre el porcentaje de mujeres que ha protegido el programa y el porcentaje de descenso de las tasas de aborto en los distintos grupos de edad. A modo de ejemplo, el grupo en que se protegió un mayor porcentaje de mujeres es el de 25 a 29 años, que presenta los mayores porcentajes de descenso de aborto (62%) y aborto provocado (78%). Recordamos además que este grupo de edad presentaba la mayor tasa de aborto provocado

(109,3) y la segunda más alta tasa de aborto (158,5) en 1964.

Todas estas consideraciones tienden a demostrar que el cambio observado en aborto es un efecto del programa de planificación de la familia. Por otra parte, nos permiten postular que el programa San Gregorio fue capaz de obtener estos resultados precisamente porque cumplió los requisitos que señalamos en la sección 2.

Sin embargo, existen otros problemas que esperan respuesta. En este momento no sabemos cuánto durarán los cambios observados ni cómo serán los efectos del 2º y 3er. año de acción del programa. Una nueva encuesta que realizaremos en el curso de 1969 nos proporcionará los datos necesarios para contestar estas y otras interrogantes.

Los autores desean expresar sus agradecimientos a muchas personas que desinteresadamente han prestado su valiosa colaboración al programa San Gregorio desde las primeras fases. En relación con este trabajo deseamos expresar nuestro reconocimiento a Donald y Elizabeth Bogue (U. de Chicago), a los investigadores de CELADE en Santiago, y a B. H. Wells (Universidad de North Carolina).