

PROGRAMAS DE ORIENTACION CRISTIANA EN RELACION CON LA REGULACION DE LA NATALIDAD EN EL PERU

Sr. PEDRO PAZOS GAMIO, Director General
Dr. HELI CANCINO IZAGUIRRE, Co-Director Médico
Dr. GUILLERMO TAGLIABUE MENDIZABAL, Co-Director Médico
Dr. CARLOS FLORES-GUERRA FERNANDINI, Director de Coordinación Nacional
P. ENRIQUE T. BARRA, S.J., Asesor Teólogo

Se debe a circunstancias particulares que el Equipo Director Ejecutivo del **Programa de Apostolado Laico Familiar (PALF)** haya aceptado el encargo de informar sobre la labor que realizan en el campo de la regulación de la natalidad, en el Perú, Instituciones laicas que siguen las enseñanzas de la Iglesia Católica.

La razón principal es, porque el mismo Equipo ha colaborado en los tres Programas de este tipo que han venido trabajando desde 1967. Es a saber, en colaboración con el Dr. Joseph F. Kerrins, Director del **Programa de Responsabilidad Natal en las Barriadas de Lima**; como Equipo Director Ejecutivo del **Programa de Promoción Conyugal y Familiar del Movimiento Familiar Cristiano en los Barrios Marginales de Lima**, desde el 8 de junio de 1968 hasta el 30 de junio de 1970, y también como Equipo Director Ejecutivo del PALF desde el dos de mayo del presente año.

I — DE LOS PROGRAMAS

1.— Programa de responsabilidad natal en las barriadas de Lima.

Encargado: Dr. Joseph F. Kerrins. Considerado como Plan Piloto.

Duración: de abril de 1967 hasta el 30 de junio de 1968.

2.— Programa de promoción conyugal y familiar del movimiento familiar cristiano en los barrios marginales de Lima.

Encargado: Movimiento Familiar Cristiano de Lima. Considerado como Plan Arquidiocesano de Lima.

Duración: del 8 de junio de 1968, hasta el 30 de junio de 1970. (A la fecha continúa bajo la dirección de otro Equipo Ejecutivo).

3.— Programa de apostolado laico familiar (PALF)

Encargado: Asociación de Trabajo Laico Familiar (ATLF). Considerado para las Arquidiócesis y Diócesis del Perú, excepto Lima.

Duración: 2 de mayo de 1970 a la fecha.

II — DE LOS FUNDAMENTOS

Todos estos Programas han sido concebidos, autorizados y puestos en marcha, de acuerdo a las enseñanzas del Concilio Vaticano II; de las Encíclicas de S.S. Juan XXIII, **Mater et Magistra** y **Pacem in Terris**; Encíclica de S.S. Paulo VI, **Populorum Progressio** y **Humanae Vitae**; como en sus discursos al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM), el 24 de noviembre de 1955 en Roma y en el Congreso Eucarístico de Bogotá el 24 de agosto de 1968. De las resoluciones del CELAM en Mar del Plata (octubre de 1966 y Medellín (setiembre de 1968). Y en las recomendaciones de las Asambleas Anuales de los Obispos Peruanos de los años 1968 y 1969.

III — DE LOS ANTECEDENTES**De la Primera Fase de la Obra - Plan Piloto**

El Dr. Joseph F. Kerrins, médico norteamericano, llega a Lima en 1967 en plena comunión con las enseñanzas del Concilio Vaticano II, solicita al Obispado de Lima permiso para iniciar en la Parroquia de El Agustino, un Programa de Responsabilidad Natal en las Barriadas de Lima.

Basa su pedido en el derecho de los cónyuges a regular el tamaño de su familia conforme a las enseñanzas del Concilio Vaticano II. En la necesidad de promover un Plan Médico-Asistencial, para madres de familia de condiciones humildes, que conlleva el espaciamiento de sus embarazos por medio de píldoras anovulatorias orales, por un período de dos años post-parto; y por último, en que era necesario promover la paternidad responsable, para lo que, también se comprometió a confeccionar un programa de charlas educativas, que estarían a su cargo.

El Obispado de Lima, otorga su permiso, como Plan Piloto, y en abril de 1967, se inicia la obra, en la Parroquia de El Agustino.

A los pocos meses, esta labor se ha ampliado a siete parroquias más, todas en los barrios marginales de Comas, debido a la aceptación que ha tenido entre los Padre Párrocos.

El 30 de junio de 1968, fecha en que terminó este Programa a cargo del Dr. Kerrins, las parroquias atendidas eran: El Agustino, 2 de Mayo, El Montón, Comas Km. 11, Comas Km. 13, Condevilla, Piñonate y El Ermitaño.

De la Segunda Fase de la Obra - Programa Arquidiocesano

Reconoció la obra del Dr. Kerrins, el Equipo Central Arquidiocesano del M.F.C. comprende su importancia y trascendencia como labor apostólica, y resuelve tomarla bajo su responsabilidad, a partir de junio de 1968.

Como primer paso oficial, el Equipo en pleno, dirige una comunicación a la Asamblea Episcopal, reunida en Lima, en enero de 1968. Y por los conceptos positivos que contiene basados en la necesidad de formar la conciencia de los esposos para ejercitar una paternidad responsable y ayudarles a regular el tamaño de su familia de acuerdo a las enseñanzas de la Iglesia; los Obispos, aceptaron y apoyaron la iniciativa, autorizando la creación de Centros de Educación Cristiana, en cada parroquia, empezando por las zonas populares. El M.F.C., para llevar a la realidad la autorización recibida, nombró un Consejo Superior, compuesto por parejas de esposos, militantes del movimiento, que quedó instalado el 8 de junio de 1968.

Las metas de este Consejo Superior y del Equipo de Directores Ejecutivos fueron, perfeccionar y ampliar la obra, convirtiéndola en el Programa de Promoción Conyugal y Familiar del Movimiento Familiar Cristiano en los Barrios Marginales de Lima.

El señor Cardenal Arzobispo de Lima otorgó su aprobación el 14 de junio del mismo año, para que el Programa funcionase en las parroquias de los Barrios Marginales de su Arquidiócesis.

El 30 de junio de 1970, fecha en que terminó la administración del equipo que presenta este informe, las parroquias atendidas se elevaron a catorce y correspondieron a los siguientes pueblos jóvenes: El Agustino, Comas Km. 11, Comas Km. 12, Comas Km. 13, Condevilla, Zarumilla, 2 de Mayo, El Montón, El Ermitaño, Caquetá, Caja de Agua, San Ricardo, Ciudad de Dios y Surquillo.

De la Tercera Fase de la Obra - Programa Nacional

Después de haber demostrado a través del Programa del M.F.C., que los objetivos buscados: crear paternidad responsable y ayudar a regular el tamaño de la familia, habían sido logrados, y habiendo quedado libres de la responsabilidad de seguir dirigiendo el Programa del M.F.C.; el equipo asumió la

dirección del Programa de Apostolado Laico Familiar (PALF), el 2 de mayo de 1970. El reconocimiento de esta nueva rama apostólica, de proyección nacional, lo hizo el Presidente de la Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS), con fecha 7 de marzo de 1970. Y el Director General de la Oficina Nacional de Desarrollo de Pueblos Jóvenes, extendió la credencial de reconocimiento al PALF, con fecha 27 de abril del mismo año. Como los fundamentos del PALF, nacen de la misma raíz católica que dieron origen a los dos anteriores programas, sólo hubo necesidad de adecuar su proyección nacional, al indispensable requerimiento de obtener la debida autorización de cada Obispo, en cuya Diócesis habremos de trabajar. Proyectada la dinámica del PALF, el calendario de implantación de la obra en la República, corresponde primero a las zonas más cercanas de Lima donde funciona la Oficina Central.

Así, Monseñor Eduardo Picher Peña, Obispo del Callao, firma el Decreto N° CO-201021-163 de fecha 6 de agosto de 1970, autorizando el funcionamiento del PALF en su Diócesis, para de inmediato iniciarse la labor apostólica en las siguientes parroquias: Nuestra Señora de Guadalupe (La Perla), Sagrados Corazones (Reynoso) y Santa Angela de Merici (Carmen de la Legua).

Siguiendo el Plan trazado, el Reverendo Eusebe M. Menard, Vicario Episcopal de la Provincia de Huarochirí, correspondiente a la Prelatura de Yauyos, firma el Decreto de autorización con fecha 18 de agosto de 1970, iniciándose el trabajo en la Parroquia María Inmaculada, de Ricardo Palma el 22 del mismo mes.

En la fecha se ha protocolizado el convenio con la Diócesis de Huacho, y su Obispo, Monseñor Lorenzo León Alvarado, ha nombrado Coordinador al párroco de Nuestra Señora de Fátima, donde se iniciará próximamente la obra.

IV — DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los Servicios: Se proporciona servicios educativos, médicos y asistenciales.

Los fines:

a) Conocer e investigar la realidad actual de los núcleos familiares. Se llega a esta finalidad mediante la labor de las Asistentes Sociales y Educadoras Familiares, que a base de encuestas y entrevistas logran resultados en una nueva especialidad en su campo profesional, que es la asistencia social, con fines de paternidad responsable.

b) Impartir la educación adecuada a crear o consolidar la Paternidad Responsable. Para tal fin, los Planes Educativo y Médico del Programa, se vuelcan en los cónyuges para proporcionarles la educación básica, acerca de las relaciones entre marido y mujer; padres e hijos, educación e higiene sexual, y por último, lo que significa una familia abierta a la vida comunitaria.

c) Propender a consolidar o legalizar las uniones maritales. Este objetivo se realiza, a través de las nuevas técnicas de catequesis, que no conlleven necesariamente la subsanación de uniones sólo por el matrimonio católico o su legalización con el matrimonio civil, sino que, con positivo espíritu humano en primer lugar, y ecuménico en segundo término, obtiene la debida constitución de los matrimonios respetando la libertad de los credos.

d) Proyección de la célula familiar evolucionada a la comunidad. Es decir, que debidamente capacitada y motivada la pareja, se le crea la necesidad de volcarse en su comunidad según sus capacidades, sea como líderes o simplemente como célula familiar debidamente constituida.

V — DE COMO FUNCIONA EL PROGRAMA

Plan Educativo

Con la experiencia adquirida en cuatro años de trabajo en las zonas marginales y barrios populosos, existe el convencimiento sobre la necesidad de continuar llegando a las parejas, tal y como de hecho se encuentran, desde el punto legal o religioso, para despertar o vigorizar en ellas un marcado sentido de responsabilidad, tanto en sus relaciones de marido y mujer, como en sus funciones de paternidad. El medio usado es un sistema capilar de parejas y grupos parroquiales y vecinales, dirigidos por una Pareja Líder, que son esposos debidamente preparados por el Programa y que mediante charlas, cursillos, conferencia logran los objetivos de la educación en paternidad responsable. De la evolución y constante actividad con los esposos, se obtiene las nuevas parejas de líderes, que volcarán sus conocimientos y vivencias en sus respectivas comunidades.

Toda la actividad del Programa, se realiza única y exclusivamente en locales de cada zona, sean parroquiales o comunales.

Dinámica Educativa

El Plan Educativo se inicia, mediante invitaciones del Párroco a grupos de parejas o por intermedio del Departamento de Asistencia Social del Programa.

Estos grupos son de 50 ó 100 parejas, según el caso, y a los cuales se les da una charla básica o de introducción. En esta misma oportunidad, por mayoría el grupo señala, fecha, día y hora, para iniciarse en las charlas de paternidad responsable. Cabe anotar que son muchos los grupos que trabajan los sábados y domingos. Para las charlas de paternidad responsable, se procura reducir el número de parejas en lo posible, acondicionándolo a la disponibilidad de parejas líderes, con el objeto de dar oportunidad a todas las personas asistentes al diálogo o debate. La duración de este cursillo es de 22 semanas, con una periodicidad de un día semanal.

Terminadas estas dos etapas, pasan a las charlas de extensión, en donde los componentes del grupo, logran una mayor cohesión y tratan temas libres que ellos mismos proponen. Durante estas charlas, la pareja líder pone mayor empeño, para la selección de las parejas que por sus cualidades y aptitudes, deben pasar a la Escuela de Líderes, en la cual se les preparará para que actúen como tales en sus zonas.

Programa Educativo (Temas)

1. Importancia del Diálogo Conyugal.
2. Personalidad Humana de la Mujer.
3. Personalidad Humana del Hombre.
4. Charla Médica (Diapositivos).
5. Bases para la Educación Sexual.
6. Higiene Sexual.
7. Educación Sexual Matrimonial (Parte Moral).
8. Educación Sexual Matrimonial (Parte Fisiológica).
9. Charla Médica (Película: "Reproducción Humana").
10. Evaluación.
11. Importancia y Responsabilidad de ser Padres.
12. La Familia: primera escuela.
13. El Colegio: Prolongación del Hogar.
14. El Hijo y el Mundo de Hoy.
15. Evaluación.
16. La Parroquia.
17. La Comunidad.

18. La Nación.
19. Evaluación.
20. Mis Derechos.
21. Mis Obligaciones.
22. Mi Libertad.

DE LA COBERTURA Y EVALUACION DEL PLAN EDUCATIVO

Del Plan Piloto: De abril de 1967 al 30 de junio de 1968, se logró impartir el cursillo de Paternidad Responsable a 11 parejas escogidas de 7 zonas en las que se trabajaba, con miras a convertirlas en Líderes.

En cuanto a la evaluación de esta primera fase del Plan Educativo, se extracta del Informe del Dr. Kerrins, lo siguiente:

1. Es posible conducir un programa efectivo de responsabilidad natal en las barriadas de Lima de acuerdo con las enseñanzas de la Iglesia Católica.
2. Que la enseñanza de la paternidad responsable, es bien recibida por las parejas, no obstante que abarca muchos más allá de la mera limitación de los nacimientos.
3. Se confirmó el dramático efecto causado en las parejas, que manifestaron el positivo cambio operado en sus relaciones conyugales y familiares.

Del Plan Arquidiocesano: De diciembre de 1969 al 30 de junio de 1970, el Plan Educativo alcanzó un promedio de 196 parejas en asistencia mensual al cursillo de Paternidad Responsable. De este total pasaron a la escuela de Líderes 9 parejas, las cuales en forma continua colaboraron con el Programa. En cuanto a la evaluación de esta segunda fase del Plan Educativo, puede sintetizarse como sigue:

1. Que la opinión del Dr. Kerrins, en su evaluación mantenía su actualidad.
2. Que el énfasis puesto en el Plan Educativo, dentro del Programa, lo convertía en una labor apostólica profundamente humana y logra una mejor captación del fin sobrenatural a que todo hombre está llamado.
3. Que el mensaje educativo del cursillo, logra la captación de los cónyuges para una mejor comprensión del mensaje del Concilio Vaticano II y de las Encíclicas de S. S. Paulo VI y de las recomendaciones que el Magisterio de la Iglesia formula sobre la paternidad responsable y la licitud de medios moralmente aceptables para una honesta regulación de la natalidad.

4. Que el permiso para tratar con anovulatorios orales, a madres de familia, hasta por un período de dos años post-parto, además de cumplir su finalidad terapéutica, permite capacitar a los cónyuges durante este lapso, en el ejercicio de la paternidad responsable y la aplicación del método del ritmo, en forma correcta, que asegura su eficacia.
5. Otro logro del Plan Educativo es, la moderación o corrección de vicios, prejuicios, malas costumbres y hábitos, adquiridos por falta de educación e instrucción.
6. Que las clases dedicadas a la enseñanza de la sexualidad en el matrimonio, han logrado el cambio de aptitudes y un mayor entendimiento entre las parejas.
7. Que lograr el diálogo y la narración de experiencias, en las reuniones por parte de las parejas, ha demostrado la utilidad de la moción participante en estos debates dirigidos.

Del Plan Nacional: Del 1º de agosto de 1970 a la fecha, el PALF ha logrado llevar su Plan Educativo a grupos compuestos por 313 matrimonios y en charlas a 1,081 personas.

Es interesante anotar en la asistencia a los cursillos, un notable incremento en relación a los años anteriores, que va de acuerdo con la renovación de los temarios y con el cambio de metodología de trabajo en estos cursillos. Actualmente, la Pareja Líder hace una exposición concreta, clara y corta de cada tema, dando los elementos de juicio suficientes que los motiva para que acepten, corrijan o amplíen los conceptos vertidos. Con lo cual se logra el diálogo o debate lo que permite además, el acondicionamiento de los temarios en concordancia con los medios culturales en los que actuamos.

Una magnífica experiencia significa, la formación de grupos con los padres de familia de los colegios, a través de los cuales se detecta un positivo propósito por entender mejor a sus hijos y evitarles todas las consecuencias que puede acarrearles la falta de preparación para la vida conyugal.

Plan Médico

El Plan Médico, mantiene el objetivo de proporcionar a las parejas, la atención necesaria para que se hallen en tales condiciones de higiene y salud que puedan cumplir sus obligaciones de paternidad responsable, y orientarles en la manera práctica de regular su familia de acuerdo con las enseñanzas de la moral cristiana, que el Plan Educativo preconiza. Dentro de este objetivo se

comprende los servicios profesionales de información y atención médica en orden a la regulación de la natalidad, como ejercicio de la paternidad responsable. Por tanto, este aspecto comprende la enseñanza completa del método de la continencia periódica y toda la ayuda necesaria para su recta aplicación, a aquellas señoras inscritas en el programa que lo soliciten con la anuencia de sus esposos y a las señoras que han dado a luz y necesitan prevenir un embarazo cercano, no estando todavía en condiciones de emplear el método del ritmo, si lo solicitan con la aprobación del esposo, son tratadas con anovulatorios orales previa indicación y bajo vigilancia médica permanente, hasta dos años después del parto.

Dinámica Médica

El Plan Médico se inicia, en los Consultorios Externos Parroquiales, equipados para los fines que se persiguen, y dotados del personal médico y auxiliar especializado. La captación de pacientes se efectúa por intermedio del Párroco, las Asistentes Sociales, la Educadora Familiar, o simplemente por el conocimiento que los feligreses tienen de las actividades de la parroquia.

Programa Médico:

1. Servicio médico general.
2. Servicio médico-ginecológico.
3. Tratamiento de la Infertilidad Matrimonial.
4. Tratamiento Quirúrgico-Ambulatorio.
5. Descarte de Estados Patológicos Malignos.
6. Regulación de la Natalidad.

DE LA COBERTURA Y EVALUACION DEL PLAN MEDICO

Plan Piloto: De abril de 1967 al 30 de junio de 1968, el Plan Médico, trató con anovulatorios orales a 1,231 señoras.

Del Plan Arquidiocesano: Del 8 de junio de 1968 al 30 de junio de 1970 (fecha en la cual el Equipo de Directores Ejecutivos dejó el Programa del M.F.C. y hasta la cual abarca el Informe Médico que a continuación detalla el presente trabajo), se trató a 2,797 señoras.

Acumulación: De abril de 1967 hasta el 30 de junio de 1970, se han tratado 4,028 señoras, con 36,612 ciclos completos.

Informe Médico

Como ya se ha manifestado anteriormente, este capítulo corresponde al Plan Médico, y en él se acumula su evaluación desde el mes de abril de 1967 hasta el 30 de junio de 1970.

Desde que nos hicimos cargo de los consultorios parroquiales, fueron transformándose en verdaderos centros de atención ginecológica y ahora brindan los siguientes servicios:

- a) Atención ginecológica.
- b) Estudio, diagnóstico y tratamiento de la esterilidad matrimonial.
- c) Despistaje del cáncer ginecológico por medio del método del Papanicolaou a toda mujer mayor de 30 años o cuando el médico lo crea necesario.
- d) Espaciamiento de embarazos en las parejas que lo soliciten dentro de las normas de nuestro programa.

Frente a un matrimonio que quiere espaciar sus embarazos se le ofrece ayuda para que puedan controlarse por el método que permite la Iglesia Católica, el método de la continencia periódica. Lamentablemente pocas parejas están capacitadas para llevar dicho método que requiere de una verdadera responsabilidad para cumplir las reglas del método Ogino-Knaus, y por ello durante las charlas del Plan Educativo, en coordinación con las charlas médicas se trata de inculcarles esa responsabilidad. Al final del mes de junio del presente año se logró que ingresaran al método del ritmo, 325 matrimonios, con buenos resultados cuando mes a mes se establecieron los períodos infértiles.

Por naturaleza la mujer deberá presentar un lapso de anovulación en el post-parto, favorecido por la lactancia, aunque sabemos que éste es menor que el tiempo de la lactancia. Basados en los períodos estériles de la mujer y habiendo constatado que por razones ocupacionales, nutricionales y a veces psíquicas, las madres cada vez lactan menos a sus hijos, facilitando así el retorno más pronto a los ciclos ovulatorios, es que, se nos permite ayudar a la naturaleza de la mujer para asegurar la existencia de ciclos anovulatorios en el post-parto inmediato. Se posibilita también un restablecimiento del desgaste orgánico que le significó su último embarazo, evitando de inmediato una nueva gestación y poder dedicarse a la crianza del recién nacido.

Para mantener los ciclos anovulatorios en el post-parto inmediato, es que, en casos especiales, se proporciona anovulatorios orales por un tiempo máximo hasta que cumplan dos años de su último parto, tiempo que se aprovecha para impartir los conocimientos de una paternidad responsable.

En este sentido se consideró que cualquier sistema de control, planificación o espaciamiento de embarazos, no debe llevarse a cabo con un mero enfoque ginecológico, sino fundamentalmente a través de una comprensión racional de la educación, como ya ampliamente se explica en el Plan Médico.

Desde que se inició el Programa, han ingresado al mismo, 4,028 señoras. En la primera visita las pacientes que van a tomar pastillas anovulatorias reciben la explicación correspondiente acerca de la forma de la administración, sus objetivos, sus posibles efectos, etc. Concomitantemente se efectúa un examen médico general a la vez que se toma una muestra de córvix uterino para Papanicolaou, repitiéndose el primero cada 4 ciclos y el extendido anualmente.

CUADRO N° 1

NUMERO DE PACIENTES INGRESADAS AL PROGRAMA AL 30 DE JUNIO DE 1970, Y NUMERO DE CICLOS QUE COMPLETARON

Número de pacientes	Ciclos completados
4.028	36,612

Por el cuadro N° 1, podemos apreciar que cada paciente realizó 9 ciclos aproximadamente, dato importante, ya que según nuestras normas, la paciente podrá continuar en nuestro programa por un lapso no mayor de 25 ciclos (salvo excepciones), indicando el grado de motivación de las madres de familia hacia el programa con la consecuente baja de efectos secundarios.

El cuadro N° 2, muestra claramente que últimamente están buscando este tipo de ayuda un número mayor de madres de familia cada vez más jóvenes con una paridad menor. Esto es indicativo de que el programa interesa a la comunidad creándoles una responsabilidad de regulación natal a más temprana edad y que la idea antigua de que las pastillas producían cáncer, tumores o desarreglos orgánicos, está siendo dejada de lado para enfrentarse a su verdadero problema de regulación natal.

El cuadro N° 3, precisa el temprano ingreso de pacientes jóvenes (hasta 24 años), dando como resultado un menor número de hijos, disminuyendo porcentualmente el ingreso de mujeres en edad fértil madura. A este respecto se debe resaltar el hecho de que pacientes con uno y dos hijos se han incrementado en un 50 y 25% respectivamente en relación a informes anteriores, circunstancia dada por el mismo hecho de haber ingresado al programa mayor número de madres jóvenes (cuadro N° 4).

CUADRO N° 2

CUADRO COMPARATIVO DE HISTORIA DE LOS EMBARAZOS

Fecha	N° de pacientes	Promedio de edad	N° de embarazos	Promedio de embarazos	N°	Niños viviendo Prom.	%	Niños muertos N°	%	Abortos N°	%
1-4-67 al											
30-5-68	1,231	28.5	7,180	5.8	5,741	4.7	80.0	868	12.1	571	7.9
1-6-68 al											
30-6-69	1,510	27.8	8,176	5.4	6,690	4.4	81.8	834	10.2	668	8.2
1-7-69 al											
30-6-70	1,287	27.0	6,518	5.1	5,321	4.1	81.6	705	10.8	503	7.7
Total general al	4,028	27.7	21,874	5.4	17,752	4.4	81.2	2,407	11.0	1,742	8.0

Nota: La diferencia de la suma del número de hijos vivos, muertos y abortos, con el número de gestaciones, se debe a los embarazos múltiples.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION DE HIJOS VIVOS POR EDAD DE LAS MADRES

Edad	A mayo de 1968		De junio/68 a junio/69		De julio/69 a junio/1970		Totales									
	Pacientes N°	Hijos vivos %	Pacientes N°	Hijos vivos %	Pacientes N°	Hijos vivos %	Pacientes N°	Hijos vivos %								
19 o menos	69	5.6	120	8.1	216	3.3	145	11.3	251	1.7	334	8.3	595	3.4		
20 - 24	294	23.9	909	3.1	412	27.6	1,192	18.3	365	28.4	1,005	2.8	1,071	26.7	3,106	17.7
25 - 29	354	28.8	1,553	4.4	425	28.5	1,843	28.4	357	27.7	1,501	4.2	1,136	28.3	4,897	27.9
30 - 34	287	23.3	1,601	5.6	291	19.5	1,620	24.9	244	18.9	1,377	5.6	822	20.5	4,598	26.2
35 - 39	172	14.0	1,139	6.6	196	13.1	1,304	20.1	139	10.8	909	6.5	507	12.7	3,352	19.1
40 o más	52	4.2	397	7.6	43	2.9	325	5.0	37	2.9	278	1.5	132	3.3	1,000	5.7
Desconocida	3	0.2	14	4.7	4	0.3	—	—	—	—	—	—	7	0.2	14	0.1
	1,231		5,741	4.66	1,491		6,500	4.26	1,287		5,321	4.13	4,009		17,562	4.38

CUADRO N° 4
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR NUMERO DE HIJOS VIVOS

Número de hijos vivos	A mayo de 1968		De junio/68-Junio/69		De Julio/69-Junio/70		Totales	
	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje	Pacientes	Porcentaje
1 hijo	59	4.79	112	7.51	131	10.2	302	7.53
2 hijos	148	12.02	199	13.35	207	16.1	554	13.82
3 hijos	192	15.60	283	18.98	229	17.8	704	17.56
4 hijos	235	19.09	242	16.23	230	17.9	707	17.64
5 hijos	199	16.17	223	14.96	171	13.3	593	14.79
6 o más	398	32.33	430	28.84	319	24.8	1,147	28.61
Desconocido			2	0.13			2	0.05
	1,231	100 %	1,491	100 %	1,287	100%	4,009	100%

Efectos Secundarios

Los efectos secundarios del anovulatorio que usamos, OVULEN (Diacetato de Edinodiol 1 mg.; Mestranol 0.1 mg.) se tabula estrictamente ciclo por ciclo y mes tras mes en cada paciente, según aparecen en los cuadros 5 y 6.

CUADRO N° 5
EFECTOS SECUNDARIOS

Total de ciclos completados	36,612	100.00 %
1. Quejas gastrointestinales	3,237	8.84
2. Cefalea	5,499	15.02
3. Mareo	871	2.38
4. Decaimiento	952	2.60
5. Visión borrosa	194	0.53
6. Nerviosismo	641	1.75
7. Cloosma	344	0.94
8. Ictericia	36	0.01
9. Molestias abdominales	3,017	8.24
10. Várices	399	1.09
11. Calambres	70	0.19
12. Leucorrea	1,139	3.11
13. Otros	703	1.92
	17,102	46.71

Los trastornos más frecuentes son molestias gastrointestinales, cefalea, molestias urogenitales y en menor proporción los trastornos vasculares que se presentan aproximadamente en una décima parte de las pacientes, con una intensidad moderada y fáciles de controlar con sintomáticos.

CUADRO N° 6
QUEJAS MENSTRUALES

Total de ciclos completados	36,612	100.00 %
1. Sangrado	2,102	5.74
2. Período abundante	2,211	6.04
3. Amenorrea	1,296	3.54
4. Goteo	879	2.40
5. Período prolongado	121	0.33
6. Dismenorrea	4,558	12.45
7. Hemorragia por supresión	55	0.15
8. Menor duración del período	9,102	24.86
Total	20,324	55.51

Las molestias menstruales se evaluaron en el cuadro N° 6, donde resalta la menor duración del período, no mayor de dos días, teniendo en cuenta el antecedente menstrual de cada paciente. El sangrado y goteo desaparecieron al duplicarse la dosis diaria por espacio de 3 días consecutivos, estos síntomas se presentaron con mayor frecuencia en púerperas de un mes que ingresaron al programa dándose también en éstas una menstruación abundante en sus primeros ciclos.

Pacientes que dejaron el programa

Del volumen total de pacientes, el 18.6% han abandonado el programa por causas que se ignoran aunque se trata de establecerlas por medio del servicio social, sin embargo las direcciones erróneas, cambios de domicilio o viajes, condiciones particulares de la población atendida no permiten certificarlas. Hay un porcentaje de pacientes que son retiradas del Plan Médico al cumplir el último de sus hijos los dos años de edad (15.8%).

El 1.79% de los abandonos son por embarazos, producidos mientras se encontraban en tratamiento. En todos los casos se constató error en la toma de las pastillas anovulatorias, de lo que deducimos también que ninguna paciente se embarazó si tomaba correctamente este medicamento.

El 1.46% dejaron nuestro programa por efectos secundarios producidos por el anovulatorio.

Lactancia

El 55.12% de las pacientes ingresaron al programa lactando (cuadro N° 7), posiblemente por razones de tratamiento recibido en la clínica, en comparación con la lactancia de su penúltimo hijo (cuadro N° 8) más de la mitad de las pacientes (56.1%), aumentaron su tiempo de lactancia (6 meses en promedio); sin embargo en la cuarta parte de las pacientes se notó disminución. En cuanto a las variaciones de peso se puso especial cuidado en constatarlo mensualmente y al tabular los 36,612 ciclos sólo se encontró una fluctuación promedio de Kgs. en más o menos equilibradamente.

CUADRO N° 7

LACTANCIA EN LAS PACIENTES AL INGRESAR AL PROGRAMA

	Número	Porcentaje
Pacientes que lactaban	2,211	55.12
Pacientes que no lactaban	1,800	44.87
Sin datos	17	0.01
	4,028	100.00 %

CUADRO N° 8

COMPARACION DE LA LACTANCIA ENTRE LOS DOS ULTIMOS HIJOS

	Número	Promedio de meses	Porcentaje
Aumento en período de lactancia	6,517	6.0	56.1
Disminución en período de lactancia	2,755	6.5	23.7
Sin cambio	232	—	2.0
Sin comparación posible	2,113	—	18.2

Finalmente tuvimos mucha preocupación en controlar estrictamente a cada una de las pacientes con un papanicolaou de cérvix uterino y podemos afirmar que no hemos constatado una evolución maligna en pacientes que en su pri-

mer control resultaron normales. En los casos de resultados sospechosos, se recurrió a la biopsia dirigida y en coordinación con los centros hospitalarios Loayza y San Bartolomé, se completó el tratamiento.

SUMMARY

A responsible parenthood program located in parochial clinics of several slum areas, initiated in April 1967 and oriented within a Roman Catholic approach is described. Educational aspects receive major emphasis through a system of catholic couples, social workers and family educators. These act giving information on moral as well as medical aspects of responsible parenthood.

Oral contraceptives have been provided to 4.028 women for up to two years post-partum for child spacing. Additionally a rhythm clinic is also in operation. Fertility data as well as data on side effects of oral contraceptives is provided.