

PLANIFICACION FAMILIAR Y ABORTO INDUCIDO

El autor nos presenta una revisión de las acciones de planificación familiar realizadas en nuestro país y una evaluación de los resultados obtenidos directa o indirectamente en la reducción de las tasas de fecundidad y natalidad. Se analizan los efectos de la extensión de los programas de anticoncepción sobre la incidencia del aborto provocado. Como consecuencia, se observa mejoría de los índices de mortalidad materna e infantil y, por añadidura, la posibilidad de injertar un vasto plan de detección precoz de cáncer al generalizar la práctica de exámenes citológicos preventivos en toda paciente sometida al control periódico de su dispositivo intrauterino.

Aborto y Planificación Familiar

Dr. MARIO HERRERA MOORE

I. EL ABORTO EN CHILE.

Una apreciación valedera permite señalar para Chile, un número total de abortos de 1 cada 2 nacimientos, y de estos abortos el 66% son provocados. El problema adquiere proyecciones insospechadas, si se piensa que en 1968 por ejemplo, hubo 263.183 partos produciéndose 349 decesos. En tanto que las muertes sólo por aborto alcanzaron la pavorosa cifra de 230 mujeres entre una población estimada de 180.000 pacientes, que de una u otra manera malograron el producto de la concepción. Debe enfatizarse, sin embargo, que con toda probabilidad el número de estos decesos, sea aún mayor; pues algunos de ellos, por razones obvias, se ocultaron con diagnósticos diferentes.

El propósito de esta primera parte del relato es plantear como problema de Salud, esta verdadera pandemia, que constituye el aborto inducido, provocado o séptico y al mismo tiempo analizar un criterio preventivo adecuado.

El enfoque correcto, para evaluar esta situación, a nuestro juicio debe valorar un triple aspecto: clínico, epidemiológico y socio-económico.

A) Aspecto Clínico.

Los factores obstétricos-ginecológicos que acompañan el aborto séptico son vastamente conocidos. Con el objeto de racionalizar mejor nuestros resultados: sugerimos una clasificación de aborto inducido:

1) Aborto Séptico simple.

- 2) Aborto Séptico complicado no perfringens.
- 3) Shock Séptico por aborto.
- 4) Aborto Perfrings.

El primero de ellos corresponde a la entidad anatomoclínica de la endometritis simple, con infección de los restos ovulares, localizada sin difusión del proceso séptico, de buen pronóstico y rápida resolución.

En un estudio estadístico efectuado en 1970 en una Maternidad de Santiago, de 537 abortos sépticos: 408 tuvieron una excelente evolución (75,9%). Cuadro N° 1.

En efecto, un tratamiento médico quirúrgico oportuno en el tiempo, preciso en su evaluación y diagnóstico y eficaz en la acción determina en la inmensa mayoría de los casos, una pronta y completa curación.

El aborto séptico complicado tiene una significación diferente: la agresión de el o los gérmenes vulnera las barreras defensivas y penetra ya sea directamente a través de un traumatismo obstétrico, producido por el mismo agente físico abortivo, o bien se propaga la infección siguiendo las vías clásicas de difusión de la infección puerperal: la canalicular, la linfática y la hemática.

En todas las circunstancias los riesgos son mucho mayores. El pronóstico es grave en algunos casos; algo mejores en otros; pero en la gran mayoría de ellos, significan una prolongada estadía hospitalaria, con mutilaciones importantes y tediosos tratamientos.

El Shock Séptico, es un capítulo médico propio, en constante revisión. De pronóstico sombrío en un comienzo, ha logrado en este último tiempo, gracias al mejor conocimiento de su

fisiopatología, mejorar notablemente sus índices de morbimortalidad.

En todo caso, es indispensable una exacta valoración cualitativa de cada una de estas pacientes así complicadas, para tener éxito en el logro de evitar su derrumbe.

El temido aborto provocado, fundamentalmente a través de tallos vegetales, produce cuadros sépticos-tóxicos, de extrema gravedad, que corresponden habitualmente a gérmenes anaerobios, básicamente el *Clostridium Welchi*. El aborto a perfringens, particularmente el de tipo hemolítico, produce una morbi-mortalidad, la más alta entre las causas de mortalidad materna. La agresión renal con insuficiencia es la regla y en un número no despreciable de casos se complican de una gangrena uterina o de un infarto útero-anexial, que obliga a intervenciones quirúrgicas mutiladoras, que eviten la muerte de estas pacientes.

B) *Aspecto Epidemiológico.*

El aborto provocado constituye el más antiguo y popular método de regulación de la natalidad. En su frecuencia influyen decididamente factores sociales, económicos y culturales.

Las mujeres fecundas pueden clasificarse entre tres grandes grupos:

a) Mujeres que no practican el control de la natalidad.

b) Mujeres que emplean el aborto.

c) Mujeres que usan anticonceptivos.

Las características epidemiológicas de los tres grupos podrían esquematizarse diciendo que el primer grupo corresponde a los niveles socio-económicos y culturales más bajos. Son reacias a practicar el aborto. Está compuesto este estrato por campesinas, que han emigrado a la ciudad y su contacto con ella es menor de 10 años, la escolaridad no alcanza al tercer o cuarto año primario. Sus ideas religiosas están oscurecidas por supersticiones ancestrales. La situación económica es muy precaria. El Dr. Ricardo Cruz-Coke encontró en este nivel primario una tasa de 24,05 abortos por cada 100 embarazadas. Su tasa de fecundidad y natalidad es la máxima.

El segundo grupo, intermedio, es obviamente, el que aporta el mayor número de abortos inducidos. Puede subdividirse a su vez en 2 subgrupos: el intermedio bajo y el alto.

El nivel intermedio bajo correspondería socialmente a la clase media baja. Sus ingresos económicos son algo más elevados. La escolaridad alcanza el nivel primario más alto y en muchos casos al secundario. Son trabajadores calificados en grandes centros industriales de zonas urbanas importantes —constituyen la gran

clientela Hospitalaria del aborto—. Su tasa de fecundidad y natalidad es menor y la de aborto mayor. En el estudio antes citado del Dr. R. Cruz-Coke se encuentran 43,73 abortos por 100 embarazos en el nivel secundario.

El nivel intermedio alto, es muy difícil de detectar, correspondería a la clase media. Con educación secundaria completa. Aspiraciones sociales y económicas de permanente progreso y de identificación en gran medida con la sociedad de consumos. Con tasas de fecundidad y natalidad bajas, con uso creciente de anticonceptivos y de abortos inducidos practicados por médicos o matronas expertas, realizadas en Clínicas particulares o estudios profesionales clandestinos, con todas las condiciones de asepsia y antisepsia, sin complicaciones de ninguna naturaleza y sin datos estadísticos, que puedan cuantificar en cifras el número de ellos.

El tercer grupo, de nivel socio-económico y cultural más elevado, emplea el control de la natalidad masivamente usando diversos sistemas. Su tasa de fecundidad, de natalidad y de aborto es la más baja.

Planteadas estas premisas de identificación, es indispensable evaluar algunos parámetros en relación al aborto séptico en Chile.

Edad de las Pacientes.

El aborto provocado, se practica obviamente con mayor frecuencia en las edades de mayor fertilidad de la mujer. Es así como entre los 21 a 25 años su proporción es la más elevada, siguiéndole luego entre los 26 a 30 años; 16 a 20 años y 31 a 35 años. Cuadro N° 3.

Paridad.

Casi el 50% de las mujeres que se inducen un aborto son madres de sólo 1 ó 2 niños. Al revés de lo que pudiera pensarse las grandes multiparas (5 o más hijos) raramente realizan una maniobra abortiva. Cuadro N° 4.

Gestaciones.

El porcentaje mayor de las que ingresan a los servicios Hospitalarios corresponden a aquellas pacientes que lo ejecutan por primera vez. Es probable que el temor a la maniobra inductora, a la cual no están acostumbradas, las presiones para solicitar la ayuda asistencial. Las mujeres con experiencias abortivas previas sin complicaciones, pierden el miedo y muchas de ellas mantienen su aborto en la clandestinidad. Esta seguridad que les otorga la práctica, explica también los estudios de Requena sobre el porcentaje de repetición de aborto en una mujer que ya se ha inducido uno.

En efecto el riesgo de provocarse un segundo es del orden del 45,5% y un tercero del orden del 49,5%. Alcanzada la cifra de 5 abortos sépticos, en el 90% de los casos se provoca el siguiente. Cuadro N° 5.

Estado Civil.

El porcentaje entre solteras y casadas es muy similar. La experiencia de los salubristas en el sentido que la proporción de casadas es mucho mayor es errónea. La explicación de esta disparidad nace de que las encuestas realizadas por los expertos de Salud Pública se efectúan en los domicilios de las mujeres, después que se indujeron el aborto.

El preguntar por la "dueña de casa" implica en la gran mayoría de los casos, mujeres unidas legalmente.

Los estudios efectuados en las Salas de abortos sépticos de los Hospitales prueba una realidad absolutamente diferente. Cuadro N° 6.

Edad del Embarazo.

La gran mayoría de ellos corresponde a abortos provocados en el 1er. trimestre de embarazo y en ello están de acuerdo todos los autores. En nuestra experiencia fluctúa alrededor del 75% de los casos.

Tiempo transcurrido entre la maniobra abortiva y el ingreso al Hospital.

En el 50% de los casos solamente, la paciente recurre al Servicio Hospitalario dentro de las primeras 48 horas. Existe un 10% que lo hace después de la primera semana de provocado el aborto, habitualmente por metrorragia persistente.

Maniobras realizadas.

El tipo de maniobra abortiva empleada no es igual en los distintos países. En algunos de ellos pueden adscribirse al folklore de determinada región. En Chile, la mayor proporción con mucho, es la sonda plástica de goma o metálica, introducida a través del cuello uterino, por la misma paciente o por alguna vecina comedida o "aficionada" a la práctica abortiva. Le siguen en frecuencia el lavado intrauterino, con diversas sustancias; el raspaje; el tallo de vegetales, preferentemente el perejil, los palillos y finalmente las inyecciones. Cuadro N° 7).

Causas invocadas para provocarse el aborto.

En los 2/3 de los casos encuestados se justifican factores económicos y niños no deseados.

En orden decreciente se invocan razones conyugales, de salud, situación civil irregular y otras.

Los argumentos que señalan, muestran siempre una actitud mental; más que de prevención de "erradicación" del problema social que los angustia.

En el 80% de los casos, el cónyuge, el conviviente estable o el simple causante del embarazo dieron la aprobación, para que el aborto voluntario, se consumara.

Por último, parece indispensable referirnos brevemente a la Mortalidad Materna por aborto en Chile. Las cifras más acuciosas corresponden a los años 1966 y 1969. Por cada 10.000 nacidos vivos, la Mortalidad por aborto fue de 10,01 en 1966 y de 6,36 en 1969. El descenso porcentual entre estos años de Mortalidad Materna por aborto fue en consecuencia de 36,5%.

C) Aspectos Económicos.

La trascendencia del aborto inducido en Chile, puede destacarse en el hecho que constituye, como causa, casi 2/5 de la Mortalidad Materna, y en 1960 ocupó 184.000 días camas, con un gasto equivalente a 1 millón de dólares de ese año. En las pacientes complicadas graves por A. Perfringens, cada una de ellas costó al erario nacional 3.000 dólares.

Si actualizamos estas cifras al año 1972 con una Medicina más sofisticada y de mayor costo las cifras son alarmantes.

En un estudio efectuado en la Maternidad del Hospital San Borja en 1970 excluido el aborto perfringens, el número y porcentaje de días de estada mayor, fluctúa entre 3 a 4 días. Cuadro N° 8.

El costo que significa, en gasto Hora-Médico, es enorme. Toda paciente hospitalizada por aborto séptico, necesitó raspaje. Muchas de ellas, operaciones mutiladoras mayores como Histerectomía. El uso rutinario de antibióticos es otro parámetro de alta incidencia en el gasto en Salud.

Al enfocar el problema del aborto, es necesario hacer un estudio económico más profundo para calcular el verdadero costo alternativo para el país de los recursos tanto humanos como físicos involucrados en la decisión voluntaria de efectuar tal intervención. En este plano y a modo de ilustración se podría dividir las afectadas en tres estratos socio-económicos: la mujer obrera, la mujer empleada y las mujeres del estrato profesional. El consiguiente costo alternativo del aborto medido en aporte al ingreso nacional sería lo que habrían ganado en términos de sueldos y salarios por servicios de éstas o por la merma en la producción registrada por los días no trabajados, ambos criterios son componentes del producto nacional.

II. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Una atención materno-infantil adecuada y eficiente obliga hoy día a incorporar a los programas médicos de control preventivo y curativo, la información y los medios suficientes para regular la fecundidad y otorgar de este modo a la pareja humana y a la comunidad entera una protección organizada y global en Salud.

Con el propósito de enumerar algunas pautas importantes en esta problemática, dividiremos nuestra exposición en 3 capítulos:

- A) Planificación Familiar en Chile.
- B) Política en Planificación.
- C) Planificación Familiar en países Latino-Americanos.

A) *Planificación Familiar en Chile.*

1) *Antecedentes Históricos.*

Las acciones de regulación de la natalidad en Chile, en forma reducida, tuvieron sus primeros balbuceos alrededor de 1938. En los antiguos Policlínicos del Seguro Obrero, algunos médicos obstetras, independientemente sugieren normas para evitar la multiplicación de los embarazos, impresionados sin duda por la gravedad del problema del aborto inducido.

En 1953 en Estocolmo, nace la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF) y aprueba entre sus objetivos básicos "Avanzar a través de la educación y de la investigación científica hacia la aceptación de la planificación de la familia y de la paternidad responsable en interés del bienestar familiar del progreso de la comunidad y de la buena voluntad internacional".

En Chile, recién en 1962, se crea la Asociación Chilena de Protección de la Familia, afiliada a la Federación Internacional. Utilizando recursos del SNS, con el apoyo de algunos organismos internacionales, va creando conciencia en la opinión pública primero y en las autoridades del SNS, después, en la necesidad de incorporar programas de regulación de la natalidad, entre las prioridades de la atención de salud en Chile.

En noviembre de 1965, el Servicio Nacional de Salud incorpora oficialmente las acciones de planificación familiar, como tarea propia y específica normas y política de acción concreta, respecto a su extensión y propósitos; estableciendo a través de circulares sus verdaderos alcances. El objetivo final, no es otro que combatir el aborto provocado para lo cual el SNS tiene la obligación y competencia para actuar; por los graves riesgos que éste involucra para la salud materna.

Las actividades de regulación de la natalidad, se extienden a todo el país. Nace un programa educativo de vastas proporciones y aumenta la entrega de anticonceptivos gratuitos a la población beneficiaria del SNS y del Servicio Médico Nacional de Empleados. En 1968 se firma un Convenio entre la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) y el SNS con el objeto de evaluar los primeros resultados de este programa de planificación y estudiar la incidencia del mismo en el aborto, la natalidad y la mortalidad materna. En 1971, los planes de regulación de la natalidad se incorporan en su totalidad a la política de salud del Gobierno y se pretende aumentar la cobertura de los mismos a un 40% de las mujeres en edad fértil.

Se firma un Convenio con el Fondo de Actividades de Población de las Naciones Unidas por 3.198.750 dólares para cubrir estas acciones además de una atención integral Materno-Infantil.

2) *Desarrollo de las actividades de Regulación de Natalidad.*

Todos los anticonceptivos, deben cumplir los requisitos de aceptabilidad, inocuidad, reversibilidad y bajo costo, para ser empleados en un programa masivo de salud que tenga el propósito de hacer disminuir en forma significativa el aborto provocado, evitar el riesgo de la gran multiparidad y disminuir consecuentemente la mortalidad infantil y materna.

En Chile, el empleo de los dispositivos intrauterinos y el uso de los gestágenos en tabletas o inyectables, con mucho son los métodos más comunes en uso. Los otros sistemas de regulación, como el coito interrumpido, el Ogino-Knauss; el preservativo en el hombre, el Ramsés en la mujer; las cremas espermaticidas, etc., por su eficacia mucho menor, no son recomendables para una política de largo aliento de planificación familiar. Obviamente, esto no significa que en casos individuales, pueda ser absolutamente beneficioso, en una pareja, que por diferentes razones se vea imposibilitada de usar, los de mayor seguridad y eficacia.

En la actualidad el 70% de las acciones de regulación en la población beneficiaria se efectúa a través de los dispositivos intrauterinos.

El estrato socio-cultural, en general bajo, explica en gran medida esta preferencia. Los DIU constituyen un método pasivo de control, en el cual el médico coloca el cuerpo extraño y lo extrae cuando lo estima conveniente o la paciente lo requiere. La mujer se limita, a acudir a los controles periódicos, que se le señalan o a solicitar auxilio médico, cuando algún tipo de patología sobre-agregada metrorragias, do-

lor, infección, expulsión, embarazo con dispositivo, etc., la obliga a consultar. Felizmente estas complicaciones, no pasan de un 5 a 6%. Con todo, su seguridad no es total. Los gestágenos, más sofisticados, para una población de un nivel cultural más elevado, son sin embargo a pesar de los múltiples limitantes de su empleo, de una absoluta seguridad en cuanto a evitar el embarazo, siempre que la técnica de su uso, esté libre de errores u omisiones.

La Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, que agrupa a los especialistas médicos de estas disciplinas en Chile, abrió sus puertas y estimuló las colaboraciones científicas, que mostraron a lo largo de estos años, toda la experiencia nacional acumulada sobre Regulación de la Fecundidad y Planificación Familiar.

En efecto, tímidamente en un comienzo, las acciones de información y control se limitaron a grandes multíparas, casadas o a aborteras habituales, que consultaban en sus períodos intermenstruales.

En la actualidad, esta atención se otorga a toda mujer que lo solicite sin considerar, estado civil, edad y número de hijos. Desde 1967, hasta la fecha, se relatan en los diversos servicios de maternidad, las experiencias, en la colocación de los dispositivos intrauterinos post-parto y post-aborto; sea este espontáneo o provocado. Se comparan también los primeros resultados con el uso de diversos tipos de DIU. Es así como se encuentran 3,19 Embarazadas por 100 años, mujer con el SAF-T-COIL, contra 2,06 Embarazadas por 100 años mujer empleando el anillo de Zipper. Se prueba que la inserción post-raspaje (por aborto) inmediata, si bien tiene un porcentaje de retención menor del DIU capta una mayor cantidad de usuarias, motivadas justamente por el aborto recientemente producido o inducido.

Se investiga la actitud de la pareja humana frente a la planificación y se concluye que el 87% de las mujeres aceptan los métodos anticonceptivos. Los hombres en un 55% de los casos aceptaría usar tabletas, si ellas existieran y en relación a sus mujeres la mayoría de ellos 45% prefiere los métodos orales, los gestágenos sobre los DIU (12%). En poblaciones rurales, sin embargo, en caso de fracasar un método anticonceptivo, el 92% de los hombres acepta el hijo por venir y el 84% de las mujeres, lo prefiere, al aborto. Existe también una experiencia cuantificada muy completa sobre las complicaciones, que las inserciones producen, creando un nuevo capítulo de la patología ginecológica.

3) Conclusiones.

Interesa evaluar, si los propósitos que se tu-

vieron en vista, se cumplieron en alguna medida.

Con este objeto cabe señalar los efectos de la regulación de la fecundidad sobre el aborto provocado.

Las investigaciones realizadas en distintos niveles, prueba, que el aborto inducido, redujo sus tasas en forma significativa. Una experiencia aleatoria efectuada en la población San Gregorio en Santiago, demostró, que la tasa bruta de abortos que en 1964 era de 20,3 por 1.000, disminuye en 1966 a 12,8 por 1.000 mujeres. Cuadro Nº 9. Esto reveló un descenso de abortos del orden del 37,1%. La tasa de natalidad a su vez descendió en un 26,5%.

En 1964, el 30% de las Embarazadas que se controlaban en el Area Sur de Santiago eran grandes multíparas en 1967, estas grandes multíparas habían disminuido al 17,5%. Otras investigaciones similares, efectuadas en Providencias y en otras Areas de Salud, indican efectos parecidos.

En términos globales se puede opinar como primera conclusión que el aborto criminal en Chile, ha descendido en alrededor de un 20%. Evidentemente, aunque sin proponérselo, la extensión de los programas de contracepción, ha traído una disminución de las tasas de Fecundidad (edad fértil de 15 a 49 años por 1.000 mujeres). Es efectivo que desde 1960 se apreciaba una disminución en estas tasas, pero a partir de 1967 estas adquieren una real significación coincidiendo con los programas de regulación de la Natalidad. Cuadro Nº 10.

Estas tasas de Natalidad sufren también una variación significativa. En Chile se observa una baja de 30,3 en 1967 a 28,1 en 1969 por 1.000 habitantes. En la ciudad de Santiago donde las acciones de planificación familiar están más difundidas, estas tasas disminuyen entre estos mismos años de 28,36 a 26,33. Esta es la segunda conclusión. Cuadro Nº 11.

La Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, revelan una tendencia al descenso desde antes de las acciones de regulación de la natalidad. En todo caso, al producir una baja importante del Aborto Séptico, que es causa determinante de mortalidad materna en Chile, la anticoncepción, coadyuva de manera significativa a la mejoraría de estos índices.

Por otra parte al espaciar los embarazos y disminuir los riesgos de la gran multípara, contribuye a descender las tasas de mortalidad infantil, aunque entendemos, que factores económicos y sociales, influyen en forma preponderante. Cuadro Nº 12.

Es necesario un tiempo mayor de observación para otorgar un valor absoluto y cuantificar científicamente esta tercera conclusión.

En todo caso, todo parece señalar que ella

es una de las más positivas y valederas. Por último es indispensable enfatizar, que el control seriado de estas mujeres que regulan su natalidad, ha permitido al SNS injertar un vasto plan de control precoz de cáncer rutinizando exámenes citológicos preventivos, en toda paciente que solicita control a su dispositivo intrauterino.

B) Política de Planificación Familiar.

Es de toda evidencia, que la gran política que inspira un programa de Regulación y Control de la Natalidad en cualquier país, origina las mayores y más serias controversias.

En el caso de Chile, habría que preguntarse ¿Se justifica y entiende la puesta en marcha de un plan de planificación familiar de vastas proporciones que sólo contemple como meta ideal la erradicación absoluta del aborto provocado? ¿Significa esto que una vez que el aborto inducido reduzca sus tasas a un mínimo y deje de constituir un problema de Salud Pública, la planificación familiar debería limitarse?

Obviamente la respuesta honesta es negativa. Es probable que razones estratégicas respetables, particularmente frente a reservas religiosas, muy arraigadas en naciones latinoamericanas, centraron la motivación en el aborto séptico, que aunque de gran trascendencia, aparece como contingente y adjetivo, frente a la magnitud que implica el crecimiento demográfico acelerado. En Chile con una cobertura de un 18% de acciones de planificación, se han reducido sin proponérselo significativamente las tasas de Fecundidad y Natalidad.

En los planes de Salud del actual Gobierno, se pretende aumentar esta cobertura a un 40%, vale decir, en la práctica cubrir a casi el 100% de las mujeres en edad fértil.

La población chilena, en lo que va corrido de la segunda mitad del Siglo XX, ha aumentado en un 50%, con una pirámide caracterizada por una base muy amplia de gente joven menor de 20 años (50%) y un vértice estrecho con sólo un 7% de mayores de 60 años. Cuadro N° 13.

Esta situación es característica de un gran número de naciones latinoamericanas.

Conocemos responsablemente, que si cada familia tuviera 4 hijos, en 100 años la población del mundo se duplicaría y si el número de hijos fuera mayor, las cifras serían inimaginables. Los científicos están de acuerdo que si la tasa de crecimiento de la población es mayor que la tasa de crecimiento del producto nacional neto fatalmente se produce un descenso en el desarrollo económico de los pueblos. En los países subdesarrollados el crecimiento de la

población es más elevado y esto alcanza su mayor magnitud justamente en la América Latina, donde en 1972 llegó a un 2,8%

En Chile, las necesidades básicas de vivienda, educación y salud no están resueltas, de tal manera y a la luz de estos antecedentes, todo parece señalar que es indispensable disminuir la natalidad, aumentar la productividad del hombre y en un largo plazo envejecer la población.

Con todo, una política unisectorial que enfatizara sólo este ángulo al margen de consideraciones económicas sociales y culturales, estaría condenada al fracaso. Por otra parte un esquema, que desconociera absolutamente la planificación familiar, como parte de una solución global a la elevación en el corto y mediano plazo de un mejor standard de vida, para nuestros pueblos haría las metas inalcanzables, produciendo desesperanza y frustración.

La esterilización de la mujer o del hombre, no pueden considerarse por ahora en esta política por no cumplir los requisitos de reversibilidad que exigimos de los anticonceptivos. A pesar de ellos, es necesario destacar que en el mundo, particularmente en los países de alto desarrollo se ha iniciado una experiencia, con esterilizaciones reversibles en la mujer, a través de la culdoscopia y laparoscopia. La evaluación de estos resultados es aún incompleta. En Chile la esterilización por salpingoligadura, se practica por razones médicas desde hace largo tiempo. En época reciente algunos servicios de maternidad de Santiago la realizan en casos de grandes múltiparas y en pacientes con fracasos en el uso de métodos anticonceptivos.

El problema de la "explosión demográfica" como el de la "contaminación del medio ambiente" como el de "control de armas nucleares", etc., por citar algunos, son de una universalidad que nos hace a todos ciudadanos del mundo. Las actitudes chauvinistas y localistas marginadas del contexto global implican un desconocimiento real de lo que estas cuestiones significan. Expuestas así estas premisas, es indispensable sopesar también los peligros, que una planificación familiar descontrolada y a "cualquier precio", pudiera eventualmente producir.

Los genetistas han dado la voz de alarma en este aspecto, la disminución de las presiones selectivas, como se ha comprobado en el Japón, pueden traer serios riesgos disgénicos, que en el largo plazo terminen por aplastar a la especie humana misma. El teorema de Fischer nos señala que "la velocidad de incremento en la adecuación o adaptabilidad biológica de cualquier organismo, en cualquier tiempo es igual a su varianza genética". Si disminuye la varianza genética en forma significativa por des-

censo de la natalidad y sumamos a esto la reducción de la mortalidad, el dispendio de zigotos concebidos y una baja en el margen de reposición de la población, estaríamos en el largo plazo estrechando los márgenes de selección natural y por tanto, incrementando genes recesivos, por la menor dispersión de la población producida.

En Chile la edad promedio actual de la maternidad es 27,8 años, es probable que esta pueda aumentar al alejar los embarazos, incrementando los riesgos obstétricos del mismo.

Estos antecedentes no tienen otro propósito que colocar, la Regulación de la Natalidad en sus justos términos.

Toda colaboración internacional sería bienvenida.

Todo esquema rígido de control de nacimiento impuesto a los gobiernos o a la libertad de elección de sus ciudadanos será rechazado. Toda actitud política "ideológica" memorizada será desestimada.

Toda gratificación nacional o internacional de cualquier índole, para el que recibe el beneficio de la anticoncepción o para el que la indica u otorga será denunciada. Toda acción de planificación debe ser de responsabilidad del médico.

La mujer, la pareja humana, la familia, el país, el mundo entero, deben ser los únicos beneficiarios de los progresos de la ciencia en planificación familiar.

C) Planificación en América Latina.

La política de Planificación Familiar carece en los diferentes países de la América Latina, de un nexo común. Los propósitos no son iguales y los medios con que se cuenta no son siempre los mismos y la experiencia de los programas revelan grandes y marcadas diferencias.

En la actualidad 13 países latinoamericanos tienen planes de Regulación de la Natalidad; controlados y dependientes de los organismos estatales de salud. En los países restantes grupos privados financiados por organizaciones internacionales (IPPF, Population Council, Path Finder Foundation, la Rockefeller, Ford Foundation, etc.) programan estas prestaciones en planificación familiar. Chile, Colombia y Costa Rica parecen ser los países con mayor cobertura, eficiente administración y evaluaciones periódicas más completas en estudios de esta índole. Haití y Paraguay, en una etapa de gestación de los mismos. El resto de los países latinoamericanos, con informaciones muy parcia-

les que imposibilitan formarse un juicio cabal sobre las metas y objetivos alcanzados.

El uso de gestágenos y DIU son de preferencia los métodos utilizados. En Colombia y Costa Rica sin embargo existe ya una experiencia importante con la esterilización del hombre por medio de la Vasectomía. En PROFAMILIA, la clínica de planificación familiar más grande de América Latina, en Colombia, se practica esta intervención con excelentes resultados. Actualmente este programa funciona en 12 ciudades de Colombia. Otro tanto ocurre en Costa Rica. Este tipo de esterilizaciones, ampliamente difundido en países de alto desarrollo, ha expandido su empleo en años recientes a países como India, Pakistán, Malasia, etc. En la América Latina este método es prácticamente desconocido. Recientemente en Chile, organizaciones privadas con la colaboración de la AID pretenden entrenar médicos de todos los países latinoamericanos, con estos propósitos.

En relación a la planificación familiar en la América Latina, nos parece lo más adecuado y prudente que cada país que asiste a esta Conferencia Panamericana de Medicina Social plantee su propia opinión a este respecto.

La población de la América Latina, que actualmente es de 300 millones, debe alcanzar en 1985, la cifra de 435 millones. Las variables del futuro en A. Latina respecto a la natalidad, mortalidad y crecimiento se señalan en el Cuadro N° 14a que abarcan desde 1970 hasta el año 2.000.

Por último es necesario destacar que la tasa anual de crecimiento que globalmente es de 2,8% en la A. Latina, revela cifras de aumento de población diferentes en las distintas regiones, siendo de 3,2% en la América Central, 2,2% en el Caribe, 3% en la América de Sur Tropical y 1,7%, la más baja en la América Meridional (Chile, Argentina, Paraguay y Uruguay).

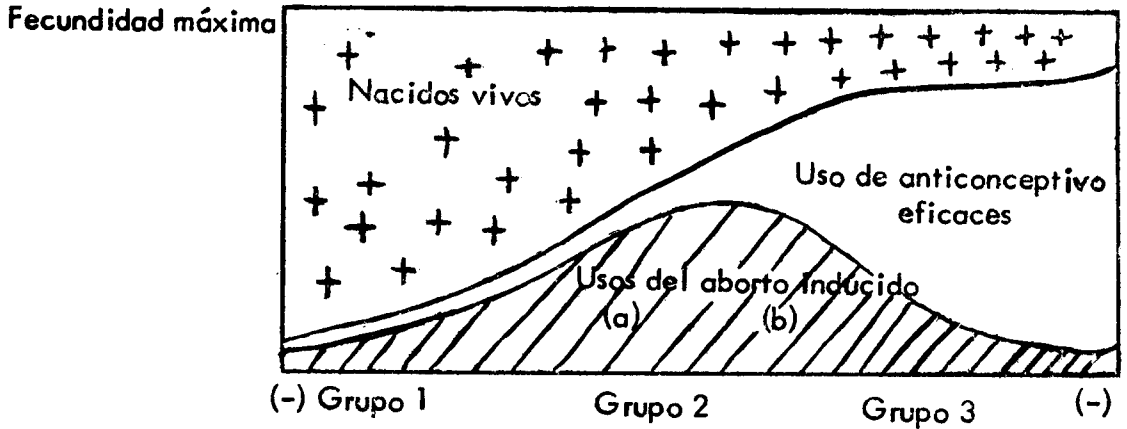
Santiago, febrero de 1973.

CUADRO N° 1

EVOLUCION ABORTO SEPTICO

| <i>Evolución clínica</i> | <i>Número de casos</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|----------------------------|----------|
| Buena | 408 | 75,9% |
| Mediana? Gravedad | 120 | 22,4% |
| Grave | 9 | 1,7% |
| TOTAL | 537 | 100% |

CUADRO Nº 2
NIVEL SOCIO ECONOMICO CULTURAL



CUADRO Nº 3
EDAD DE LOS PACIENTES

| Edad | Número | % |
|----------------|------------|--------------|
| 11—15 | 2 | 0,2 |
| 16—20 | 100 | 18,6 |
| 21—25 | 190 | 35,3 |
| 26—30 | 129 | 24,0 |
| 31—35 | 58 | 10,8 |
| 36—40 | 41 | 7,6 |
| 41 o más | 7 | 1,3 |
| No consignados | 12 | 2,2 |
| TOTAL | 537 | 100,0 |

CUADRO Nº 4
PARIDAD DE LAS PACIENTES

| Paridad | Número | % |
|--------------|------------|------------|
| 0 | 128 | 23,8 |
| 1—2 | 249 | 46,3 |
| 3—4 | 121 | 22,5 |
| 5 o más | 39 | 7,4 |
| TOTAL | 537 | 100 |

CUADRO Nº 5

PORCENTAJE DE ABORTOS INDUCIDOS SOBRE EL TOTAL DE EMBARAZOS SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS INDUCIDOS PREVIOS. QUINTA NORMAL 1962. 1963.

| <i>Abortos inducidos previos</i> | <i>Número de embarazos iniciados</i> | <i>Porcentaje de abortos inducidos</i> |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 0 | 1.817 | 11,5 |
| 1 | 336 | 39,0 |
| 2 | 183 | 45,5 |
| 3 | 93 | 49,5 |
| 4 | 43 | 55,8 |
| 5 | 26 | 69,2 |
| 6 y más | 119 | 86,6 |
| TOTAL | 2.617 | 23,1 |

Fuente: Condiciones determinantes del aborto inducido, Dr. Requena.

CUADRO Nº 6
ESTADO CIVIL

| <i>Estado civil</i> | <i>Número</i> | <i>%</i> |
|---------------------|---------------|----------|
| Casadas | 287 | 53,4 |
| Solteras | 250 | 46,6 |

CUADRO Nº 7

MANIOBRA ABORTIVA REALIZADA

| <i>Maniobra</i> | <i>Número</i> | <i>%</i> |
|----------------------|---------------|----------|
| Sonda | 427 | 79,5 |
| Lavado Intra-Uterino | 50 | 9,3 |
| Raspaje | 32 | 5,9 |
| Tallo Perejil | 22 | 4,0 |
| Inyecciones | 5 | 0,9 |
| Palillo | 1 | 0,4 |
| TOTAL | 537 | 100 |

CUADRO Nº 8

DIAS DE HOSPITALIZACION

| <i>Días</i> | <i>Número</i> | <i>%</i> |
|-------------|---------------|----------|
| 1—2 | 29 | 4,6 |
| 3—4 | 210 | 33,5 |
| 5—6 | 204 | 32,9 |
| 7—8 | 97 | 15,6 |
| 9—10 | 33 | 5,9 |
| 11 o más | 47 | 7,5 |

CUADRO Nº 9

TASAS DE NATALIDAD Y DE ABORTO EN 1964 Y 1966

| Nº habitantes Pobl. encuestada | | Nacidos vivos | | Abortos | |
|-----------------------------------|-------|---------------|---------------------------|---------|---------------------------|
| | | Nº | Tasa ($\times 1.000$ H.) | Nº | Tasa ($\times 1.000$ H.) |
| 1964 | 6.163 | 282 | 45,76 | 125 | 20,28 |
| 1966 | 6.666 | 224 | 33,6 | 85 | 17,75 |

Fuente: Programa de Prevención de aborto Inducido en una Población Sub-Urbana de Santiago. Faúndez y Colaboradores.

CUADRO Nº 10

LIMITES DE 5% Y 1% DE LOS VALORES TEORICOS DE LAS TASAS DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD GENERAL Y LOS VALORES OBSERVADOS PARA CHILE

| Población | Valor teórico | | Valor observado |
|----------------------------|---------------|--------|-----------------|
| | 5% | 1% | |
| TASA DE NATALIDAD GENERAL | | | |
| 1967 | 37,07 | 36,58 | 30,4 |
| 1968 | 32,63 | 32,14 | 29,2 |
| 1969 | 30,41 | 31,96 | 28,1 |
| TASA DE FECUNDIDAD GENERAL | | | |
| 1967 | 150,73 | 148,68 | 125,47 |
| 1968 | 134,59 | 132,54 | 120,61 |
| 1969 | 126,52 | 124,47 | 115,65 |

CUADRO Nº 11

LIMITES DE 5% Y 1% DE LOS VALORES TEORICOS DE LAS TASAS DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD Y LOS VALORES OBSERVADOS PARA SANTIAGO

| Población | Valor teórico (Límite inferior) | | Valor observado |
|----------------------------|---------------------------------|--------|-----------------|
| | 5% | 1% | |
| TASA DE NATALIDAD GENERAL | | | |
| 1967 | 35,37 | 34,60 | 28,36 |
| 1968 | 29,31 | 28,54 | 27,40 |
| 1969 | 26,28 | 25,51 | 26,33 |
| TASA DE FECUNDIDAD GENERAL | | | |
| 1967 | 131,98 | 128,87 | 117,18 |
| 1968 | 114,64 | 111,53 | 113,20 |
| 1969 | 105,97 | 102,86 | 108,81 |

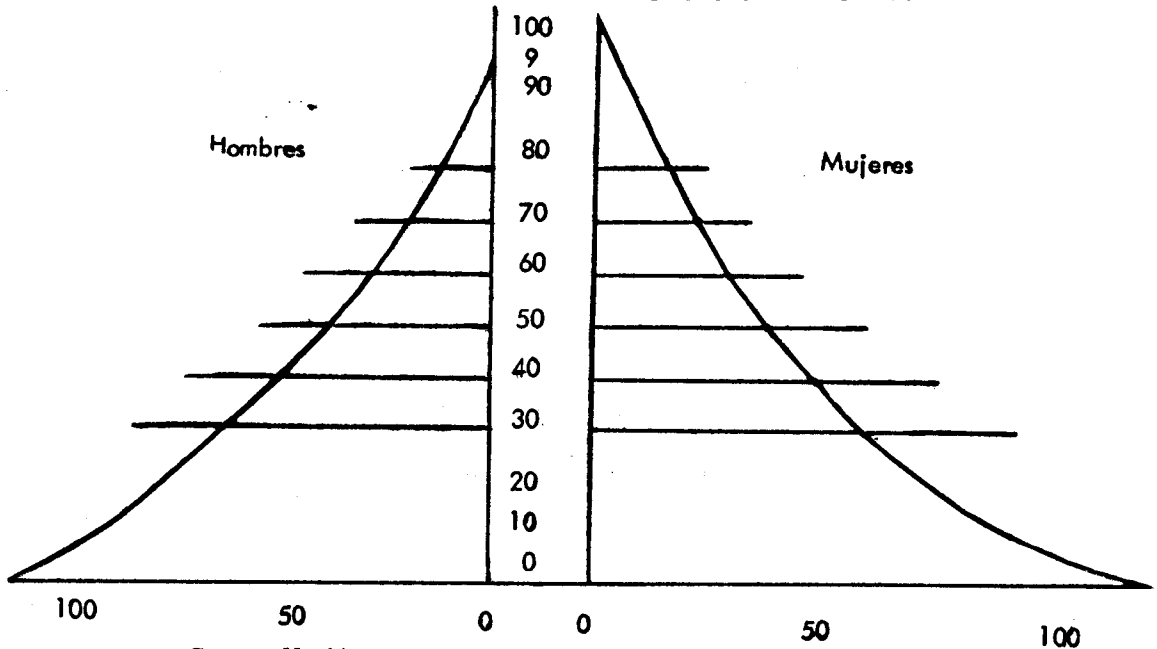
Fuente: Investigación de los efectos de los programas de Planificación Familiar del SNS.

CUADRO Nº 12

LIMITES DE 5% Y 1% DE LOS VALORES TEORICOS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD MATERNA Y LOS VALORES OBSERVADOS DE ESTAS TASAS EN CHILE EN 1967-1968-1969

| Tasa: | Valor teórico 5% | (Límite inferior) 1% | Valor observado |
|----------------|------------------|----------------------|-----------------|
| MORT. INFANTIL | | | |
| 1967 | 84,12 | 81,60 | 94,7 |
| 1968 | 80,52 | 78,00 | 83,5 |
| 1969 | 76,92 | 74,40 | 78,7 |
| MORT. MATERNA | | | |
| 1967 | 2,25 | 2,15 | 2,65 |
| 1968 | 2,17 | 2,08 | 2,11 |
| 1969 | 2,10 | 2,00 | 1,81 |

CUADRO Nº 13
PIRAMIDE DE EDADES DE LA POBLACION DE CHILE



CUADRO Nº 14a

VARIABLES DEL FUTURO PARA AMERICA LATINA

| | Tasas × 1.000 H. | | Crecimiento |
|-----------|------------------|------------|-------------|
| | Natalidad | Mortalidad | |
| 1970—75 | 37,9 | 9 | 29 |
| 1980—85 | 35,7 | 7 | 28,7 |
| 1995—2000 | 31,9 | 5,3 | 26,6 |

CUADRO Nº 14b

VARIABLES DEL FUTURO PARA CHILE

| | Tasas × 1.000 H. | | Crecimiento |
|-----------|------------------|------------|-------------|
| | Natalidad | Mortalidad | |
| 1970—75 | 31 | 8,7 | 22,3 |
| 1980—85 | 28,5 | 6,9 | 21,6 |
| 1995—2000 | 24,8 | 5,7 | 19,1 |

BIBLIOGRAFIA

1. "Evaluación del Programa de Prevención del aborto y Planificación Familiar". R. Armijo, T. Monreal. Rev. Méd. de Chile. Vol. 96 (9). Pág. 505, 1968.
2. "Aplicación Post-Aborto del DIU". Saf T. Coil. Rev. Ch. Obst. y Gine. R. Cabrera. V.: 33. Pág. 220, 1968.
3. "Riesgo disgénicos por disminución de la progeñie". R. Cruz-Coke. Rev. Méd. de Chile. Vol. 94 (II). Pág. 667.
4. "The transition from high to low fertility population. Freedoyan, R. Inder 31: 417, 1965.
5. "Cambios en algunos índices de Salud materna observados después de un programa de Planificación Familiar". A. Faúndez y Col. Rev. Chil. Obst. y Gin. Pág. 67. Vol. XXXII, 1968.
6. "Situación demográfica actual de Chile". H. Gutiérrez. Rev. Méd. de Chile. Vol. 94 (II). Pág. 741.
7. "Complicaciones de Aborto Séptico". Goldsnam. Rev. Chil. Obst. y Gin. Vol. XXXVI. Pág. 181, 1971.
8. "Dispositivos intrauterinos en el Post. Aborto inmediato precoz y tardío". Rev. Chil. Obst. y Gin. s. Nº. Vol. XXXVI. Pág. 326, 1971.
9. "Enfrentamiento de la Obstetricia a la Revolución demográfica". J. Puga. Rev. Méd. de Chile. Vol. 94 (II), 1966. Pág. 722.
10. "Condiciones determinantes de aborto inducido". M. Requena. Rev. Méd. de Chile. Vol. 94 (II). Pág. 714, 1966.
11. "Informe sobre política del sns para regular la natalidad en Chile". J. Rosselot y Col. Rev. Méd. de Chile. Pág. 744. Vol. 94 (II), 1966.
12. "Estudio sobre Planificación Familiar y con dispositivo intrauterino en una área Rural". C. Raminet. Rev. Chil. Obst. y Gin. Vol. XXXV, 1970. Pág. II.
13. "Población Rural y Planificación Familiar". R. Schulz. Rev. Chil. Obst. y Gin. Vol. XXXIII. Pág. 272, 1968.
14. "Intrauterine Contraception: A research report-Studies in family planning, 36, II, 1968. Tietze C.
15. "Investigación de los efectos de los programas de Planificación Familiar del sns". (Informe convenio AID-sns, 1970).
16. "Complicaciones del Aborto Séptico". Goldsnam. Rev. Chil. Obst. y Gin. Vol. XXXVI. Pág. 181, 1971.