

XVI CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRESENTACION A LA MESA REDONDA:

"EVALUACION DE 10 AÑOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE"

Autores:

Dres. René Cabrera
Guillermo Delgado
Erika Taucher
Onofre Avendaño

Diciembre 1° de 1975.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dejar constancia de nuestros agradecimientos por la colaboración prestada en la preparación de este documento a las siguientes Instituciones:

1. Servicio Nacional de Salud (S.N.S.)
2. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
3. Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)
4. Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)
5. Laboratorios:
 - Berlimed
 - Organon
 - Chile
 - Parke Davis
 - Ciba
 - Lepetit
 - Whyet
 - Norgine
 - Saval
 - Recalcine
 - Instituto Sanitas y Anilinas S.A.
 - Silesia
 - Lumiere Americano

EVALUACION DE DIEZ AÑOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA
EN CHILE.

I. INTRODUCCION

El término evaluar sugiere la obtención de un valor a partir del examen de una cosa. El análisis de los elementos constitutivos de una situación aislada es un paso descriptivo básico para su valoración, pero la evaluación, más que eso, supone un proceso intelectual que conduzca a la emisión de un juicio interpretativo respecto de la situación problema. Para ello se requiere de la comparación, ya sea con patrones preestablecidos o consigo misma, determinando en este caso sus propias variaciones en el tiempo y en el espacio. Naturalmente tales comparaciones se realizan, de preferencia, a base de mediciones cuantitativas - directas o indirectas - de los elementos constitutivos o relacionados con el fenómeno sujeto a evaluación.

De una manera consciente o inconsciente, la evaluación es una función inseparable de la vida humana, y una de las características que distingue la conducta racional de aquella guiada por el instinto o los reflejos condicionados, propia de las formas inferiores de la vida animal.

En la práctica el término, a pesar de su extenso uso, parece a menudo impropiamente empleado, y la mayoría de las veces su significado se da por subentendido. Tal vez esta aparente confusión se explica si se considera la evaluación como una forma de investigación aplicada, dirigida al estudio de la eficacia de la aplicación de conocimientos existentes más que a la producción de nuevos conocimientos básicos (Hyman). El campo concreto de aplicación condicionará en alguna medida la amplitud, especificidad y profundidad de la evaluación requerida. Por lo tanto, se pondrá el acento "en la medición del logro de objetivos predeterminados" (James); " en la medición de las consecuencias de una acción" que se proponía alcanzar

una meta deseable (Suchman), o "en el proceso para determinar el valor o cantidad" logrado de un objetivo dado (A.P.H.A.). Objetivos, acción, consecuencias y medición son elementos constitutivos de la evaluación. No es posible disponer siempre de los elementos cuantitativos que requiere la medición. La evaluación cualitativa, mediante un juicio de valor basado en el conocimiento de los objetivos, la experiencia en la acción y el criterio del agente responsable de la toma de decisiones es un recurso substitutivo frente a numerosos problemas en los campos de la planificación, desarrollo y operación de programas.

Evaluar condiciones de salud - estado físico, mental y social - plantea múltiples dificultades derivadas no sólo de su naturaleza misma, esencialmente compleja por definición, sino que, además, por el dinamismo de los fenómenos propios y por la interdependencia con factores de origen ajeno a la salud.

Esta evaluación es, pues, una forma de investigación aplicada en un marco complejo y de múltiples causas, lo cual impide un diseño experimental, hecho que se traduce en la falta de un adecuado grupo control. Esto mismo hace sumamente difícil establecer si los cambios observados pueden atribuirse a influencia de la actividad evaluada, y en qué medida. Además, en la vida real de las sociedades es imposible aislar un elemento problema en un diseño de laboratorio y exponerlo a un estímulo para estudiar su comportamiento, ya que simultáneamente estarán actuando otras variables inseparables de aquélla en estudio que impiden establecer una relación de causa a efecto. Pese a lo expresado y con el propósito de acercarse más al conocimiento de la realidad, la evaluación debe ceñirse, en lo posible, al método científico, con el fin de que sus resultados sean objetivos, confiables y válidos.

La llamada evaluación final de los programas de salud, que pone el acento en la comparación "logros alcanzados" - "objetivos deseados", tiene un interés parcial y relativamente académico, porque en este campo los cambios inducidos por el programa se

producen a lo largo de períodos de tiempo más o menos prolongados. En ese mismo transcurso, en cambio, se están desarrollando acciones de servicio como parte de un proceso en que los recursos se organizan dentro de una estructura para producirlas y aplicarlas a las personas sobre quienes se desea alcanzar un determinado objetivo final. El estudio sistemático de los mencionados componentes constituye la evaluación concurrente. Sin ser excluyentes, la práctica de la evaluación concurrente ofrece sobre la evaluación final la ventaja de informar sobre el desarrollo de los programas y detectar desviaciones o interferencias no previstas, lo que permite tomar decisiones oportunas cuando aún hay tiempo de corregir, ajustar o dar una nueva orientación al desarrollo de las acciones.

La planificación de la familia se incorporó a los programas oficiales de Salud de la Mujer en nuestro país a mediados de la década de 1960. Con el nombre de "regulación de natalidad" se integró al cuidado de la salud de la mujer como una actividad esencialmente preventiva, con netos objetivos de salud. Para programas de esta naturaleza un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, OMS., presentó un informe intitulado "Evaluación de Actividades de Planificación de la Familia en Servicios de Salud", cuyos conceptos básicos se presentan en cuadro anexo. El desarrollo total de los niveles de evaluación allí propuestos, que representan un desiderátum, encuentra dificultades derivadas de complejidades técnicas, como por ejemplo en la evaluación de las necesidades y repercusiones. Por otra parte, los propósitos de cada programa que surgen de necesidades y realidades nacionales diferentes entre sí determinan adecuaciones apropiadas de la evaluación. (Reynolds).

Entre las dificultades más serias y más frecuentes para la aplicación del referido esquema se señalan:

- (a) Falta de una identificación clara de los objetivos del programa.
- (b) Problemas derivados de medir programas de acción social, y entre éstos se pueden mencionar:

- (b.i.) Problemas de tipo técnico;
- (b.ii.) Demostración de relación causa-efecto, y
- (b.iii.) Falta de medidas e índices; escalas inadecuadas.
- (c) Problemas derivados de falta de personal entrenado.
- (d) Problemas derivados de la no inclusión de la evaluación desde la etapa de planificación del programa.
- (e) Problemas derivados de la decisión sobre niveles a evaluar.

Por estas razones se considera más factible evaluar las operaciones del programa, esto es, los planes o el diseño, la ejecución y los efectos, aún cuando esta última es de mayor complejidad. Por otra parte, la evaluación de las necesidades y de las repercusiones requiere habitualmente estudios especiales a nivel nacional. No obstante, por difícil que resulte demostrar una clara relación causa-efecto de las repercusiones en salud de las actividades de planificación de la familia, debemos intentarlo porque están comprometidos los objetivos mismos del programa.

- - - - -

En Chile las actividades de planificación de la familia no constituyen un programa aislado, sino un componente del Programa de Atención Integral de la Mujer de los diferentes servicios que prestan atención en salud.

Al abordar la evaluación en torno a los objetivos se advierte la necesidad de mayor investigación dirigida a alcanzar una clara formulación que contenga no sólo los objetivos básicos o primarios, sino también los objetivos intermedios y las metas, que en conjunto constituirán la línea base del Nivel de Necesidades. Por otra parte, el examen metódico y sistemático de los planes, su ejecución y sus efectos, materia de la evaluación operacional, como antes se mencionó, debe constituir la herramienta principal para el manejo de programas en todos los niveles de ejecución. A este respecto, cabe destacar la importancia de una correcta información básica, cuya fuente insubstituible es el registro continuo y permanente de actividades asis

tenciales en cada consultorio de atención de la mujer. Obviamente, el papel de médicos y matronas en esta tarea reviste una importancia fundamental.

Este documento representa una aproximación evaluadora de diez años de actividad en planificación de la familia en Chile. Se ha estructurado con una síntesis histórica sobre la materia, seguida de un breve resumen relativo a metodología para evaluar actividades de planificación de la familia. A continuación se presentan los datos de estas actividades en el país durante el decenio y la evolución de los indicadores de salud vinculados a los objetivos del Programa.

BIBLIOGRAFIA.

1. "Glossary of Administrative Terms in Public Health".
A.J.P.H., 50: 225, 1960.
2. Suchman "Evaluative Research". Publication of Russel Sage
Foundation 31: III, 1967.
3. Hyman, H. " Application of Method of Evaluation: Four Studies
of Encampment for Citizenship." University of Cali
fornia Press, Berkeley, p. 3: 1963.
4. Tomes, G. " Planning and Evaluation of Health Program" in Ad-
ministration of Community Health Services, Internatio
nal City Managers Association, Chicago. 1961, p.124.
5. "Evaluación de las actividades de Planificación de la Familia
en los Servicios de Salud." Informe de un Comité de
Expertos de OMS. Serie Inf. Técn. 569, 1975. Ginebra.
6. Reynolds., J. " A Method for Estimating Future Caseloads of Fami
ly Planning Programs." December. 1970.

ANEXO

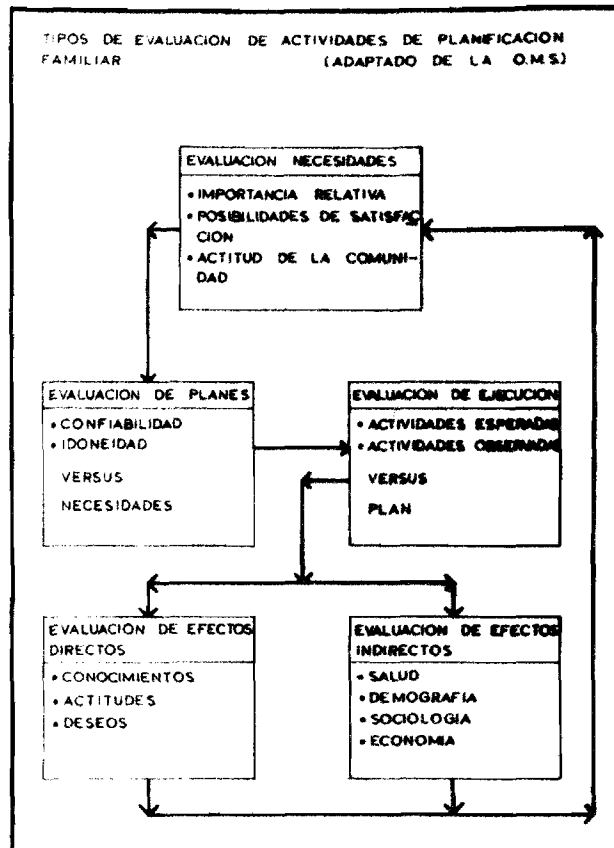
EVALUACION DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN SERVICIOS DE SALUD. RECOMENDACIONES DE EXPERTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*

1. Evaluación de las necesidades: evaluación de la necesidad relativa de un programa.
2. Evaluación de los planes o el diseño: evaluación de la fiabilidad y la idoneidad de los planes o propuestas del programa para atender la necesidad (se denomina también "evaluación de la "propuesta o del diseño").
3. Evaluación de la ejecución: evaluar hasta qué punto el programa se conforma al diseño en cuanto a producción de los bienes y servicios previstos, tanto en cantidad como en calidad.
4. Evaluación de los efectos: evaluación de los efectos más directos e inmediatos de los programas: bienes y servicios de planificación de la familia sobre los conocimientos, las actitudes, los deseos y el comportamiento a ese respecto.
5. Evaluación de las repercusiones: evaluación de los efectos menos inmediatos y directos del programa sobre la salud, la demografía y la situación socioeconómica de los individuos, de la familia y de la colectividad.

* "Evaluación de las Actividades de Planificación de la Familia en los Servicios de Salud". Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie Inf. Técn. 569, 1975. Ginebra.

ANEXO

DIAGRAMA 1



II. EL MOVIMIENTO DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE. PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS. SINTESIS HISTORICA DE HECHOS Y FECHAS.

Hacia fines de 1961, el Servicio Nacional de Salud, a requerimiento expreso de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (FIPF/RHO), proporcionó alguna información disponible sobre actividades de regulación de fertilidad desarrolladas en el país. Se supo que en la Clínica Ginecológica Universitaria, Hospital J.J. Aguirre, se prescribían diafragmas vaginales en el consultorio de fertilidad, desde 1938; que la Dra. María Figueroa hacía educación sexual y ordenaba diafragmas a mujeres que acudían a los consultorios maternos de la ex-Dirección General de Protección de la Infancia; que durante algunos años, entre 1946 y 1953, funcionó, en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, un pequeño centro anticonceptivo integrado al consultorio prenatal, en el cual tales prescripciones estaban a cargo del Dr. O. Avendaño, y, finalmente, que en 1959 o antes habían comenzado en la Maternidad del Hospital Barros Luco las primeras experiencias de los Dres. Jaime Zipper y Hernán Sanhueza, reeditando el antiguo anillo de Graefenberg bajo la forma de un aro de nylon flexible, con un apéndice extracervical. Se agregaba que durante los últimos veinticinco o treinta años algunos médicos chilenos estaban recomendando métodos anticonceptivos en su práctica privada.

En mayo de 1962 visitó nuestro país la Dra. Ofelia Mendoza, funcionaria técnica de la FIPF/RHO, y con este motivo la Agrupación Médica Femenina promovió una discusión pública sobre control de natalidad, a través de una mesa redonda. Este acto tuvo bastante repercusión, al menos en los sectores del área de la salud y, en especial, entre profesionales de salud materna e infantil.

En el mes de mayo de ese mismo año el Director General de Salud, Dr. Gustavo Fricke, invitó a los profesores de Obstetricia, Ginecología, Higiene Materno-Infantil, Medicina Preventiva e Higiene de las Universidades de Chile y Católica de Chile, para crear un Comité Asesor de la Dirección General del Servicio, destinado a organizar la prevención del aborto inducido. De esta manera se constituyó el "Comité Chileno de Protección de la Familia", bajo la tuición del Sub Departamento de Fomento de la Salud y actuando como presidente la Dra. Luisa Pfau, a la sazón jefe de ese departamento. Se incorporaron los profesores y jefes invitados, y algunos tocólogos y ginecólogos especialmente interesados. Los propósitos de este Comité se referirían a la prevención del aborto inducido ilegal, y los fundamentos de su creación, a las elevadas tasas de natalidad no deseada, de mortalidad materna y de letalidad por aborto, que prevalecían en el país.

Durante 1963 los centros de planificación de la familia instalados en Santiago, en servicios y cátedras, adquirieron un auge progresivo, y la FIPF/RHO comenzó a entregar aportes financieros para promover su mejor desarrollo. Hacia fines de ese año, con ocasión del cambio de Director General, la nueva autoridad del Servicio resolvió despojar al Comité de su carácter de organismo asesor oficial. El Comité se transformó en una entidad privada, pero se mantuvieron el auspicio, la cooperación y un buen entendimiento con el Servicio Nacional de Salud. Los servicios continuaron sus actividades educativas y la prescripción anticonceptiva en la forma que habían sido proyectadas y aprobadas. En enero de 1964 quedó legalizada la existencia del Comité, y se designó una mesa directiva en cuya presidencia se confirmó a la Dra. Pfau. Al mismo tiempo, nuevos miembros, en número creciente, se incorporaron, promoviendo una extensión de las acciones de asistencia y de investigación científica. En el curso de 1964 el Servicio Nacional de Salud siguió prestando respaldo a los centros y consultorios de planificación de la familia que funcionaban en hospitales de Santiago y en algunos de provincias, cooperan-

do con personal médico, matronas y auxiliares, además de otros recursos. Se mantenían, en una cuantía creciente, los aportes de la Federación Internacional, que consistían de modo principal en ayuda técnica, administrativa y financiera.

VIII Conferencia Internacional de Planificación de la Familia. Primeros anuncios sobre sede, fecha y procedimientos.

En marzo de 1965 el Comité fue oficialmente informado acerca del reciente acuerdo de las autoridades centrales de la Federación Internacional en orden a fijar en Santiago la sede de la VIII Conferencia, a realizarse en abril de 1967. Obviamente, esta resolución había sido consultada con Chile, y habían prestado su aprobación el S. Gobierno, los organismos de salud y el Comité Nacional de Protección de la Familia. La funcionaria técnica encargada de esta misión visitó en la capital los centros de planificación de la familia, para constatar su grado de desarrollo y de eficiencia, y se entrevistó con los personajes más representativos en el Ministerio de Salud, en las universidades, el Colegio Médico y el Servicio Nacional de Salud. Todos ellos reconocieron la trascendencia del evento y formularon promesas de cooperación, de patrocinio y de participación.

Se constituyó un Comité Chileno Organizador para la VIII Conferencia, con delegados de las universidades, del Servicio y del Ministerio de Salud, del Colegio Médico, bajo la dirección de la presidenta del Comité Chileno, que muy pronto habría de cambiar su estructura, transformándose en la Asociación Chilena de Protección de la Familia. Este Comité Organizador estableció, de inmediato una activa y permanente relación de trabajo con la Oficina del Secretario General de FIPF en Londres, remitiendo un proyecto de programa y de presupuesto previo a la conferencia, para gastos del proceso de preparación, en particular para instalar en Santiago una oficina de información, de propaganda y de relaciones públicas.

Hacia fines de ese año se había resuelto, por medio de una proposición unánime de la Asociación Chilena que fue aprobada por Londres, la designación del Dr. Hernán Romero en calidad de Secretario Ejecutivo de la Conferencia.

Servicio Nacional de Salud: primer acuerdo sobre política de regulación de natalidad. 1965.

En noviembre de 1965 el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud prestó su aprobación unánime al informe presentado por el Sub Departamento de Fomento de la Salud sobre "Política de Regulación de Natalidad", el cual había sido redactado por un pequeño grupo de asesores.

En algunos de sus partes y párrafos más relevantes, este informe se refería a los siguientes conceptos:

(i) Existe consenso en estimar que uno de los problemas más trascendentales, en el orden internacional, es el crecimiento demográfico acelerado. Este fenómeno tiene variaciones regionales determinadas por diversos factores del desarrollo social, económico y cultural, que es preciso analizar en forma a la vez científica y pragmática. El crecimiento de la población mundial, en escala de 2,1% anual, es sobrepasado por el subcontinente latinoamericano, con un incremento de 2,8% en 1964. En el último sexenio, Chile exhibe un índice de aumento anual de 2,7%, a causa del descenso de la mortalidad general (11,1 o/oo) con tasas de natalidad persistentemente altas (32,9 o/oo).

Es comprensible el creciente interés que estas cuestiones han despertado en círculos gubernamentales, comunitarios y científicos. Se reconoce que en el área de salud pública un crecimiento demográfico veloz afecta a los grupos biológicamente más débiles - madre y niño - lo cual se traduce en elevadas tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, sea por influencia directa, sea

por el deterioro global de los niveles de vida. Ejemplo típico de aquélla es la alta tasa de abortos.

En Chile las cifras de mortalidad materna - 2,9 por 1.000 nacidos vivos - e infantil - 105,3 o/oo -, permanecen estacionarias en el último decenio (hasta 1965). En el país ocurriría un aborto por cada dos nacidos vivos, lo cual obliga a destinar a las complicaciones del aborto el 20% de las camas obstétricas del Servicio Nacional de Salud, con el consiguiente recargo del presupuesto de los hospitales. Es preciso reconocer que el aborto voluntario es un método cruento de regulación de fecundidad que en determinadas condiciones y niveles socioculturales surge como una solución imperativa.

La naturaleza de los problemas enunciados y su decisiva influencia sobre la familia y la comunidad, en escala mundial, explican el interés creciente que surge en los gobiernos, en los centros universitarios, en instituciones filantrópicas y en organismos internacionales gubernamentales y no gubernamentales. El Informe se refiere a la reciente Conferencia sobre Programas de Planificación de la Familia, celebrada en Ginebra; a la Conferencia Mundial de Población, de Belgrado; a la resolución de la Federación Internacional de realizar en Chile, en 1967, la VIII Conferencia Internacional de Planificación de la Familia, y al acuerdo de la XVIII Asamblea Mundial de la Salud, en orden a estimular la investigación científica sobre control de la fertilidad y sobre los aspectos de salud de la dinámica de población.

(ii) En virtud de las consideraciones anteriores, el Gobierno de Chile resolvió analizar, a través de sus organismos pertinentes, el problema del crecimiento demográfico en sus niveles nacional, comunitario y familiar, con referencia a los aspectos biológicos, sanitarios, sociales y éticos. A este efecto, designó una Comisión Asesora del Ministerio de Salud sobre asuntos "De Población y Salud", con las siguientes funciones:

- (a) Asesoría Técnica al Ministerio y a sus organismos dependientes, en materias de población y reproducción humana;
- (b) Promover la investigación científica en problemas de salud y reproducción humana;
- (c) Proponer normas para coordinar y para inspeccionar las acciones de población y familia, realizadas por entidades estatales y privadas;
- (d) Proponer las bases de una política de salud sobre población, estableciendo los vínculos necesarios para que esa política demográfica concuerde con la política general del S. Gobierno;
- (e) Proponer normas para establecer relaciones con diversas formas cívicas de la comunidad, tales como religiosas, sociales, educacionales, de promoción popular y otras, a fin de dar a estas acciones un carácter comunitario y pluralista.

Por su parte, el Director General de Salud dictó en agosto de 1965 una resolución que designa una comisión de carácter transitorio, destinada a informar al Consejo Técnico sobre recomendaciones en el sistema de protección de la familia, para reducir los riesgos de aborto, mortalidad materna e infantil, y para promover el bienestar familiar. El objetivo básico de esta Comisión, integrada por profesores universitarios y por un delegado de la Asociación Chilena de Protección de la Familia, APROFA, ha sido analizar la situación en el país, y, en particular, en el Servicio Nacional de Salud, en materia de regulación de natalidad, incluso los aspectos de asistencia, adiestramiento e investigación.

(iii) En Chile las actividades de regulación de natalidad se han dado, en proporción creciente, para el control del embarazo no deseado. La mayor parte de las medidas adoptadas ha sido aplicada en unidades del Servicio Nacional de Salud, con miras a detener la elevada incidencia del aborto ilegal. Cabe dejar constancia que si bien en el país existieron centros anticonceptivos desde 1938,

estas acciones sólo comienzan a extenderse desde 1962. En el proceso de expansión de estas prestaciones se reconoce la participación que le ha cabido a la Asociación (ex-Comité) Chilena de Protección de la Familia, rama nacional de la FIPF/RHO. El Informe se refiere, en un extenso capítulo, a la creación del "Comité Chileno" y a sus primeros tres años de labor. Las acciones de regulación de fertilidad desarrolladas en unidades del Servicio Nacional de Salud desde 1962 han tenido finalidades de asistencia clínica, de adiestramiento del personal y de investigación, en coordinación con organismos universitarios nacionales y con agencias internacionales, entre las cuales destacan la Fundación Ford, el Consejo de Población, la Universidad de Harvard y otros.

- (a) Las actividades de asistencia han adquirido una apreciable extensión en Santiago y en algunas provincias. Se deja constancia de algunas cifras estadísticas: 15.094 pacientes registradas en establecimientos del Servicio durante el primer semestre de 1965, con 45.882 consultas anticonceptivas; se habría adoptado el dispositivo intrauterino, DIU, en 56,5% de los casos; gestágenos orales en 28,4% , y el resto correspondería a método del ritmo y otros. Estos programas han sido ejecutados bajo la directa responsabilidad de profesores o jefes de Servicio, de directores del Programa Materno o de equipos docentes universitarios. Esto ha brindado a estos programas una solvencia profesional y científica muy importante, a menudo en cooperación con labores de investigación. Sin embargo, en buena parte estas actividades se han cumplido al margen de la estructura administrativa del Servicio, lo cual debe ser superado, integrando para ello la prescripción anticonceptiva dentro de los programas de atención materna, según normas impartidas por el Director General para los organismos locales de salud. Estas acciones deben ejecutarse dentro del concepto de equipo de salud, responsable de los aspectos técnicos y humanos. El esfuerzo educativo constituye uno de los elementos de cambio de hábitos de la vida sexual, evitando una distorsión de las escalas de valores morales y cívicos.

(b) Investigación.

Se han realizado programas de investigación en los centros anticonceptivos ligados a la docencia, con la cooperación financiera de agencias filantrópicas foráneas y de APROFA. Por razones obvias, el Servicio Nacional de Salud ha contribuido valiosamente, a pesar de carecer del patrocinio oficial de sus autoridades.

La investigación se ha orientado hacia el riesgo del embarazo no deseado, destacándose los estudios sobre epidemiología del aborto provocado y la mortalidad infantil. Asimismo, se han analizado aspectos de la socioantropología sexual femenina y de la actitud de la comunidad frente al uso de métodos anticonceptivos. Es lógico señalar los estudios sobre eficacia, efectos y aceptación de los diversos métodos, atendiendo al valor intrínseco de cada método, a los factores sociales, culturales y éticos que condicionan su adopción por la pareja humana y a los aspectos administrativos involucrados. En este campo, la investigación debería, en el futuro, considerar la adaptación de técnicas foráneas a la idiosincracia de nuestro pueblo, a la vez que las consecuencias biodemográficas y sociológicas derivadas de la difusión de tales métodos.

(c) Adiestramiento.

Hasta la fecha, la mayoría de los programas de regulación de natalidad se han cumplido en Chile en nivel universitario, dando lugar al adiestramiento teórico y práctico del personal en etapas de pregrado y de postgrado. La Comisión sugiere que el adiestramiento se realice a través de una cooperación constante entre las universidades, el Servicio y las agencias filantrópicas nacionales e internacionales, y que las acciones de adiestramiento se asocien a la investigación.

En mérito de las consideraciones contenidas en los

tres capítulos anteriores, la Comisión estima que la asistencia, la investigación y el adiestramiento se realicen como parte integrante de programas regulares de asistencia materno-infantil del Servicio Nacional de Salud, bajo la responsabilidad de esta institución. Aunque el análisis de las facetas biodemográficas, socioeconómicas y culturales queda fuera de los objetivos de esta Comisión, ésta estima que es allí donde debe encontrarse la explicación de los problemas derivados de la reproducción acelerada, fenómeno característico de nuestras comunidades. Correspondería a la Comisión Ministerial y a otros sectores de Gobierno ocuparse de las acciones que habrán de promover el desarrollo global del país, lo cual habrá de definir una nueva fisonomía del proceso que estamos analizando.

(iv) En suma, la Comisión presenta las siguientes conclusiones:

Considerando:(I) Que los problemas biológicos y asistenciales planteados en Chile por la actual etapa de desarrollo y el crecimiento demográfico acelerado, en especial en el campo materno e infantil, influyen las tasas de mortalidad materna (aborto provocado clandestino) e infantil, por deterioro del nivel de vida de la familia;

(II) Que amplios sectores de la comunidad tienen conciencia de estos fenómenos, determinando gran demanda de información y de servicios frente al problema de la procreación no deseada;

(III) Que se están realizando acciones de regulación de natalidad mediante anticonceptivos con creciente amplitud en locales del Servicio Nacional de Salud, sin que la institución patrocine, normalice o inspeccione tales atenciones, y

(IV) Que es obligación del Servicio, de acuerdo con la legislación vigente, aplicar medidas de fomento y protección de la salud de la población.

Recomienda:

- (a) La incorporación de las actividades de regulación de natalidad, en cuanto se refieren a beneficiarias del Servicio Nacional de Salud y se ejecutan en sus dependencias, a los programas regulares de asistencia materna e infantil;
- (b) La adopción de las medidas de orden técnico y administrativo a fin de que dichos programas se cumplan bajo la responsabilidad superior del Servicio, dentro de su estructura y de acuerdo con sus reglamentos, en coordinación comunitaria, aplicando métodos que concierten la eficiencia técnica con la aceptación por parte de la pareja humana, y que garantice el respeto de la conciencia de las personas y su dignidad;
- (c) La coordinación de acciones del Servicio con organismos asistenciales, docentes o filantrópicos, nacionales o internacionales, mediante convenios, cuando se les estimare indispensables en la conducción de los programas, conservando el Servicio la tuición superior indelegable en la ejecución de tales labores, y
- (d) Que se mantenga permanentemente el más alto grado de coordinación en el nivel ministerial e interministerial, que permita la adaptación de los métodos de regulación de natalidad a aplicarse por el Servicio a la política general del Gobierno en materia de población, familia y desarrollo.

La aprobación por el Servicio Nacional de Salud de este informe preparado por un grupo de sus asesores, a fines de 1965, señala una fecha memorable y un acontecimiento de inusitada trascendencia dentro del movimiento chileno de planificación de la familia. Este acuerdo estableció un precedente en cuanto a participación del sistema de salud del Estado en un programa integrado, que incluiría acciones de regulación de natalidad dentro del plan materno e infantil, comprendiendo actividades asistenciales, de educación para la salud, de adiestramiento de personal y de investigación científica.

Con posterioridad a esta resolución han cambiado los gobiernos, las estructuras de los organismos de salud y el personal a cargo de su dirección superior, pero se ha mantenido el principio de la responsabilidad del Gobierno en asuntos de población, de salud en sus relaciones con la dinámica demográfica y de entrega de servicios para el bienestar familiar y la paternidad responsable.

Servicio Nacional de Salud. Normas básicas sobre
Regulación de Natalidad: oficio circular en septiembre de 1966.

Propósitos. Las acciones de regulación de natalidad del Servicio forman parte del programa de atención materna, y se ejecutan de acuerdo con los siguientes propósitos de índole médico-sanitaria:

- (a) Reducción de las tasas de mortalidad materna, condicionadas en alta medida por el aborto provocado;
- (b) Reducción de las tasas de mortalidad infantil, determinadas en forma principal por el deterioro en los niveles de vida de sectores importantes de la población, y
- (c) Promoción del bienestar de la familia, favoreciendo la procreación responsable, que permita el ejercicio del deber y del derecho de una paternidad consciente.

Objetivos. En mérito de los propósitos expuestos, teniendo presente la ponderación de los hechos médico-sanitarios pertinentes y la disponibilidad de recursos locales, se estima imperativo, en la definición de los objetivos del programa, establecer las siguientes prioridades de cobertura:

(i) 100% de las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios;

(ii) 40% de las mujeres atendidas por parto en los mismos servicios, contemplándose en este grupo, de preferencia, la

asistencia de grandes multíparas con problemas socioeconómicos y la asociación de estado puerperal con patología grave (tuberculosis, cardiopatías, nefropatías, etc.), y

(iii) 10% de mujeres de edad fértil en control en consultorios, otorgándose igual prioridad a la especificada en párrafos anteriores.

Determinación del programa y ejecución.

Las actividades de regulación de natalidad deben sistematizarse de acuerdo con un plan de operaciones dentro de un programa de salud materna cuya responsabilidad administrativa reside, en los diversos niveles, en las direcciones zonales de salud, en las jefaturas de áreas hospitalarias y en la dirección de establecimientos.

En la formulación del programa es menester obtener previamente la siguiente información básica:

- (a) Hechos demográficos: población total y población femenina de edad fértil, estimada en 20% de aquélla; tasa de natalidad e incidencia de embarazadas, cuyo número absoluto, en un año calendario, es equivalente al número de nacimientos del año precedente más 50% .
- (b) Riesgos de salud: tasas de mortalidad materna, global y causada por aborto; mortinatalidad, mortalidad neonatal y mortalidad infantil.
- (c) Recursos y servicios: número de camas obstétricas y ginecológicas y su rendimiento; número de horas obstétricas y de cargos de matronas; número de embarazadas en control y su relación con número estimado de beneficiarias; horas profesionales en consultorios y su rendimiento; recursos de personal, de todo tipo, anotando su procedencia y financiamiento; recursos de equipos existentes y solicitados, con su justificación; recursos utilizados o solicitados para regulación de natalidad (material educativo, drogas, DIU, etc.)

Con referencia al desarrollo del programa, la Circular describe detalles sobre formas de desarrollo del plan, dentro de los servicios y establecimientos que prestan atención materna. Se refiere a la responsabilidad de los directores de establecimientos y otros jefes locales de salud. Asimismo, las actividades conexas de los programas - investigación, docencia y adiestramiento - se habrán de realizar en el contexto de la política del Servicio sobre estas materias. Finalmente, la adopción de métodos anticonceptivos se decidirá libremente por la pareja, previa información técnica de parte del grupo profesional, con la debida consideración de los problemas socioeconómicos y culturales de cada familia.

Nótese que en esta Circular las actividades de planificación de la familia aparecen integradas en la atención materna, y que ésta ha sido desglosada, como programa, de la atención pediátrica.

Servicio Nacional de Salud. Circular de octubre, 1968, reitera o enmienda circulares anteriores.

Dos años más tarde, en un documento menos extenso que la Circular de 1966, comentada en páginas anteriores, el Director General de Salud precisó en los siguientes términos el contenido vigente de normas sobre esta materia:

(i) Los propósitos de las actividades de regulación de natalidad son los siguientes: (a) Reducir tasas de mortalidad materna; (b) reducir tasas de mortalidad infantil, y (c) promoción del bienestar de la familia.

(ii) Los objetivos: (a) Educar a la población beneficiaria en paternidad responsable, respecto de la conciencia y dignidad de la familia, a fin de que comprendan y practiquen acciones de protección y fomento de la salud en relación con métodos de regulación de la natalidad. (b) La cobertura máxima que pueden alcanzar

las acciones es el 15% de la población femenina fértil de beneficiarias, dando prioridad a los casos de aborto, a las grandes multíparas, a pacientes de enfermedades crónicas susceptibles de agravación en el embarazo y a mujeres con serios problemas socioeconómicos.

(iii) Las acciones de regulación de natalidad se otorgan exclusivamente a beneficiarias, y se desarrollarán dentro del Programa de Atención Materna.

(iv) La colaboración de otros organismos asistenciales o docentes sólo puede ser aceptada por la Dirección General a través del Sub-Departamento de Fomento, y sin su autorización las zonas, áreas o establecimientos no podrán hacer uso de ella.

(v) Programas particulares de investigación, docencia y adiestramiento deben obligadamente enmarcarse dentro de las disposiciones pertinentes del Servicio.

(vi) El material y los contenidos educativos que se utilicen serán confeccionados o previamente aprobados por la Dirección General.

(vii) La adopción de métodos anticonceptivos será decidida libremente por la pareja conyugal, previa información técnica por el equipo profesional.

(viii) El método del ritmo puede prescribirlo y controlarlo un médico o una matrona.

(ix) Las drogas anovulatorias en su prescripción son de la exclusiva responsabilidad del médico, previo examen general y ginecológico.

(x) Los DIUs deben ser prescritos y colocados por el médico solamente, previo examen general y ginecológico.

Se siguen algunas recomendaciones de orden administrativo. Con referencia a los ítem (ix) y (x), el Gobierno actual autorizó en 1974 (Resol. N° 9735) a matronas funcionarias del SNS para prescribir gestágenos y colocar DIUs.

Pensamiento del S. Gobierno actual sobre
bienestar familiar y planificación de la familia

Con motivo de la inauguración del Seminario Nacional del Programa de Extensión de Servicios de Salud Materna e Infantil y Bienestar Familiar, PESHMIB, en Panimávida, abril de 1974, el Ministro de Salud, Coronel de Aviación (S) Dr. Alberto Spoerer C. dijo: "Bienestar social y salud familiar constituyen los puntos claves "para el despegue económico de Chile en este momento". En el documento "Doctrina y Política Nacional de Salud", del cual es autor el Dr. Spoerer, están contenidos los siguientes conceptos, a propósito de esta materia: "El Estado de Chile reconoce, más allá de sus fronteras nacionales, el derecho a la salud como un todo único e indivisible. No es el patrimonio de una clase sino un bien de la colectividad. Es un derecho inalienable que se adquiere a partir de la concepción y que se reafirma por el solo hecho del nacimiento. Es factor de liberación y de realización de la persona, y un elemento importante de armonía social y de convivencia internacional. Así, la responsabilidad por tan alto valor humano está consagrada en la Carta Fundamental de todo gobierno progresista".

"El concepto de salud que hoy prevalece refleja un ideal de perfeccionamiento y una aspiración ética. Se desea su realización para todos los habitantes. Más que la sola ausencia de enfermedades, el cuidado integral de la salud busca un completo bienestar físico, mental y social. Es un concepto positivo, afirmativo, constructivo, con profundas raíces en la historia, en la cultura y en la vida de las sociedades".

.....

"Salud y bienestar, particular o conjuntamente abordados por los respectivos especialistas, constituyen un todo único e indivisible".

.....

"Cada una de las acciones de salud debe ser incorporada al proceso económico del país, subentendiendo en este concepto toda medida que tiende a alcanzar el bienestar del hombre, de su familia y de las comunidades que éste construye para su vida en sociedad".

.....

"Salud individual y colectiva son parte del desarrollo económico. Dependen de sus esfuerzos, pero, a la inversa, influyen sus efectos. No puede haber producción adecuada de bienes ni servicios aceptables sin una energía humana suficiente y eficiente. A su vez, el hombre sano depende del desarrollo económico, en cuanto éste dé la oportunidad para crear, producir y consumir, dándole a su existencia un sentido real y constructivo".

Con respecto a política de salud, el documento en referencia asigna al Ministerio de Salud la responsabilidad de garantizar a la población el acceso a los servicios que realicen integralmente las funciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. De conformidad con los acuerdos suscritos por Chile en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, realizada en Santiago de Chile en octubre de 1972, el Ministerio fijó las prioridades en la atención a personas y al medio ambiente, sin desmedro de otras actividades. La ejecución de estas actividades quedaría a cargo del sistema de salud del Estado, dirigido por el Ministerio e integrado por el Servicio Nacional de Salud, el Servicio Médico Nacional de Empleados y otros organismos. Con el objeto de proteger a las personas, prevenir las enfermedades y curar a los individuos, la política de atención de madre y niño tiene el propósito de aumentar la expectativa de vida al nacer y reducir la morbilidad materno-infantil. Estas actividades de salud se orientan en los siguientes ítem:

- (i) Atención de la población infantil de 0 a 4 años;

//

- (ii) atención a los problemas perinatales;
- (iii) disminución de la desnutrición calórica y proteínica en menores de 5 años, mediante alimentación suplementaria para la embarazada y el niño;
- (iv) extensión de los servicios de planificación de la familia y realización de una efectiva educación sobre problemas de fertilidad, especialmente en los grupos más débiles desde el punto de vista social y económico, otorgando servicios que contribuyan al bienestar de la familia;
- (v) atención profesional del embarazo, parto y puerperio, facilitando un amplio acceso a los servicios que la otorguen, a fin de reducir el número de madres que carecen en la actualidad de tal atención;
- (vi) promover acciones destinadas al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno del cáncer cérvicouterino.

Estos ítem configuran el programa de Atención Integral de la Mujer, que se encuentra en pleno desarrollo y ejecución en 1974 - dentro del período que comprende el presente Informe - a cargo del Servicio Nacional de Salud, reforzado en las veinticinco áreas del PESHIB y en las áreas de la región norte del país, en las cuales está vigente el Convenio SNS.-APROFA.

En el documento presentado por el Gobierno de Chile en el Congreso Mundial de Población, 1974, Bucarest, se dice: "Se reconoce, sin embargo, que Chile enfrenta un problema demográfico "sectorial, en la medida que los índices de natalidad adquieren su mayor desarrollo en el sector de menores recursos, a cuyo nivel se ven "nitidamente sus consecuencias inmediatas, como son las elevadas tasas de mortalidad infantil, de abortos, de mortalidad materna, de desnutrición, con factores educacionales que tienden a perpetuar el subdesarrollo". En otro de sus acápites, el documento afirma "que las acciones de regulación de natalidad deben ser extendidas a todo el

"país, con el objeto de permitir a la pareja humana decidir libre y razonablemente sobre el tamaño de la familia, el espaciamiento de los nacimientos y tener fácil acceso gratuito a los consultorios de esterilidad para los casos que tengan dificultades para conseguir el embarazo deseado".

Finalmente, en el documento ya referido sobre "Doctrina de Salud", 1974, se afirma que "es obligación del Estado crear las condiciones apropiadas para el ejercicio consciente de la paternidad responsable, respetando la libre decisión de la pareja para planificar su familia por medio de una regulación de la fertilidad. Esta debe ofrecerse como único medio lícito para obtener ese bienestar, ya sea reduciendo los riesgos de salud que puede acarrear una alta paridad (paridez), ya sea evitando un mayor deterioro secundario a un equilibrio negativo entre el tamaño de la familia y los recursos. Por tanto, se procura expandir los servicios de planificación de la familia con los objetivos y métodos señalados, facilitando su accesibilidad y desarrollando una permanente labor educativa acerca de estos problemas".

"Un pueblo como Chile, con grandes problemas de salud y mucho de subdesarrollo biológico, debe considerar a la planificación de la familia, el control de fecundidad y las actividades de salud materna e infantil en un contexto de acciones de salud tendientes a superarlos, de tal forma que la disminución de la natalidad que finalmente aparece se compense con una mejor calidad de la población". (Gral. (R) Francisco Herrera L., Ministro de Salud).

El movimiento de planificación de la familia en Chile. Interpretación histórica.

En la actualidad existe consenso sobre una definición para el término "planificación de la familia", que sea útil para su uso habitual: "un derecho humano básico de la pareja y de la mujer, "de decidir acerca del tamaño de la familia, el espaciamiento entre "los hijos y el tiempo para iniciar y para poner término a este proceso". Agréguese que esta decisión de la familia o de uno de sus miembros ocurre dentro del marco de un ambiente cultural y de un nivel de vida, y que los factores determinantes de cada situación y de las resoluciones que se adopten son múltiples y complejos, a la vez que respetables. Al reconocer a la pareja el derecho de regular el tamaño de la familia, estamos admitiendo el derecho implícito a una adecuada información sobre los elementos de la reproducción humana, sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre los medios para la adopción de una paternidad responsable. Corresponde al sistema de salud del Estado, a las asociaciones de voluntarios y a grupos organizados de la comunidad hacer accesibles para la mujer, sea cual fuere su edad, estado civil y condición, la oportuna y eficaz protección contra un embarazo no deseado. Es obvio que toda prescripción anticonceptiva debería asociarse o ser precedida de una explicación básica de carácter educativo.

Las actividades de planificación de la familia se iniciaron en Chile antes que en otras naciones hermanas de América Latina, de modo que su trayectoria constituye un modelo digno de estudio y de cuidadoso análisis. De una manera puramente convencional, se considera que este proceso histórico ha cursado en tres etapas que, por otra parte, no se separan de una manera precisa y tajante. Por el contrario, ha habido una transición gradual, no exenta de superposiciones.

En una primera etapa las actividades tienen carácter privado y extensión local, y ocurren desde los primeros años ha

ta, aproximadamente, 1965. Médicos, jefes de servicio, profesores de asignaturas relativas a reproducción humana, medicina preventiva y sa lud pública inician acciones en establecimientos dependientes del Ser vicio Nacional de Salud. El Ministerio no se pronuncia sobre estas actividades, pero las observa, las admite y las tolera, sin conside - rarlas como parte de los programas de salud. Proyectos de investiga - ción en el campo demográfico y en control de la fertilidad se estu - dian en talleres y laboratorios universitarios, algunos de los cuales están instalados en territorios del área de la Salud. Para prevenir el aborto inducido se constituye, bajo el alero del Director General de Salud, el Comité Chileno de Protección de la Familia, al cual se incorporan, sin una connotación oficial, jefes de servicio y profesores; se establecen conexiones con la Federación Internacional de Plani - ficación de la Familia, que comienza a entregar ayuda técnica, finan - ciera y administrativa. Actos de información y educación comienzan a crear una inquietud y a inducir un debate en la opinión pública; hay gran promoción a través de los medios de comunicación de masas, me - diante foros, publicaciones, seminarios, cursillos, artículos de pren - sa, radio y televisión. La comunidad nacional se moviliza para discu - tir abiertamente el asunto, y se consideran en plena conciencia los intereses y los derechos de la mujer, de la familia y de los grupos sociales.

La segunda etapa se desenvuelve entre 1965 y 1970. El Comité se transforma en Asociación (APROFA); el S. Gobierno le otorga personería jurídica y FIPF, Región del Hemisferio Occidental, la reconoce como miembro titular. Autoridades de salud del Estado discuten, aprueban y adoptan la regulación de natalidad. En 1966 se inician las actividades. Se incorpora planificación de la familia dentro del programa de atención materna y se realizan las acciones dentro de la estructura técnica y administrativa del sistema de sa - lud del Estado. Beneficiarias son las mismas mujeres que han estado recibiendo asistencia preventiva y curativa en consultorios y unida - des de ginecología y obstetricia. Se definen los objetivos: preven -

ción del aborto inducido, reducción de la mortalidad materna e infantil y promoción de un mayor bienestar familiar. No surge un propósito demográfico o socioeconómico; el Estado no anuncia una "política de población"; se trata, meramente, de un criterio de fomento de la salud familiar. No se proyecta un programa de tipo vertical, destinado a la sola finalidad de distribuir anticonceptivos. Se hace énfasis, en cambio, en la regulación de natalidad dentro del programa de asistencia materna, que incluye los cuidados del embarazo, la atención del parto y del recién nacido y el examen final en el puerperio.

Con motivo de la VIII Conferencia Internacional, celebrada en Santiago, 1967 señala una de las fechas cumbres de la planificación de la familia en Chile y en el mundo. En la sesión inaugural, ante más de 1.200 delegados venidos de todos los puntos del orbe, el Ministro de Salud expuso la filosofía y los principios del Gobierno sobre el tema de fondo, y el Presidente de la República, junto con dar la bienvenida a los participantes expresó el interés de Chile por los debates de la Conferencia, y prometió estar atento a sus conclusiones.

Durante este segundo período se instala el programa de adiestramiento para médicos, matronas, enfermeras y otros profesionales afines, que en los primeros años favoreció a becarios de naciones hermanas latinoamericanas y posteriormente se extendió a ciudadanos chilenos, hasta aplicarse, por último, a éstos en forma exclusiva. Cabe señalar la favorable disposición de nuestro país para cooperar en programas de las repúblicas amigas del Hemisferio Occidental, que resolvieron seguir nuestro ejemplo en el campo de la planificación de la familia.

La tercera etapa aparece entre 1969 y 1970, y su carácter fundamental consiste en que el Estado asume, de manera gradual y progresiva, la plena responsabilidad de la planificación de la familia a través de los servicios del sector público de salud. Las actividades propias se realizan en los organismos locales del Servi -

cio Nacional de Salud, del Servicio Médico Nacional de Empleados, en consultorios de la sanidad de Fuerzas Armadas y Carabineros, en ferrocarriles del Estado y en otras instituciones estatales, cuya estructura técnico-administrativa y recursos financieros se utilizan plenamente. Dentro del sistema de salud del Estado, regulación de natalidad queda integrada definitivamente dentro del programa de atención de la mujer, que comprende cuidados del embarazo, asistencia profesional del parto, examen postparto, atención ginecológica con detección del cáncer cérvicouterino y planificación de la familia.

Algunos aspectos conceptuales merecen un debido énfasis, a propósito de la salud integral de la mujer y de la asistencia del proceso reproductivo humano. El primer paso consiste en el diagnóstico de salud de la mujer a lo largo de su vida fértil, incluso los períodos de embarazo, parto, puerperio, lactancia y los intervalos entre una y otra concepción. El conocimiento de la condición biológica y social de la mujer constituye una base para un plan de asistencia de las diversas etapas de la reproducción: asistencia prenatal precoz y adecuada, con oportuna detección del alto riesgo; atención del parto en instituciones, mejorando el pronóstico materno y perinatal; atención ginecológica, con diagnóstico precoz de las neoplasias del aparato genital, y regulación de la fertilidad sobre objetivos clínicos, sociales y económicos. Hemos descartado los programas verticales de planificación de la familia, y en esto no sólo han coincidido todos los gobiernos de Chile desde 1965 sino que el país ha señalado un criterio respetable y ha dado un ejemplo dentro del vasto grupo de naciones representadas en la Federación Internacional. Regulación de nacimientos es un capítulo dentro del programa de asistencia a la mujer en función procreativa, el cual se integra, a su vez, en el sistema de salud del Estado y en el proceso general del desarrollo.

En suma, nuestra interpretación histórica del movimiento de planificación de la familia en Chile destaca, a través de un proceso en tres etapas, una transferencia gradual de acciones y

responsabilidades desde niveles locales, de carácter particular de grupos, hacia los organismos y servicios del Estado. Una Asociación Chilena como cualquiera asociación de voluntarios en cualquier país del mundo, inicia actividades de información, educación y motivación, induciendo a la opinión pública a pronunciarse, tras un largo debate, a favor de la regulación de nacimientos, de acuerdo con un concepto de derecho humano básico. Las autoridades de Gobierno, los organismos de salud y los servicios del sistema de salud del Estado acogen y adoptan estos principios y las resoluciones pertinentes, fijando los procedimientos y las normas técnicas y administrativas, e incorporan un capítulo más al programa de atención materna. A las labores predominantes de información y promoción de los primeros años siguen las actividades de educación para la salud, de promoción de la paternidad responsable y de asistencia clínica anticonceptiva, con una cobertura y una eficiencia progresivas, de acuerdo con la creciente demanda de parte de la comunidad nacional.

En esta tercera etapa del movimiento de planificación de la familia en Chile los grupos privados, la Asociación de voluntarios y las expresiones de la opinión pública confían y entregan a la responsabilidad del sistema de salud del Estado estas actividades, a medida que sus respectivos servicios se desarrollan y se capacitan para asumirlas plenamente.

.

Para una adecuada información sobre las actividades de investigación científica realizadas en Chile o a cargo de autores chilenos, se consigna en páginas anexas una selección de Bibliografía sobre planificación de la familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilera, E.; Ernst, A.; Guzmán, A. y cols. - "Histología de endometrio en mujeres portadoras de DIU." Rev.Chil.Obstet. y Ginec. 29: 459, 1964
2. Aguilera, E.; Ernst, A.; Díaz, M. y cols. - "Estudio de la permeabilidad útero-tubaria en mujeres portadoras de DIU." Rev.Chil.Obstet.y Ginec. 30: 257, 1965
3. Aguilera, E.; Briones, H.; Peña, G. y col. - "Procesos inflamatorios pelvianos y DIUs." Rev.Chil.Obstet. y Ginec. 34: 150, 1969
4. Armijo, R.; Monreal, T. "Epidemiología del aborto provocado en Santiago." Rev.Chil.Obstet.y Ginec. 29: 32, 1964
5. Armijo, R.; Monreal, T. "Factores asociados a las complicaciones del aborto provocado." Rev.Chil.Obstet.y Ginec. 29: 175, 1964
6. Armijo, R. and Requena, M. "Epidemiological aspects of abortion." 94th. Annual Meeting of the A.P.H.A. San Francisco, Calif. 1966
7. Avendaño, O. "Asociación Chilena de Protección de la Familia." Informe. Proceedings VII Internat. Confer. IPPF. Singapore, 1963
8. Avendaño, O. "Crecimiento demográfico y desarrollo económico-social." Editorial. Rev.Chil.Obstet. y Ginec. 29: 303, 1964
9. Avendaño, O. "La Conferencia Mundial de Población 1965, de Naciones Unidas (Belgrado, Yugoslavia). Rev.Chil.Obstet.y Ginec. 30: 352, 1965.
10. Avendaño, O. "Epidemiología de la reproducción humana." Editorial. Rev.Chil.Obstet.y Ginec. 30: 361, 1965
11. Avendaño, O.; Mayorga, L.; Faúndes, A.; Díaz, J. y cols. - "La Gran Multiparidad y sus problemas clínicos y sociales." Relato Oficial. XII Congr.Chil.Obstet. y Ginec. Concepción, 1967.
12. Avendaño, O.; Mora, G.; Nun, S. y cols. - "Control de la fertilidad en el puerperio." Mesa Redonda. XIII Congreso Chil.Obstet. y Ginec. Relatos Oficiales, contribuciones, simposia, mesas redondas, conferencias. 1969. Pág. 490.

13. Avendaño, S. "Regulación de la fertilidad con la administración de microdosis de Acetato de Megestrol".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 33: 238, 1968.
14. Bahamonde, H. "Estudio de 1.023 mujeres insertadas con Lippes D".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 37: 47, 1972.
15. Brañes, J. "Migración de D.I.U. a la cavidad peritoneal".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 35: 221, 1970.
16. Briones, H.; Márquez, J.; Assis, A. y Ernst, A.-"Transposición de D.I.U.s. en cavidad abdominal".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 34: 123, 1969.
17. Bunster, E.; Viera, A. y cols.- "Planificación de la familia." Tema recomendado. X Congr.Chil.Obst.y Ginec. Santiago, 1963.
18. Cabrera, R. "Aplicación postaborto del DIU SAFT-T-COIL 33 S".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 33: 215, 1968.
19. Coronel, L.; Rojas, G. y Contreras, R.- "A propósito de gestágenos"
Rev. Chil. Obst. y Ginec. 30: 311, 1965.
20. Croxatto, H.B.; Ríaz, S.; Croxatto, H.D. y cols.- " Estudio sobre transporte del óvulo en la mujer".
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 37: 79, 1972.
21. Elgueta, H. y Dueñas, J. "Inflamaciones pelviabdominales en pacientes con DIUs."
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 34: 141, 1969.
22. Faúndes, A.; Rojas, G.; Zipper, J. y García, M.L. - "Citología del cuello uterino en un programa de regulación de natalidad (experiencia de 9.442 mujeres)"
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 32: 56, 1967.
23. Faúndes, A.; Rodríguez, G.; Zipper, J. y cols.- "Programa de prevención del aborto inducido en una población suburbana de Santiago (proyecto San Gregorio). Primeros resultados."
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 32: 191, 1967.
24. Faúndes, A.; Avendaño, O.; Medel, M. y cols.- "Cambios de algunos índices de salud materna observados después de un programa de planificación familiar."
Rev. Chil.Obst. y Ginec. 34: 67, 1969.

25. Faúndes, A.; Rodríguez, G.; Zipper, J. y Avendaño, O. - " El proyecto San Gregorio". Informes Nos. 1,2, 3 y 4. 1966 - 1969 Santiago.
26. Faúndes, A.; Rodríguez, G.; Hardy, E.; y Mozó, R. - "Evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad en una población marginal de Santiago, Chile." Informe No. 4, 1970.
27. Goldsmith, A.; Goldberg, R.; Eyzaguirre, H. and Lizana, L. - "Immediate postabortal IUD insertion. A double blind study." Am. J. Obstet. Gynecol. 112: 957; 1972
28. Gómez-Rogers, C.; Ibarra, A.A.; Faúndes, A. y Guilloff, E. - "Efecto del DIU y otros métodos anticonceptivos sobre la lactancia." Actas VIII Conf.Internac. FIPF. Santiago, 1967.-
29. Gostin, L. " Anticoncepción mediante DIU. - Inserción precoz postaborto." Rev. Chil. Obstet. y Ginec. 31:256,1966
30. Guilloff, E.; Zañartu, J.; Toscanini, C. y Ogaz, G. - "Estudio clínico del anillo nylon intrauterino para el control de la fertilidad humana." Rev.Méd.Chile 94: 686, 1966.
31. Guilloff, E.; Ibarra, A.; Zañartu, J. y cols. - " Control de fertilidad y lactancia." XIV Congr. Chil. Obstet. y Ginec. 1971. Pág. 362.
32. Horta, S.; Assis, A.; Escribano, A. y Navales, G. - "Uso prolongando de DIUs." Rev.Chil. Obstet. y Ginec. 36: 112,1971
33. Ishihama, A. "Clinical studies on intrauterine rings, especially the present state of contraception in Japan and the experiences in the use of intrauterine rings." Yokohama Med. Bull. 10: 89, 1959.
34. Lemus, M.; Vieira, A.; Aubry, E. y cols. - " Estudio bacteriológico del DIU e histológico de endometrio." Rev. Chil. Obstet. y Ginec. 32:297, 1967
35. Lemus, M.; Arancibia, G.; y Bañados, G. - " Diagnóstico radiográfico de la transposición de los DIUs." Rev. Chil. Obstet. y Ginec. 36: 270, 1971

36. Martínez, M. "Acción de algunos esteroides sobre la morfología y la función de la trompa de Falopio humana." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 33: 353; 1968.
37. Moreno, M. y Escudero, P. - "Experiencia con el anillo intrauterino de Hall-Stone modificado." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 31: 280; 1966.
38. Nun, S. "DIUs. en el postaborto inmediato, precoz y tardío." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 36: 326; 1971.
39. Oppenheimer, W. "Prevention of pregnancy by the Graefen berg ring method." Am.J.Obst. Gynecol. 78: 446; 1959.
40. Palma, E. y Aguilera, E. "Anovulación yatrogénica en el control de la fertilidad." V Congr.Latinoamer. y XI Congr.Chil.Obst. Ginec. 1966. Pág. 275.
41. Proceedings of the VII Conference of the I.P.P.F. 1963, Singapore. G.W. Cadbury, H.D. Connolly, K.V. Earle, A.S. Parkes, K. Spanjaard. - Editores: Excerpta Medica Foundation. Amsterdam, N.York, Londres, Milan, Tokyo.
42. Pérez, A.; Vela, P.; Espinoza, J.; y cols. - "Análisis de 79 embarazos producidos durante el uso del método rítmico térmico." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 32: 115; 1968.
43. Plaza, S. y Briones, H. - " El aborto como problema asistencial". Rev. Méd. Chile. 91: 294; 1962.
44. Plaza, S.; Robinovich, J.; Fleischman, R.; Adriasola, G. y Concha, R. - " Anticoncepción en un sector de Santiago." Análisis de los resultados. Rev.Chil. Obst. y Ginec. 34: 329; 1969.
45. Puga, J.A.; Rosenberg, D.; Guilloff, E. y Zañartu, J. - "Estudio histopatológico de la acción de los gestágenos sobre el ovario. Comunicación preliminar." Rev. Chil. Obst. y Ginec. 29: 313; 1964.
46. Pupkin, M. "Efecto del acetato de medroxiprogesterona (DEPO-MPA) en la morfofisiología del ovario humano." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 32: 100; 1967.
47. Ramírez, R.C. "Estudio sobre Planificación Familiar con DIU. en un área rural." Rev. Chil.Obst. y Ginec. 25: 11; 1970.

48. Ramírez, R.; Venegas, E.; Campodónico, I. y cols. - "Dos casos de embarazo abdominal en portadoras de DIUs." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 36: 341, 1971.
49. Requena, M. "Social and economic correlates of induced abortion in Santiago." Demography 2: 33, 1965.
50. Requena, M. "Condiciones determinantes del aborto inducido." Rev.Méd. Chile 94: 714, 1966.
51. Robinovich, J.; Cabrera, R.; Zambra, G. y cols. - "Gran multiparidad y DIUs." XII Congr.Chil. Obst. y Ginec. Concepción, 1967. Pág. 384.
52. Robinovich, J.; Zambra, G.; Cabrera, R. y cols. - "Anticoncepción intrauterina con Asa Lippes D. Estudio comparativo con diferentes modalidades de inserción." Rev.Chil. Obst. y Ginec. 34: 349, 1969.
53. Rodríguez, A.; Pérez, A.; Vela, P. y cols. - "Método del ritmo en el período post parto." Rev. Chil. Obst. y Ginec. 29: 193, 1964.
54. Rodríguez, A. "El método del ritmo y el uso de la temperatura basal del cuerpo." Actas VIII Confer.Internac. F.I.P.F. Santiago, 1967.
55. Romero, H.; Corona, E.; Hankinson, R.K.B. y cols. - "Actas de la VIII Conferencia Internacional de la FIPF. Santiago, 1967." Impr. Stephen Austin and Sons Ltd., Hertford. Inglaterra.
56. Rosselot, J.; Adriasola, G.; Avendaño, O. y cols. - "Informe sobre política del S.N.S. para regular la natalidad en Chile." Rev.Méd. Chile 94: 744, 1966.
57. Saavedra, R.; Chaperro, L.; Aruta, J. y cols. - "Pesquisa del carcinoma cervicouterino en un programa de planificación familiar." Rev.Chil. Obst. y Ginec. 33: 301, 1968.
58. Schulz, R. "Población rural y planificación familiar Encuesta en la Comuna de Florida(Concepción)." Rev.Chil. Obst. y Ginec. 33: 271, 1968.

59. Segovia, S.; Szlachter, N. y Ossandón, M. - " Embarazo ovárico en portadora de DIU." Rev.Chil.Obst. y Ginec. 32: 179, 1967.
60. Tatum, H.J. " Intrauterine contraception." Am. J. Obst. Gynecol. 112: 1 000, 1972.
61. Viel, B. y Lucero, S. "Análisis de tres años de seguimiento de mujeres con DIUs. en Santiago." Rev. Méd. Chile 97: 473, 1969.
62. Villablanca, E.; Drapkin, C. y Fernández, V. " Obstrucción intestinal por Asa de LIPPES ectópica. Rev. Chil. Obst. y Ginec. 34: 372, 1969.
63. Wells, W. "Perforación Uterina por Asa de Lippes." Rev. Chil. Obst. y Ginec. 34: 138, 1969.
64. WHO "Basic and clinical aspects intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group WHO Techn.Rep. Series 1966, No . 332.
65. Zañartu, J. y Puga, J. "Control de la fertilidad humana con estrógenos y diversas combinaciones de estrógenos y gestágenos (Progestágenos). Estudio experimental. Rev.Chil.Obst. y Ginec. 29: 423, 1964.
66. Zañartu, J.; Gajardo, M.; Garrido, J. y cols. " Control de la fer^{ti}lidad humana con una combinación de estrógenos y progestágenos. Experiencia de tres años con 3.300 mujeres. Rev. Méd. Chile. 94: 675, 1966.
67. Zañartu, J.; Gajardo, M.; Garrido, J. y cols. " Tratamiento "se^{cu}encial" con estrógenos y progestágenos en el control de la fertilidad humana." Experiencia clínica de tres años con 1.250 mujeres. Rev.Méd. Chile 94: 696, 1966.
68. Zañartu, J. y Onetto, R. " Anovulación yatrogénica." V Congr.Latinoamer. y XI Congr. Chil. Obst. y Ginec. Viña del Mar, 1966.Pág. 283.
69. Zañartu, J.; Pupkin, M.; Rosenberg, D. y cols. - "Efecto del clo^mifeno y de la gonadotropina sobre el ovario de mujeres en anovulación yatrogénica inducida por esteroides." Rev.Chil Obst. y Ginec. 33: 345, 1968.

70. Zipper, J.; and Sanhueza, H. - "Clinical experience with the use of a flexible nylon ring as a contraceptive."
Intrauterine Contraceptive Devices Confer.
Excerpta Medica Internat. Congress Series
No. 54: 57, 1962.
71. Zipper, J.; Delgado, R. y Guilloff, E. - "Estudios experimentales del mecanismo de acción de cuerpos intra_uterinos."
Rev.Chil.Obst. y Ginec. 28: 18, 1963.
72. Zipper, J.; García, M.L. and Pastene, L. - "Intrauterine contraception with the use of a flexible nylon ring. Clinical and demographic appraisal. Experience in Santiago de Chile."
Excerpta Medica Internat. Congress.
86 : 88, 1964.
73. Zipper, J.; Medel, M. y Prager, R. - "Perturbaciones de la fertilidad inducidas mediante la instalación unilateral de agentes citotóxicos en el útero de la rata."
Actas VIII Confer. Internac. FIPF. Santiago. 1967.
74. Zipper, J.; Tatum, H.J.; Medel, M. y cols. - "Anticoncepción intrauterina mediante uso de antagonismo de iones metálicos; pres. de un nuevo DIU (T-Cu.)"
Rev.Chil. Obst. y Ginec. 35: 147, 1970.

III. EVALUACION DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE, A TRAVES DE UN DECENIO DE SU TRAYECTORIA.
INFORMACION NECESARIA PARA LA EVALUACION.

Para realizar los distintos tipos de evaluación de diez años de planificación de la familia en este país será necesario disponer de una considerable cantidad de datos estadísticos. Entre las fuentes de estos datos están los sistemas de estadísticas de servicios, las estadísticas vitales, los censos y los estudios especiales, tales como encuestas, investigaciones clínicas y otros.

Características de las actividades de regulación de natalidad.

Si bien, como parte del programa de atención integral de la mujer o del programa maternoinfantil, las actividades de regulación de natalidad se evalúan en forma similar al programa en general, éstas tienen algunas características particulares que conviene destacar para orientar la evaluación y tomar conciencia de los datos específicos que se necesitan. Estos rasgos se aprecian, sobre todo, en los objetivos del programa y, en consecuencia, en sus repercusiones demográficas y en los métodos usados para lograr los objetivos.

(i) Objetivos.

La mayoría de los programas de salud tiene como objetivo final reducir la mortalidad por algunas enfermedades. Los objetivos del programa de regulación de natalidad se definen como reducción de la morbimortalidad materna, en especial cuando es consecutiva al aborto. Para lograrlos, se toman medidas para evitar embarazos en mujeres con alto riesgo obstétrico o en aquéllas que recurren al aborto para limitar el número de sus hijos. Esto trae como consecuencia que estas actividades tienen en primera instancia alguna influencia sobre la

natalidad, aunque no estén primariamente dirigidas a ese propósito. Sus efectos demográficos son, de esta manera, más amplios que los de otros programas de salud, que sólo actúan sobre la mortalidad.

(ii) Métodos usados.

Otra característica especial de estos programas es que existe una amplia variedad de métodos anticonceptivos para lograr un mismo fin. El éxito de cada uno depende de su eficacia biológica y clínica, de su adecuada indicación médica y de los rasgos socio-culturales de la usuaria. Esta complejidad convierte el estudio de la eficacia de estos métodos en un objeto especial de evaluación.

Fuentes de datos para la evaluación.

(i) Evaluación de la administración y los métodos.

La fuente de información más rica para evaluar la administración del programa y los métodos anticonceptivos que se utilizan es el sistema de estadísticas de servicio.

Dentro de los aspectos administrativos, la evaluación de metas programáticas se hará comparando las actividades realizadas con las programadas, para el mismo período. El registro de actividades, del cual se obtiene esta información, permite, además, valorar uno de los factores que intervienen en el cumplimiento de las metas, a saber el rendimiento del personal en términos de acciones realizadas por horas trabajadas. Estos dos tipos de evaluación no difieren de la que se hace en otros programas.

De interés especial en este programa es conocer la población activa para determinar la cobertura y, por ende, la población efectivamente protegida. Para ello, el registro de actividades debe hacerse según tipo, distinguiendo los ingresos y los egresos del programa, para hacer el balance. Como una proporción no despreciable de mujeres abandona el programa, sin conocerse la causa ni

su destino, es importante disponer de tarjeteros-calendario de citación. Estos, por una parte, permiten hacer el balance real, restando las pérdidas a las activas, y, por otra, ubicar a las remisas para hacerles una encuesta de seguimiento o para intentar recuperar - las, si aún tienen necesidad del programa.

Otro dato valioso que se recogerá en forma especial de las estadísticas de servicio son las características de las mujeres que ingresan al programa. Esto puede hacerse con un registro en fichas de ingreso individuales o colectivas, procesadas a nivel local o central. Esta información permitirá evaluar si se está captando la población más expuesta al riesgo en cuanto a edad, paridad (paridez), abortos previos, espaciamiento de los hijos y otras características.

Se han desarrollado numerosos sistemas de estadísticas de servicio que se procesan por computador a nivel central, y que permiten, además, la construcción de tablas de eficacia de uso para obtener las tasas de fracaso, de complicaciones y de continuación para diferentes métodos, según las características de las usuarias.

(ii) Evaluación del logro de objetivos.

La evaluación del logro de los objetivos o de los propósitos de los programas en términos de sus efectos en la población se hace relacionando las actividades realizadas en el programa - obtenidas de las estadísticas de servicio - con datos provenientes de las estadísticas vitales y de los censos.

Se puede establecer, por ejemplo, la relación que existe entre las tasas de mortalidad o algunos índices de morbilidad y la cobertura de la población. La interpretación de tales relaciones debe ser cautelosa, ya que no es posible descartar la influencia de otros factores. Se han desarrollado numerosos métodos para este tipo de evaluaciones, centrados, sobre todo, en la determinación de

nacimientos evitados, que carecen de mayor significación en un programa que no tiene objetivos de control de natalidad.

Información disponible en Chile.

A diferencia de algunos países en que los programas de planificación de la familia fueron creados como programas verticales con un sistema estadístico propio, en Chile las actividades de regulación de natalidad fueron incorporadas paulatinamente, como un nuevo capítulo, al programa de atención materna. De esta manera, sólo en los últimos años se dispone de alguna información específica en las estadísticas de servicio de las diferentes instituciones en que se realiza esta labor. Esto hizo muy laboriosa la obtención de datos de cobertura, los cuales tuvieron que estimarse por métodos indirectos. En la actualidad todavía hay consultorios en que los tarjetones-calendario de citas no funcionan en forma expedita, haciendo engorroso, incluso a nivel local, obtener datos de la población activa en el programa.

Por último, los objetivos de reducción de la morbilidad y mortalidad sólo pueden lograrse después de algunos años de operación del programa, lo cual, unido a otros factores que afectan a estos índices, hace difícil atribuir esos cambios al programa, en forma exclusiva.

Material.

(a) Usuarias activas.

Se reunió la información anual de usuarias activas de métodos anticonceptivos recogida por el sistema de estadísticas del Servicio Nacional de Salud. De la misma forma se procedió con el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), con servicios asistenciales de universidades, Fuerzas Armadas y otros servicios públicos y privados. Además, se obtuvo la información de las cantidades anuales de ciclos de gestágenos orales entregados por los laboratorios al comercio farmacéutico para su distribución, intentando con ello obtener una aproximación del número de usuarias privadas no institucionales.

(b) Cobertura de mujeres activas.

Las cifras de población totales y de mujeres de edad fértil, 15 - 44 años (MEF), corresponden a las cifras oficiales del Servicio Nacional de Salud*.

(c) En relación a los objetivos del Programa, se reunió la información anual sobre egresos obstétricos totales y por aborto del Servicio Nacional de Salud; natalidad y fecundidad diferencial por edad, mortalidad neonatal e infantil, mortalidad materna total y por aborto para el país, proveniente de las fuentes oficiales de estadísticas vitales del Servicio Nacional de Salud.

Método.

Se calcularon tasas de cobertura por 100 mujeres de edad fértil (MEF), empleando como denominador para beneficiarias

* Estimaciones proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística. Las cifras de 1964 a 1967 fueron calculadas por la Escuela de Salubridad y adoptadas por el Servicio Nacional de Salud.

del Servicio Nacional de Salud al 70% de la población respectiva, y para el resto de los servicios, incluyendo el sector privado, el 30% restante.

Los datos obtenidos se presentaron en series cronológicas, y se construyeron gráficos con variables aisladas o combinadas. Se prepararon diagramas de correlación y se calcularon coeficientes para la variable "Tasa anual de usuarias activas" en comparación con natalidad, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por aborto y egresos por aborto, respectivamente, para todo el país en total.

REFERENCIAS

Anuarios de: Nacimientos, Defunciones y causas de muerte.
Sub-Departamento de Estadística
Servicio Nacional de Salud.

IV. DATOS DEMOGRAFICOS Y ESTADISTICOS. TABLAS, GRAFICOS Y DESCRIPCION DEL MATERIAL.

TABLA N° 1

POBLACION, NATALIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL

CHILE, 1954 - 1974

AÑOS	Población (en miles)	N A T A L I D A D		M O R T A L I D A D			
		Nacidos vivos	Tasa	Neonatal	Tasa*	Infantil	Tasa*
1954	6 597	230 484	34,9	9 461	41,0	27 804	120,7
1955	6 761	243 118	36,0	9 720	40,0	28 320	116,5
1956	6 944	254 519	36,6	9 118	35,8	27 509	108,1
1957	7 121	266 776	37,5	9 502	35,6	30 008	112,5
1958	7 298	270 018	37,0	9 452	35,0	31 914	118,1
1959	7 465	271 816	36,4	9 694	35,7	31 043	114,2
1960	7 628	282 681	37,0	9 965	35,2	34 003	120,3
1961	7 858	290 412	37,0	10 367	35,7	31 638	108,9
1962	8 029	304 930	38,0	10 333	33,9	32 920	108,0
1963	8 222	309 908	37,7	11 053	35,7	31 044	100,2
1964	8 450	306 050	36,2	10 391	34,0	31 495	102,9
1965	8 644	308 014	35,6	10 318	33,5	29 394	95,4
1966	8 884	295 761	34,0	10 297	34,8	28 909	97,7
1967	9 100	277 009	30,4	9 512	34,3	26 127	94,3
1968	9 351	273 296	29,2	8 646	31,6	22 807	83,5
1969	9 566	268 807	28,1	8 357	31,1	21 156	78,7
1970	9 726	261 609	26,9	8 195	31,3	20 750	79,3
1971	9 922	273 518	27,6	7 743	28,3	19 271	70,5
1972	10 123	277 891	27,5	8 062	29,0	19 752	71,1
1973	10 327	276 650	26,8	7 450	27,0	18 029	65,2
1974	10 536	267 977	25,4	6 903	25,8	16 951	63,3

* Tasa por 1 000 nacidos vivos.

POBLACION, NATALIDAD, MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL

CHILE, 1954 - 1974

Puede apreciarse que la población registra un incremento continuo a lo largo del período representado, mientras que la natalidad, luego de una tendencia al aumento hasta 1962, experimenta un descenso sostenido, con la sola excepción de 1971.

La mortalidad neonatal mantiene hasta 1963 cifras sobre 35 por 1 000 nacidos vivos, para comenzar enseguida un descenso casi constante, que se ha acelerado en los últimos cinco años.

La mortalidad infantil permanece en tasas sobre 110 por 1 000 nacidos vivos hasta 1960 y sobre 100 durante los cuatro años siguientes. Posteriormente muestra una constante tendencia al descenso, más acelerada en los últimos cinco años de la serie.

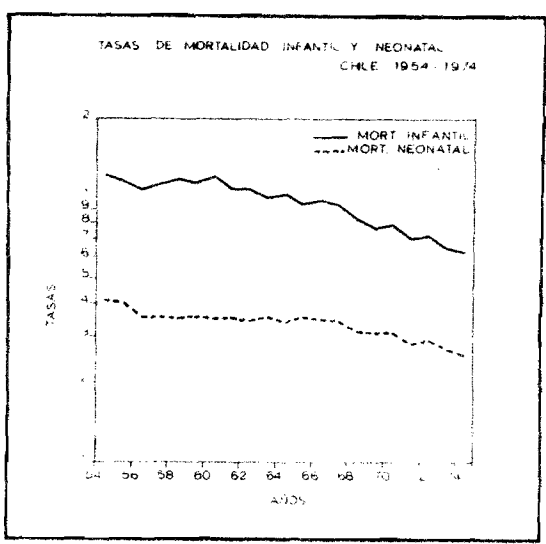
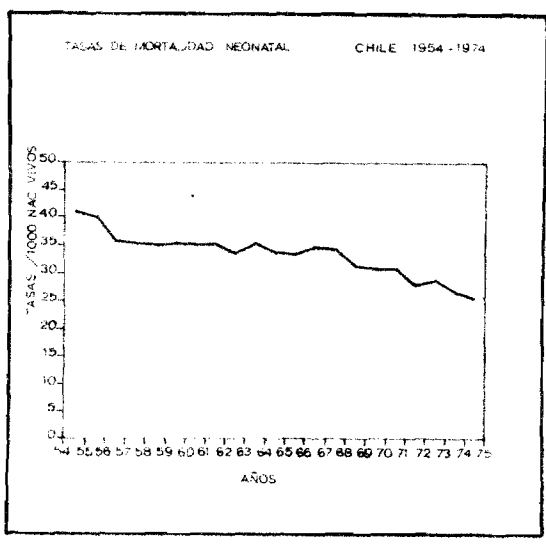
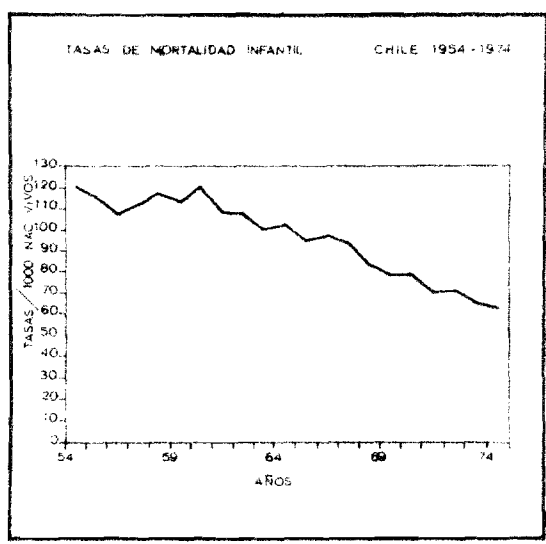
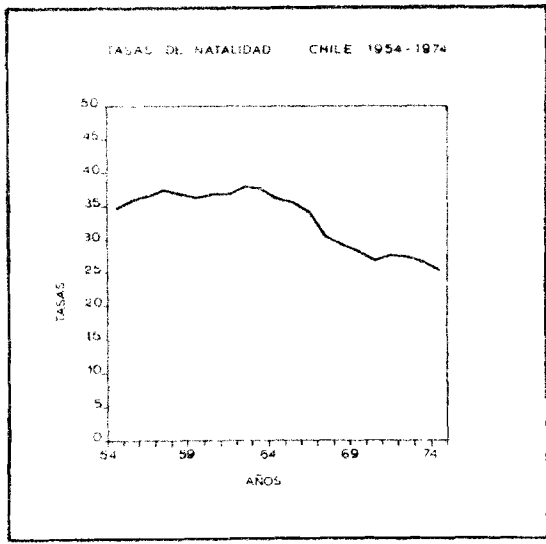


TABLA N° 2
TASAS DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD
CHILE, 1960 - 1974

AÑOS	GRUPOS DE EDAD							
	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960	2,7	70,0	235,2	273,3	229,3	160,1	67,3	15,5
1961	2,9	82,1	230,7	275,6	241,0	158,1	64,4	13,6
1962	2,6	81,5	233,4	268,6	245,9	155,0	68,4	13,1
1963	3,0	83,8	241,3	253,5	234,7	155,2	68,5	11,8
1964	2,9	81,9	235,4	247,5	220,1	150,4	65,5	11,1
1965	2,9	82,8	227,9	242,7	207,4	149,5	64,5	11,4
1966	2,8	82,1	220,2	230,5	186,3	142,4	60,3	10,4
1967	2,9	82,5	215,0	213,2	168,8	130,4	55,3	9,9
1968	2,5	79,2	206,2	200,0	152,1	116,0	52,9	8,9
1969	2,7	78,9	194,8	186,1	141,6	105,2	48,0	8,4
1970	2,3	80,7	192,7	182,5	135,0	94,4	44,3	8,4
1971	2,8	84,3	200,1	186,0	136,2	88,7	42,4	7,9
1972	3,1	86,4	175,8	183,6	131,0	82,3	40,0	7,3
1973	2,8	83,5	202,5	175,5	123,9	76,4	35,4	6,7
1974	3,1	79,3	191,3	169,4	116,9	73,4	33,5	6,0

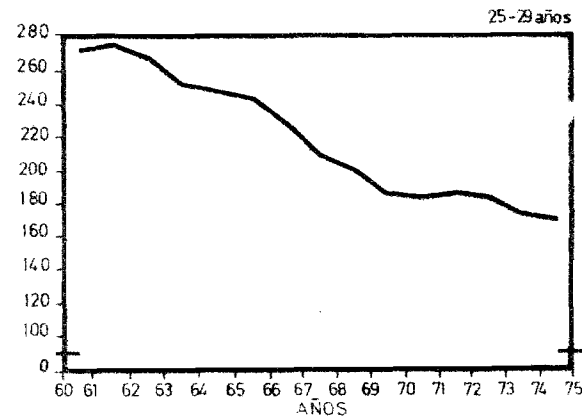
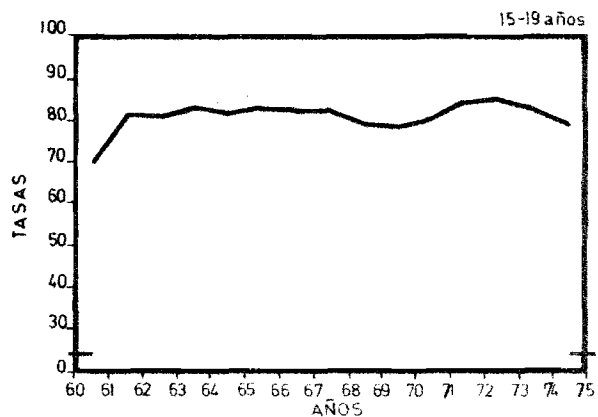
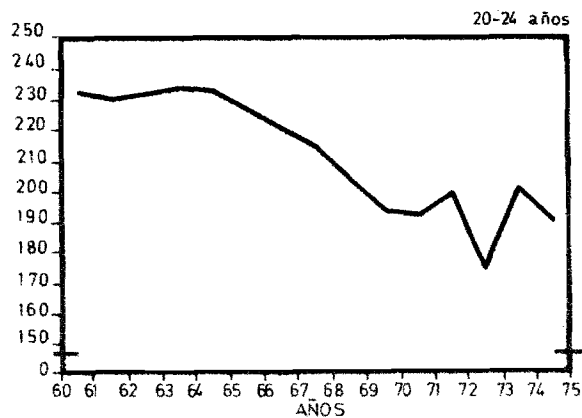
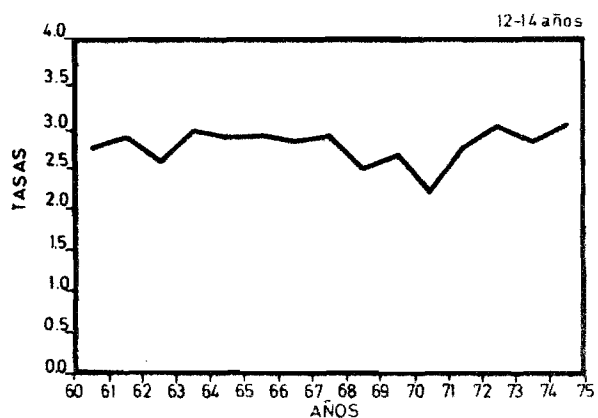
TASAS DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD

CHILE, 1960 - 1974

Los dos primeros grupos se mantienen relativamente constantes en fecundidades específicas de alrededor de 3 nacidos vivos por 1 000 mujeres de edad fértil y de 80 por 1 000, respectivamente. En edades mayores se observan reducciones progresivas de las tasas específicas, cuyos valores son más bajos en los grupos de edad de 35 a 44 años, que bordean un 50% de disminución de fecundidad con relación al año inicial.

Por otra parte, las tasas mayores de fecundidad muestran un desplazamiento hacia edades más jóvenes dentro del conjunto comprendido entre los 20 y los 34 años de edad.

TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD CHILE 1960-1974



TASAS ESPECÍFICAS DE FLORECIDAS (HBL 66089)

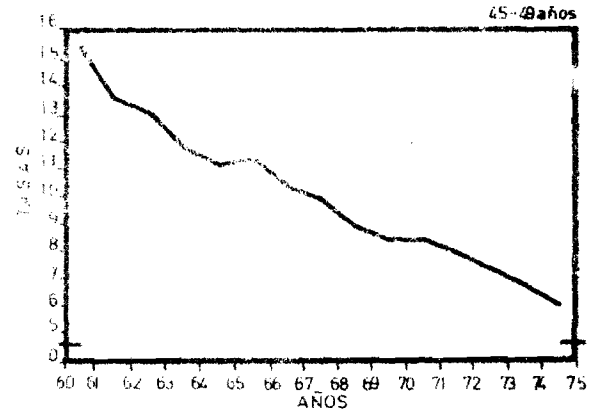
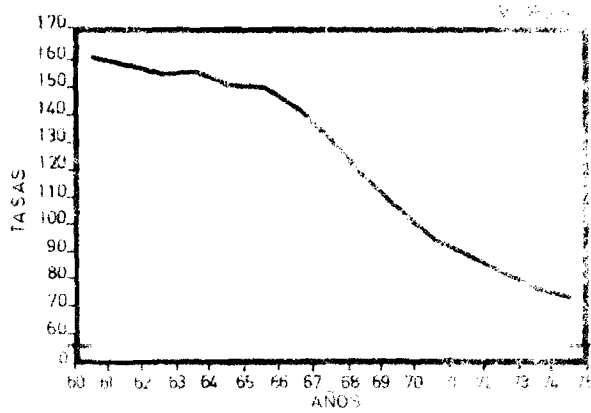
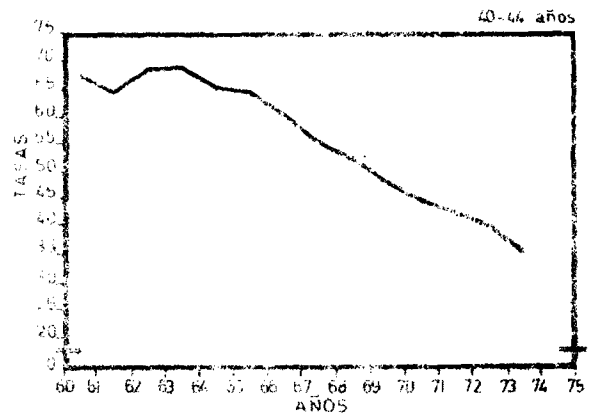
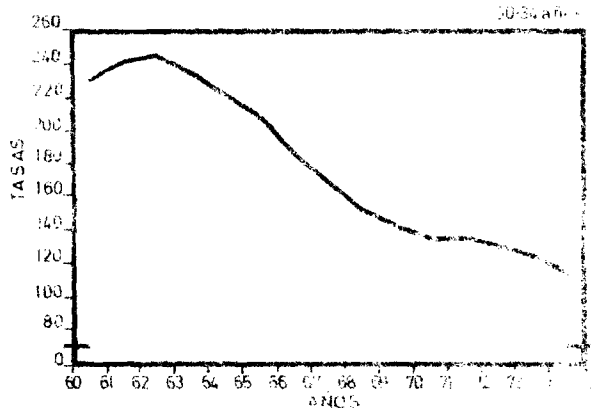


TABLA N^o 3TASAS DE MORTALIDAD MATERNA TOTAL Y POR ABORTOCHILE, 1964 - 1974

AÑOS	TOTAL		POR ABORTO	
	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*
1964	866	28,3	360	11,8
1965	860	27,9	306	9,9
1966	771	26,1	296	10,0
1967	734	26,5	276	10,0
1968	579	21,2	230	8,4
1969	488	18,2	171	6,4
1970	439	16,8	172	6,6
1971	389	14,2	143	5,2
1972	454	16,3	138	5,0
1973	365	13,3	119	4,3
1974	326	12,4	114	4,2
1975		12,9		4,8
% reducción		- 56,9		- 64,4

* Tasa por 10 000 nacidos vivos.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA TOTAL Y POR ABORTO

CHILE, 1964 - 1974

Se observa el descenso sostenido de ambas tasas de mortalidad materna. La mortalidad materna total disminuye en 56,89% entre los años extremos de la serie, y la mortalidad materna por aborto, en 64,41%, es decir, en mayor proporción que la mortalidad materna total. Por otra parte, en 1964 la mortalidad por aborto representaba el 41,7% del total de muertes maternas, mientras que en 1974 constituye el 34,4%.

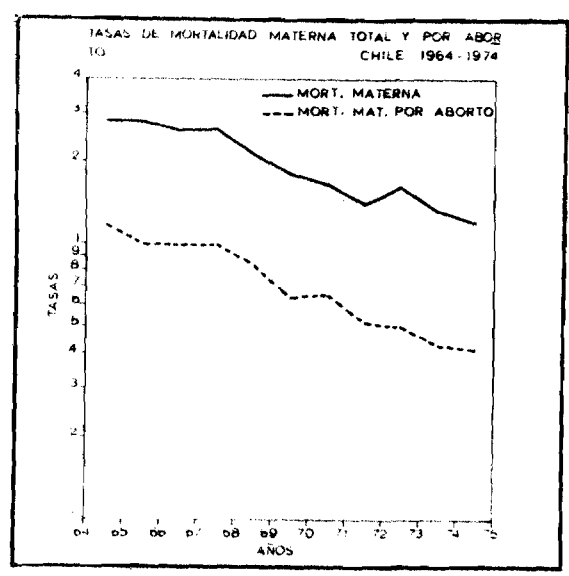
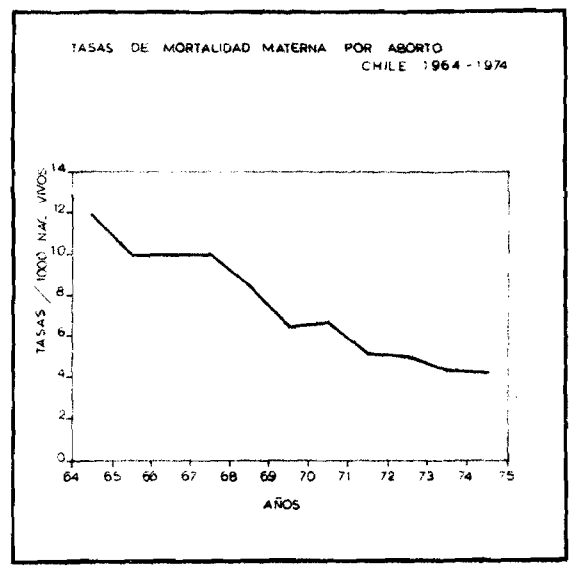
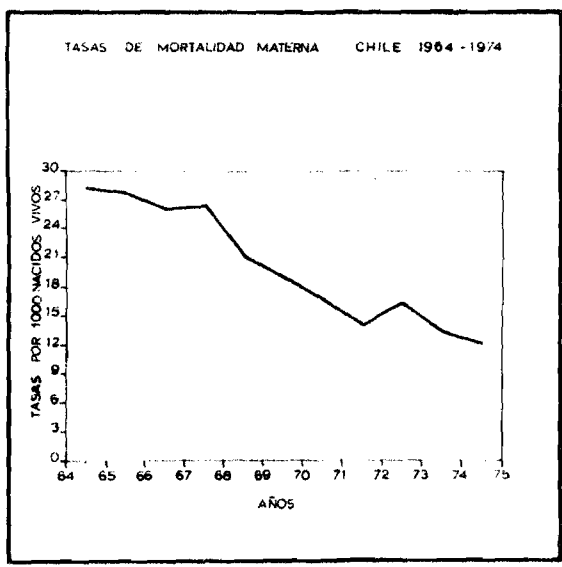


TABLA Nº 4

HOSPITALIZACIONES OBSTETRICAS TOTALES Y POR ABORTO
SERVICIO NACIONAL DE SALUD-CHILE, 1964 - 1973

AÑOS	TOTAL	POR ABORTO	%
1964	266 382	56 391	21,2
1965	271 689	56 130	20,7
1966	274 842	54 127	19,7
1967	277 290	54 213	19,6
1968	266 394	47 430	18,0
1969	259 442	44 895	17,4
1970	261 027	44 771	17,2
1971	269 687	44 163	16,4
1972	284 284	43 329	15,2
1973	282 127	44 771	15,9
% variación	+ 5,9	- 20,6	

HOSPITALIZACIONES OBSTETRICAS TOTALES Y POR ABORTO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

CHILE, 1964 - 1973

En los 10 años comprendidos entre 1964 y 1973, las hospitalizaciones obstétricas totales en el país han aumentado en 5,9%, en tanto que los ingresos por aborto han disminuido en 20,6%.

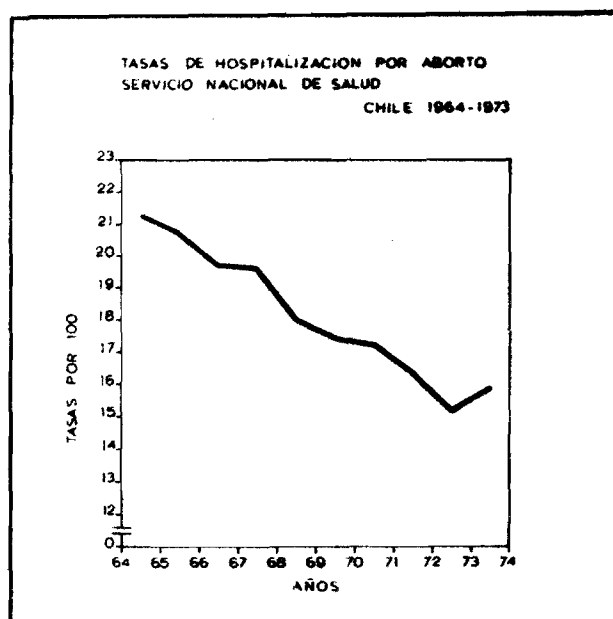


TABLA N° 5

-56-

COBERTURA DE MUJERES EN REGULACION DE FECUNDIDAD

SEGUN ORIGEN DE LA PRESTACION.

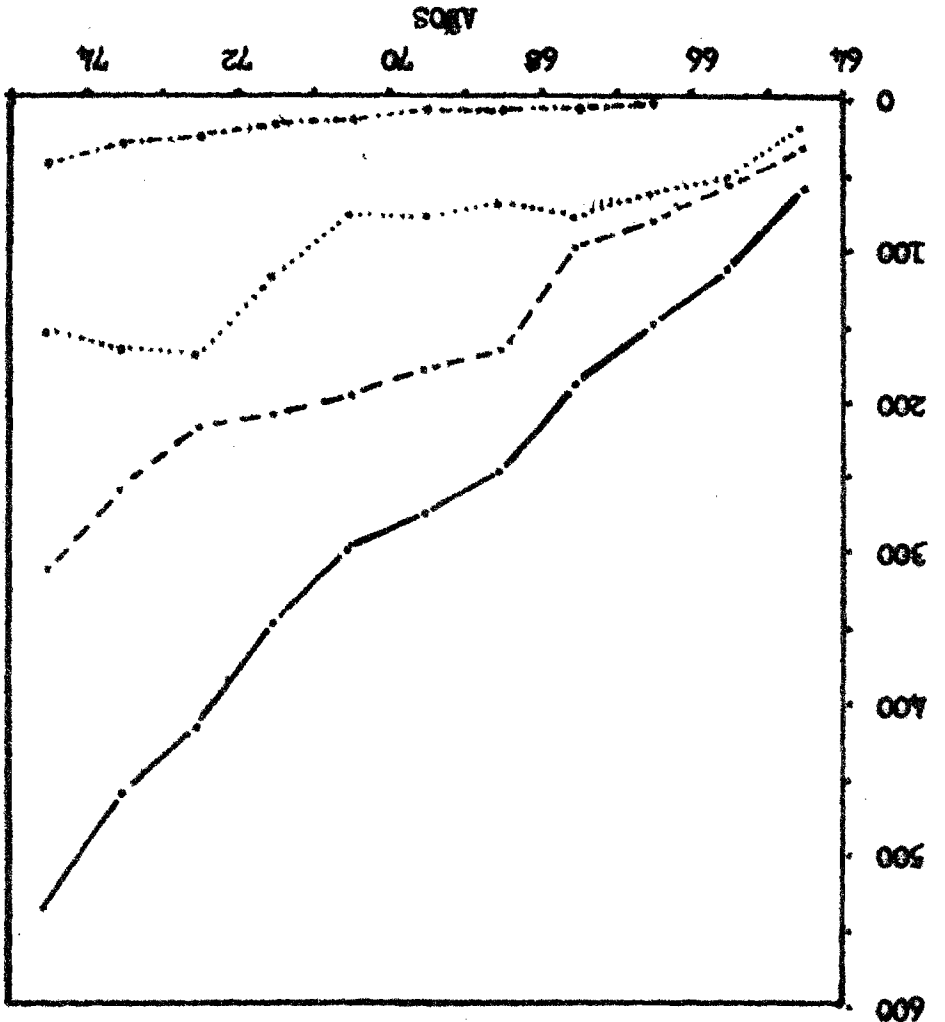
CHILE, 1964 - 1974

AÑOS	MUJERES EN EDAD FERTIL			USUARIAS ACTIVAS EN REGULACION DE FECUNDIDAD			% COBERTURA		
	TOTAL M.E.F. (*)	BENEFICIARIAS S.N.S. (**)	NO BENEFICIARIAS S.N.S. (***)	TOTAL	S.N.S.	NO S.N.S.	TOTAL	S.N.S.	NO S.N.S.
1964	1.883.474	1.318.432	565.042	59.341	22.693	36.648	3,5	1,7	6,5
1965	1.928.281	1.349.797	578.484	114.989	57.327	57.662	6,0	4,2	10,0
1966	1.974.224	1.381.956	592.268	152.671	83.062	69.609	7,7	6,0	11,8
1967	2.021.334	1.411.934	609.400	186.269	101.780	84.489	9,2	7,2	13,9
1968	2.069.779	1.448.845	620.934	248.023	168.465	79.158	12,0	11,7	12,8
1969	2.119.331	1.483.532	635.799	277.002	185.301	91.701	13,1	12,5	14,4
1970	2.172.511	1.520.757	651.754	296.954	202.173	94.781	13,7	13,3	14,5
1971	2.216.852	1.551.796	665.056	349.406	212.233	137.173	15,8	13,7	20,6
1972	2.262.233	1.583.563	678.670	420.226	222.895	197.331	18,6	14,1	29,1
1973	2.308.537	1.615.972	692.565	465.264	259.820	205.444	20,2	16,1	29,7
1974	2.355.892	1.649.124	706.768	539.097	333.130	205.967	22,9	20,2	29,1

(*) Mujeres de edad fértil, 15 - 44 años.

(**) Beneficiarias del Servicio Nacional de Salud.

(***) Beneficiarias otros servicios estatales y pacientes privadas.



FARMACIAS
 SERENITA
 S.M.S.
 TOTAL

GRÁFICO 1964 - 1974

GRÁFICO DE MUJERES ACTIVAS SEGUN ORDEN DE LA PRESTACION

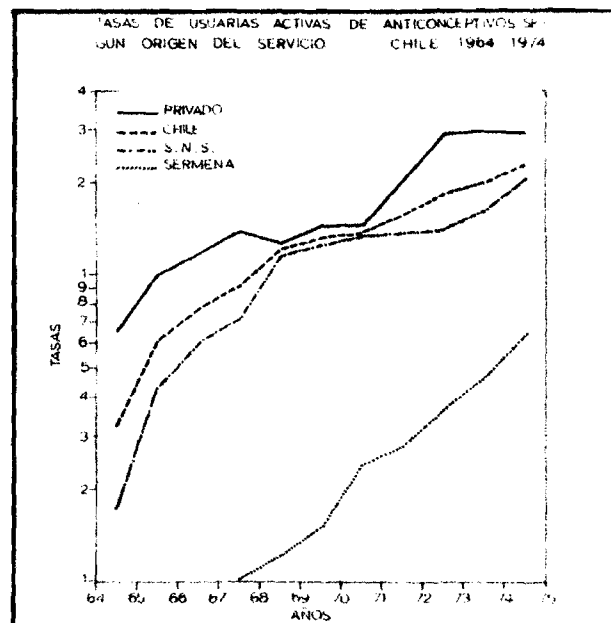
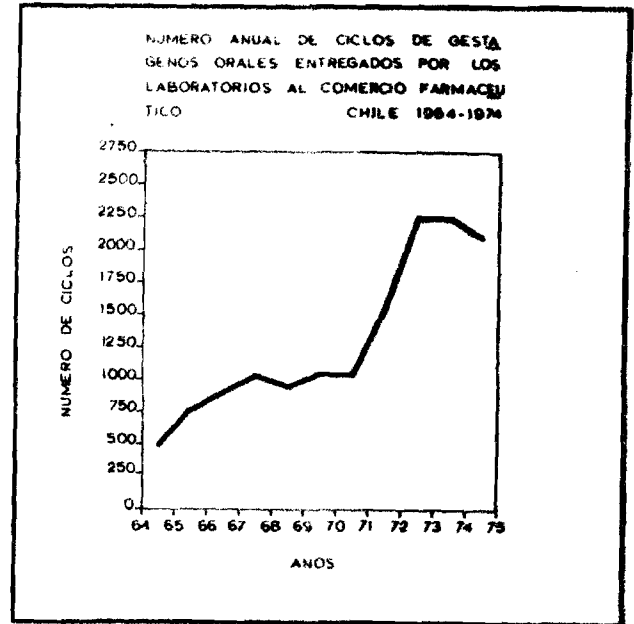
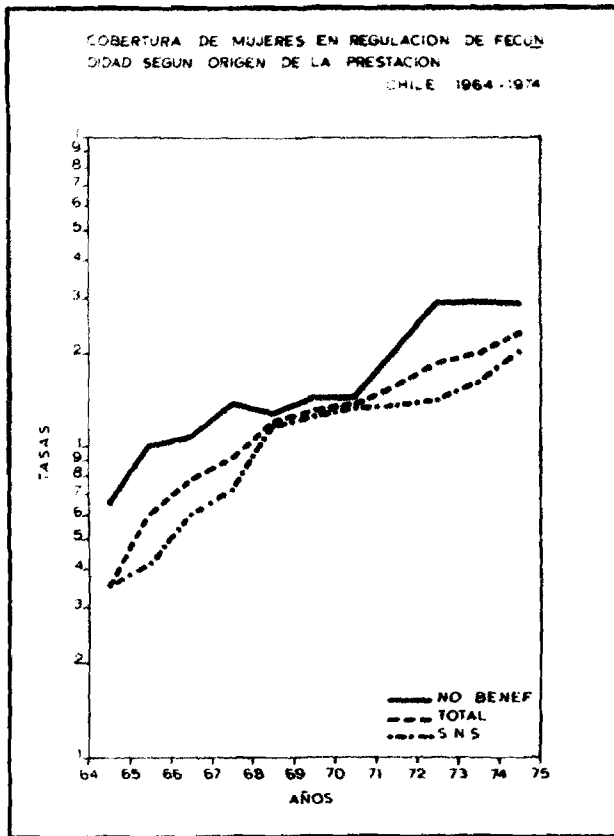


TABLA Nº 6

TASAS ANUALES DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS.
DE NATALIDAD, MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL.

CHILE, 1964 - 1974.

AÑOS	USUARIAS ACTIVAS (*)	NATALIDAD (**)	MORTALIDAD NEONATAL (***)	MORTALIDAD INFANTIL (****)
1964	3,2	36,2	34,0	102,9
1965	6,0	35,6	33,5	95,4
1966	7,7	34,0	34,8	97,7
1967	9,2	30,4	34,3	94,3
1968	12,0	29,2	31,6	83,5
1969	13,1	28,1	31,1	78,7
1970	13,7	26,9	31,3	79,3
1971	15,8	27,6	28,3	70,5
1972	18,6	27,5	29,0	71,1
1973	20,2	26,8	27,0	65,2
1974	22,9	25,4	25,8	63,3
% variación	+ 86,0	- 29,8	- 24,1	- 38,5

(*) Tasa por 100 mujeres de edad fértil (15-44 años)

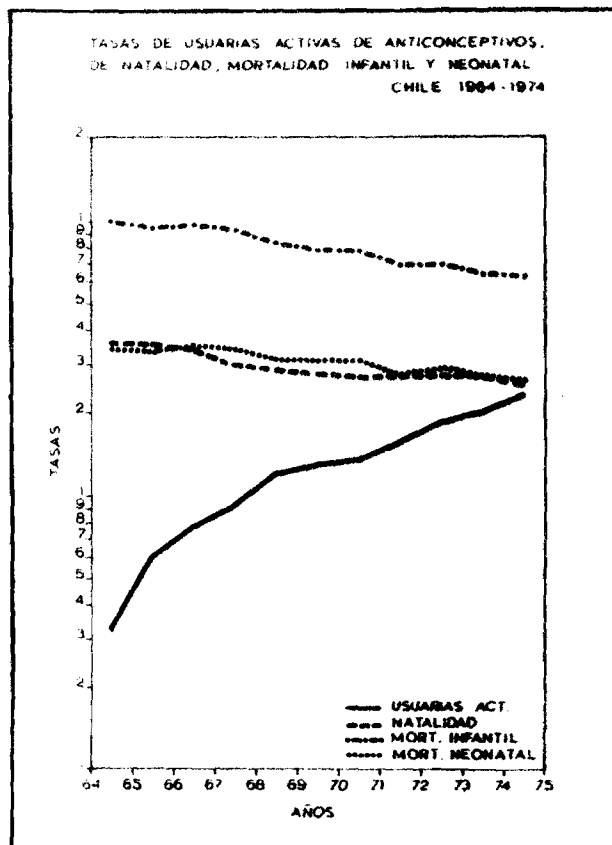
(**) Tasa por 1 000 habitantes

(***) Tasa por 1 000 nacidos vivos

(****) Tasa por 1 000 nacidos vivos

TASAS ANUALES DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS,
DE NATALIDAD, MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL
CHILE, 1964 - 1974

La tabla muestra para el período 1964 - 1974 las tasas anuales de usuarias activas (cobertura de mujeres de edad fértil en regulación de fecundidad), natalidad, mortalidad neonatal y mortalidad infantil. La variación porcentual de estos índices ha sido de + 86,03% para mujeres de edad fértil activas; - 29,83% para natalidad; - 24,12% para mortalidad neonatal, y - 38,48% para mortalidad infantil, en el período indicado.



CORRELACIONES.

Los diagramas de dispersión para las variables "tasas anuales de usuarias activas", por un lado, y natalidad, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad materna por aborto y hospitalizaciones por aborto respectivamente, por otro, muestran una correlación inversa bastante estrecha. Esto se confirma al calcular los coeficientes de correlación con sus pruebas de significación, que son consistentes para un "p" menor de 1%.

Estos hallazgos podrían sugerir que la variable "usuarias activas", como indicador de las actividades de planificación de la familia, está evolucionando en el sentido con el cual el Programa formula sus propósitos. Esto no significa, necesariamente, que sea ésa la causa de la reducción de los riesgos de salud de la madre y del niño, de la disminución del aborto y del descenso de la natalidad observadas en el período analizado.

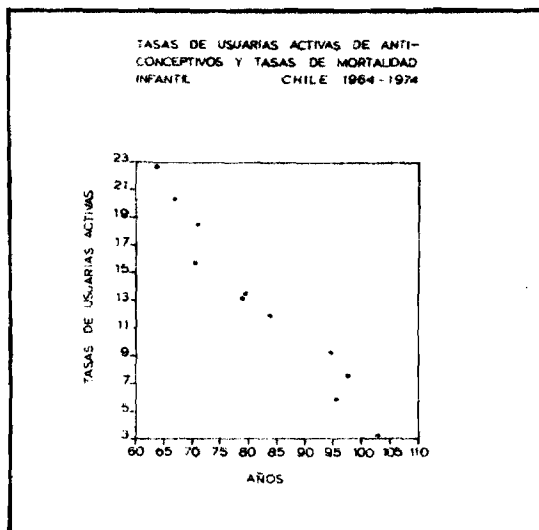
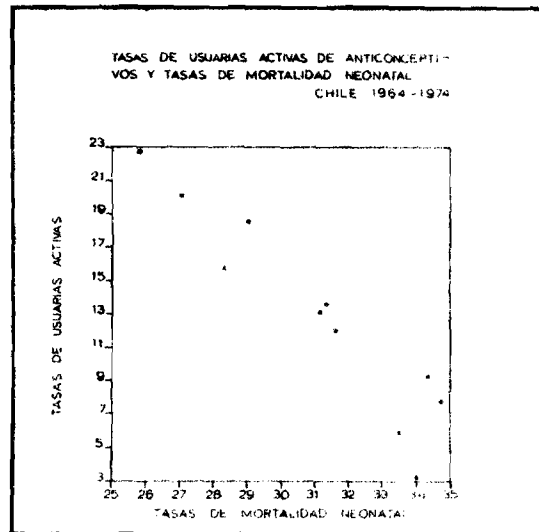
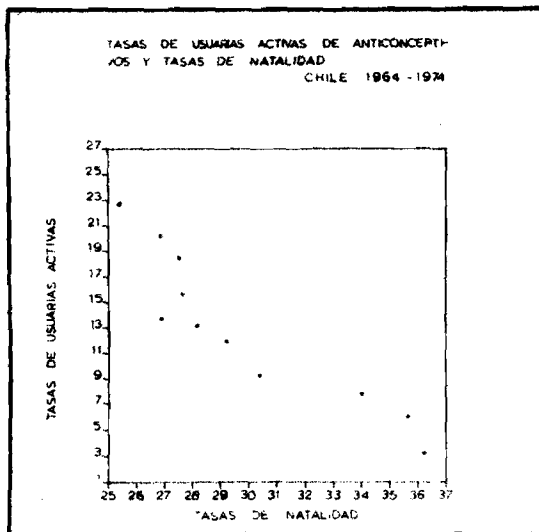


TABLA N° 7

TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS,
MORTALIDAD MATERNA TOTAL Y POR ABORTO
CHILE, 1964 - 1974

AÑOS	USUARIAS ACTIVAS (*)	MORTALIDAD MATERNA TOTAL (**)	MORTALIDAD ABORTO (***)
1964	3,2	2,8	11,8
1965	6,0	2,8	9,9
1966	7,7	2,5	10,0
1967	9,2	2,6	10,0
1968	12,0	2,1	8,4
1969	13,1	1,8	6,4
1970	13,7	1,7	6,6
1971	15,8	1,4	5,2
1972	18,6	1,6	5,0
1973	20,2	1,3	4,3
1974	22,9	1,2	4,2

r : - 0,97 r : - 0,97

t : 12,1 t : 12,1

P :menor 1% P :menor 1%

(*) Tasa por 100 mujeres de edad fértil (15-44 años)

(**) Tasa por 1 000 nacidos vivos.

(***) Tasa por 10 000 nacidos vivos.

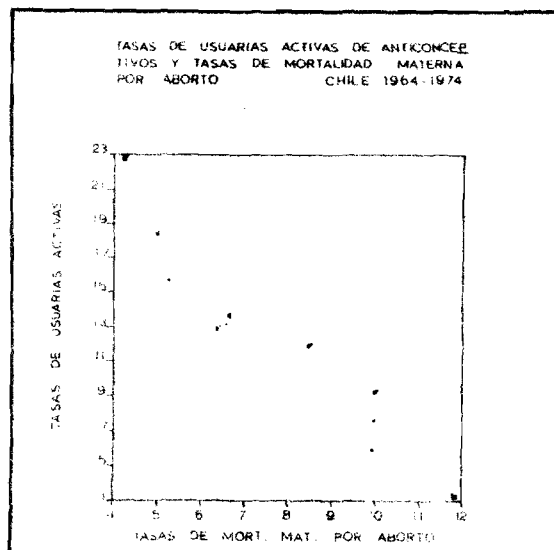
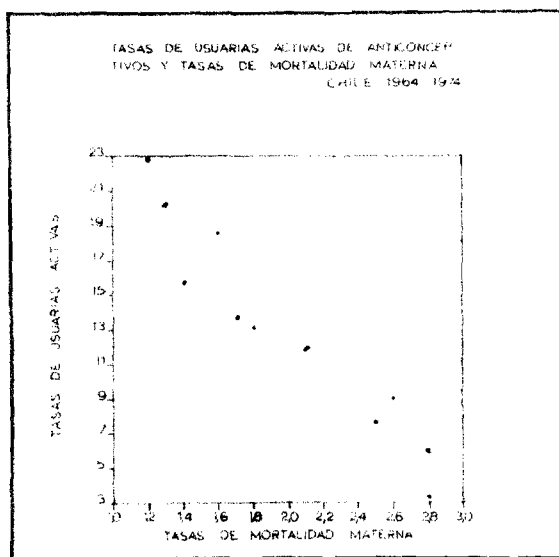


TABLA N.º 8

TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS
Y DE HOSPITALIZACIONES POR ABORTO
SERVICIO NACIONAL DE SALUD.
CHILE, 1964 - 1973.

AÑOS	USUARIAS ACTIVAS (*)	HOSPITALIZACIONES POR ABORTO (**)
1964	3,2	21,2
1965	6,0	20,7
1966	7,7	19,7
1967	9,2	19,6
1968	12,0	18,0
1969	13,1	17,4
1970	13,7	17,2
1971	15,8	16,4
1972	18,6	15,2
1973	20,2	15,9

r : - 0,80

t : 3,77

P : menor de 1%

(*) Tasa por 100 mujeres de edad fértil (15 - 44 años).

(**) Tasa por 100 hospitalizaciones obstétricas (S.N.S.).

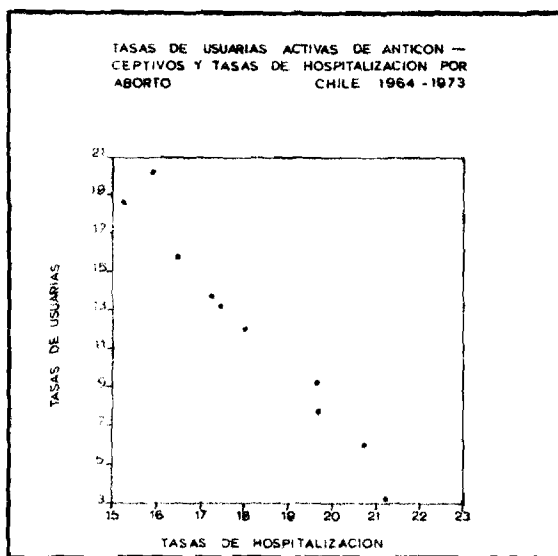


TABLA N° 9

NACIDOS VIVOS SEGUN NUMERO ORDINAL DE HIJOS DE LA MADRE

CHILE, 1962 - 1974.

AÑOS	NUMERO ORDINAL DE HIJOS											
	TOTAL		1°		2°		3°		4°		5° y +	
	CIFRA	%	CIFRA	%	CIFRA	%	CIFRA	%	CIFRA	%	CIFRA	%
1962	275.960	100,0	65.120	23,6	48.717	17,7	39.272	14,2	32.224	11,7	90.627	32,8
1963	280.167	100,0	66.025	23,6	49.678	17,7	39.596	14,1	31.210	11,2	93.658	33,8
1964	277.893	100,0	65.649	23,6	50.655	18,2	39.631	14,3	30.587	11,0	91.371	32,9
1965	279.677	100,0	68.288	24,4	50.915	18,2	39.311	14,1	29.917	10,7	91.246	32,6
1966	269.438	100,0	68.832	25,6	50.741	18,8	37.179	13,8	28.106	10,4	84.580	31,4
1967	252.355	100,0	68.717	27,2	49.098	19,5	34.296	13,6	25.377	10,0	74.867	29,7
1968	250.066	100,0	69.743	27,9	51.267	20,5	34.366	13,7	24.165	9,7	70.525	28,2
1969	244.883	100,0	72.031	29,4	52.818	21,6	34.188	13,9	22.658	9,3	63.188	25,8
1970	238.326	100,0	73.095	30,7	53.266	22,4	33.754	14,1	21.727	9,1	56.484	23,7
1971	249.175	100,0	79.499	31,9	56.490	22,7	35.955	14,4	22.613	9,1	54.618	21,9
1972	253.159	100,0	85.116	33,6	58.798	23,2	36.191	14,3	22.142	8,8	50.912	20,1
1973	252.028	100,0	87.813	34,8	60.100	23,9	36.207	14,4	21.447	8,5	46.461	18,4
1974	244.127	100,0	84.059	34,5	60.876	24,9	35.828	14,7	20.820	8,5	42.544	17,4

NACIDOS VIVOS SEGUN NUMERO ORDINAL DE HIJOS DE LA MADRE

CHILE, 1962 - 1974.

Los recién nacidos primero y segundo han aumentado en 46,2 y 40,7%, respectivamente, entre los años extremos de la serie, mientras que los hijos cuarto, quinto y más han disminuido en 27,3 y 47%, respectivamente. Estos dos últimos grupos representaban el 44,5% de los nacidos vivos en 1962, en tanto que en 1974 constituyen el 25,9%. A la inversa, los nacimientos de niños primero, segundo y tercero, expresados en porcentaje, han variado desde 55,5% del total de nacidos en 1962 hasta 74,1% en 1974.

NACIDOS VIVOS.-

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NUMERO DE HIJOS DE LA MADRE Chile 1962 1974

