

ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA

# INVESTIGACIONES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

MM (63-376)

BIBLIOTECA NACIONAL



0464694

Santiago, Chile 1976

117( 63-3p 01

*Editor Periodístico:* LUZ MARTA RIVERA

*Diagramación:* MARIA ELIANA BASAURE

*Trabajo Secretaría:* GLADYS MUÑOZ



**BIBLIOTECA NACIONAL**  
Sección Control

**BIBLIOTECA NACIONAL**  
Sección Chilena

## INDICE

PAG.

EVALUACION DE DIEZ AÑOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE .....	5
1. Síntesis histórica de la planificación familiar en Chile. Principios, objetivos, procedimientos. ....	7
1.1. Primeros pasos .....	7
1.2. VIII Conferencia Internacional de Planificación de la Familia. Primeros anuncios sobre sede, fecha y procedimientos .....	8
1.3. El Servicio Nacional de Salud y la política de regulación de natalidad .....	9
1.4. Investigación .....	15
1.5. Adiestramiento y educación .....	15
1.6. Actividades de la regulación de la natalidad en Chile .....	15
1.7. Pensamiento del Supremo Gobierno actual sobre bienestar familiar y planificación de la familia .....	16
1.8. Movimiento de planificación de la familia en Chile. Interpretación histórica .....	19
2. Evaluación de actividades de planificación de la familia en Chile a través de un decenio de su trayectoria .....	21
2.1. Información necesaria para la evaluación 1964-1973 .....	21
2.2. Material estadístico usado .....	22
2.3. Método estadístico usado .....	22
2.4. Datos demográficos y estadísticos. Tablas, gráficos y descripción del material .....	23
3. Resumen y conclusiones .....	33
3.1. Síntesis histórica .....	33
3.2. Método estadístico usado .....	34
3.3. Análisis de los datos .....	34
Anexo 1 Bibliografía chilena sobre planificación familiar .....	36



11M (63-3p6)

# EVALUACION DE 10 AÑOS DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE.

PARTICIPARON EN ESTA INVESTIGACION:

POR APROFA

Dr. G. Adriasola, Presidente.  
Dr. O. Avendaño, Director y ex  
Presidente.  
Dr. R. Cabrera, Director Ejecutivo.  
Dr. G. Delgado, ex Director Depar-  
tamento Actividades Médicas y Clí-  
nicas.  
Dr. E. Pereda, Asesor.

POR CELADE

Dra. E. Taucher.

COORDINADOR

Dr. René Cabrera.

ASISTENCIA TECNICA Y SECRETARIAL

Sr. Waldo Campos, Estadístico.  
Sra. Gladys Muñoz, Secretaria.

APROFA - 1977



# 1. SINTESIS HISTORICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN CHILE. PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS.

## 1.1. PRIMEROS PASOS.

Hacia fines de 1961, el Servicio Nacional de Salud, a requerimiento 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. En la Clínica Ginecológica Universitaria del Hospital J. J. Aguirre, se prescribían diafragmas vaginales, desde 1938; la Dra. María Figueroa hacía educación sexual y prescribía diafragmas a mujeres que acudían a los consultorios maternos de la ex Dirección General de Protección de la Infancia. Entre 1946 y 1953, en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, el Profesor O. Avendaño condujo un centro anticonceptivo integrado al consultorio prenatal. Antes de 1959, los Dres. Jaime Zipper y Hernán Sanhueza, habían reeditado, en la Maternidad del Hospital Barros Luco, el antiguo anillo de Graefenberg bajo la forma de un aro de nylon flexible, con un apéndice extracervical. 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 Sra. Ofelia Mendoza, funcionaria 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 de Higiene de las Universidades de Chile y Católica de Chile, a 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,

junto a tocólogos y ginecólogos especialmente interesados. Presidentes de la actual Asociación Chilena de Protección de la Familia, los Dres. Luisa Pfau y Onofre Avendaño, y los actuales Presidente y Vice Presidente, Dres. Guillermo Adriasola y Hernán Romero, fueron actores decisivos de tal Comité.

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 privar al Comité de su carácter de organismo asesor oficial. El Comité se transformó en una entidad privada, manteniendo la cooperación y un buen entendimiento con el Servicio Nacional de Salud. En 1963 siete unidades del S.N.S. y de las Universidades de Chile y Católica de Chile, todas en Santiago, iniciaron una investigación cooperativa para testimoniar la aceptabilidad y eficacia de los diversos anti-conceptivos disponibles (45).

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 se incorporaron en número creciente nuevos miembros 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, cooperando con personal médico, matronas y auxiliares, además de otros recursos. Los aportes técnicos, administrativos y financieros aumentaron.

## **1.2. VIII CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PLANIFICACION 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, con la aprobación del Supremo Gobierno, los organismos de salud y el Comité Nacional de Protección de la Familia de Chile.

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. 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

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

La VIII Conferencia Internacional, celebrada en Santiago en 1967, señaló una de las fechas cumbres de la motivación mundial en favor del movimiento de la planificación de la familia, especialmente en Chile y en las Américas. En la sesión inaugural, ante más de 1.200 delegados venidos de todos los puntos del orbe, el Ministro de Salud expuso los principios del Gobierno de Chile 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 positivamente atento a sus conclusiones.

### **1.3. EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Y LA POLITICA DE REGULACION DE NATALIDAD.**

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

**1.3.1.** 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 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 exhibía un índice de aumento anual de 2,7%, a causa del descenso de la mortalidad general con tasas de natalidad persistentemente altas.

Destaca el creciente interés que estas cuestiones han despertado en círculos gubernamentales, comunitarios y científicos.

Reconoce que 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. Su indicador más grave es la alta tasa de abortos.

En Chile las tasas de mortalidad materna —2,9 por 1.000 nacidos vivos— e infantil —105,3 por mil—, permanecen estacionarias en el decenio anterior a 1965. En el país se producía un aborto por cada dos nacidos vivos, lo cual obligaba 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. El informe se refirió 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 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 en los aspectos de salud de la dinámica de población.

**1.3.2.** 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 e 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 Supremo Gobierno;
- (e) Proponer normas para establecer relaciones con diversas organizaciones 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, en Agosto de 1965, designó una comisión de carácter transitorio, destinada a informar al Consejo Técnico sobre el sistema de protección de la familia para reducir

los riesgos de aborto, de mortalidad materna e infantil, y para promover el bienestar familiar. Esta Comisión integrada por profesores universitarios y por un delegado de la Asociación Chilena de Protección de la Familia —APROFA— debía 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. El Informe se refiere en un extenso capítulo, a la creación del “Comité Chileno” y a sus primeros tres años de labor reconociendo la participación de la Asociación Chilena de Protección de la Familia, como sucesora del Comité. Las acciones de regulación de fertilidad desarrolladas en unidades del Servicio Nacional de Salud desde 1962, en coordinación con organismos universitarios nacionales y con agencias internacionales (Fundación Ford, Consejo de Población, Universidad de Harvard y otros) tuvieron finalidades de asistencia clínica, de adiestramiento del personal y de investigación. La Comisión estimó que la asistencia, la investigación y el adiestramiento debían realizarse 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 promoverán el desarrollo global del país, lo cual definirá una nueva fisonomía del proceso que estamos analizando.

En suma, la Comisión presentó las siguientes conclusiones:

“Considerando: 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;

“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;

“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

“Que es obligación del Servicio Nacional de Salud 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 beneficia-  
“rias 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 ad-  
“ministrativo a fin de que dichos programas se  
“cumplan bajo la responsabilidad superior del Ser-  
“vicio, 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 con-  
“ciencia de las personas y su dignidad;
- “(c) La coordinación de acciones del Servicio con or-  
“ganismos asistenciales, docentes o filantrópicos,  
“nacionales o internacionales, mediante convenios,  
“cuando se les estimare indispensable en la con-  
“ducción 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 intermi-  
“nisterial, que permita la adaptación de los mé-  
“todos 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, señaló 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 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 responsa-

bilidad 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.

### **1.3.3. Normas básicas sobre Regulación de Natalidad: oficio-circular de de Septiembre de 1966.**

Definieron, desde un comienzo que las acciones de regulación de natalidad del S.N.S. formarían parte del programa de atención materna, y se ejecutarían de acuerdo con los siguientes propósitos de índole médico-sanitaria:

- (a) " Reducción de las tasas de mortalidad materna, con-  
" dicionadas en alta medida por el aborto provocado;
- (b) " Reducción de las tasas de mortalidad infantil, de-  
" terminadas 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 cons-  
" ciente".

En mérito de los propósitos expuestos, teniendo presente la ponderación de los hechos médico-sanitarios pertinentes y la disponibilidad de recursos locales, se establecieron las siguientes prioridades de cobertura:

- (d) " 100% de las mujeres atendidas por aborto en los  
" servicios hospitalarios;
- (e) " 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 (tuberculo-  
" sis, cardiopatías, nefropatías, etc.), y
- (f) " 10% de mujeres de edad fértil en control de con-  
" sultorios, otorgándose igual prioridad a la especi-  
" ficada en párrafos anteriores".

#### **1.3.4. Circular de Octubre de 1968, que 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 del S.N.S. precisó en los siguientes términos el contenido vigente de normas sobre esta materia:

- (a) Los propósitos de las actividades de regulación de natalidad son los siguientes: Reducir tasas de mortalidad materna; reducir tasas de mortalidad infantil, y promoción del bienestar de la familia.
- (b) Los objetivos: 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. 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.
- (c) Las acciones de regulación de natalidad se otorgan exclusivamente a beneficiarias, y se desarrollarán dentro del Programa de Atención Materna.
- (d) 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.
- (e) Programas particulares de investigación, docencia y adiestramiento d e b e n obligadamente enmarcarse dentro de las disposiciones pertinentes del Servicio.
- (f) El material y los contenidos educativos que se utilicen serán confeccionados o previamente aprobados por la Dirección General.
- (g) La adopción de métodos anticonceptivos será decidida libremente por la pareja conyugal, previa información técnica por el equipo profesional.

- (h) El método del ritmo puede prescribirlo y controlarlo un médico o una matrona.
- (i) Las drogas anovulatorias en su prescripción son de la exclusiva responsabilidad del médico, previo examen general y ginecológico.
- (j) Los DIUS deben ser prescritos y colocados por el médico solamente, previo examen general y ginecológico.

#### **1.4. INVESTIGACION.**

Se realizaron programas de investigación en los centros de anticoncepción ligados a la docencia con la cooperación financiera de APROFA, de agencias filantrópicas foráneas y con la aceptación no oficial del Servicio Nacional de Salud.

La investigación se orientó hacia el riesgo del embarazo no deseado, destacándose los estudios sobre epidemiología del aborto provocado y de la mortalidad infantil. Asimismo, se analizaron aspectos de la socioantropología sexual femenina y de la actitud de la comunidad frente al uso de métodos anticonceptivos, incluyendo 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.

#### **1.5. ADIESTRAMIENTO Y EDUCACION.**

La mayoría de los programas de adiestramiento en regulación de natalidad se cumplieron a nivel universitario, en etapas de pregrado y de postgrado. La Comisión sugirió que el adiestramiento se realizara a través de una cooperación constante entre las universidades, el S.N.S. y las agencias filantrópicas nacionales e internacionales, y que las acciones de adiestramiento se asociaran a la investigación.

APROFA tuvo una importante labor pionera en el ámbito latinoamericano y en Chile, donde mantiene una extensa acción de enseñanza, adiestramiento y difusión en planificación familiar y paternidad responsable.

#### **1.6. ACTIVIDADES DE REGULACION DE NATALIDAD EN CHILE.**

En Chile, las actividades de regulación de natalidad se dirigieron hacia 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 de anticoncepción desde 1938, la expansión nacional se produjo después de 1965, alcanzando una cobertura sobre el 10% de mujeres en edad fértil después de 1968.

Las actividades de asistencia adquirieron una apreciable extensión en Santiago y en algunas provincias. 15.094 aceptantes registradas en establecimientos del S.N.S. 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 fueron ejecutados bajo la directa responsabilidad de académicos o jefes de servicios, de directores del programa materno o de equipos docentes universitarios, lo cual les aseguró solvencia profesional y científica importante, a menudo en cooperación con labores de investigación.

### **1.7. PENSAMIENTO DEL SUPREMO GOBIERNO ACTUAL SOBRE BIENESTAR FAMILIAR Y PLANIFICACION 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 —PESMIB— 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 rubros:

- (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 cérvico-uterino.

Estos rubros 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 PESMIB y en las áreas de la región norte del país, en las cuales está vigente el Convenio S.N.S.-APROFA.

En el documento que el Gobierno de Chile presentó 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 nítidamente 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 y 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”.

18 “Un pueblo como Chile, con grandes problemas de salud y mucho de subdesarrollo biológico, debe considerar 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).

## **1.8. EL MOVIMIENTO DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE. INTERPRETACION HISTORICA.**

Existe consenso para definir “planificación de la familia”, como “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 al proceso reproductivo”. 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 manera puramente convencional, se considera que este proceso histórico ha pasado por tres etapas que 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, ocurriendo desde los primeros años hasta aproximadamente 1965. Médicos, jefes de servicio, profesores de asignaturas relativas a reproducción humana, medicina preventiva y salud pública inician acciones privadas en establecimientos dependientes del Servicio Nacional de Salud. La información y educación crea una inquietud e induce a un debate en la opinión pública a través de los medios de comunicación de masas, mediante foros, publicaciones, seminarios, cursillos, artículos de prensa, radio y televisión. La comunidad nacional discute abiertamente el asunto, como un reconocimiento de los intereses y 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 Supremo 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 el S.N.S. inicia actividades, incorporando planificación de la familia dentro del programa de atención materna. Beneficiarias son las mismas mujeres que han estado recibiendo asistencia preventiva y curativa en consultorios y unidades de ginecología y obstetricia. Se definen los objetivos: prevención 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.

En la tercera etapa, el Gobierno declara con alta prioridad la planificación de la familia como parte de la salud y bienestar familiar. Las actividades propias se realizan en los organismos locales de los servicios de Salud del Estado.

En suma, el movimiento de planificación de la familia en Chile destaca, a través de un proceso en tres etapas, una transferencia gradual de acciones y responsabilidades hacia los organismos y servicios del Estado. La Asociación Chilena conoció la existencia de un problema, conoció las aspiraciones y la voluntad de la pareja humana chilena y se puso a su servicio en colaboración con las autoridades de Gobierno y los organismos de salud.

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 (Anexo 1, pág. 36).

## 2. EVALUACION DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN CHILE, A TRAVES DE UN DECENIO DE SU TRAYECTORIA.

### 2.1. INFORMACION NECESARIA PARA LA EVALUACION. 1964-1973 (4)

**2.1.1. Antecedentes.**— Fue necesario disponer de una considerable cantidad de datos estadísticos, recurriendo a diversas instituciones, a estadísticas vitales, a los censos y a estudios especiales, tales como encuestas, investigaciones clínicas y otros.

Los objetivos del programa de regulación de natalidad buscan contribuir al bienestar familiar y reducir la morbilidad materna-infantil, en especial cuando es consecutiva al aborto. Para lograrlos, se procura evitar embarazos en mujeres con alto riesgo obstétrico o en aquellas que recurren al aborto para limitar el número de sus hijos. Estas actividades tienen, en primera instancia, influencia indirecta y secundaria sobre la natalidad.

La información necesaria está afectada por las características propias de estas actividades.

**2.1.2. Variedad de métodos anticonceptivos usados.**— Existe una amplia variedad de métodos 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.

**2.1.3. Población expuesta al riesgo.**— La información pretende 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 como también la tendencia de la demanda.

**2.1.4. Programa integrado.**— 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. En parte por esto, sólo en los últimos años se dispone de alguna información específica en diferentes instituciones en que se realiza esta labor. En la actualidad todavía hay consultorios en que los tarjetones-calendario de citas no funcionan en forma expedita.

## **2.2. MATERIAL ESTADISTICO USADO.**

**2.2.1. Usuaris activas.**— Se reunió la información anual de usuarias activas de métodos anticonceptivos recogida por el Depto. de Estadísticas del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA), por 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.

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

**2.2.3.** 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.

## **2.3. METODO ESTADISTICO USADO.**

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

\* *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.*

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.

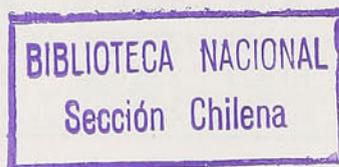
—*Anuarios de: Nacimientos, Defunciones y causas de muerte. Sub-Departamento de Estadística.*

—*Servicio Nacional de Salud.*

—(4) *Análisis del material estadístico.*

#### **2.4. DATOS DEMOGRAFICOS Y ESTADISTICOS; TABLAS, GRAFICOS Y DESCRIPCION DEL MATERIAL.**

Con motivo de la preparación de este documento se recopiló, tabuló y analizó una cantidad considerable de información estadística la que de uno u otro modo muestra distintos grados de asociación entre las actividades de planificación familiar y otros índices demográficos y asistenciales. Ellos serán tratados en detalle oportunamente pero, para los lectores interesados se agregan algunas tablas, gráficos y comentarios muy breves que pueden servir de orientación. (Ver páginas siguientes).



**TABLA N.º 1**  
**POBLACION Y TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD**  
**NEONATAL E INFANTIL**

**CHILE 1954 - 1974 \*\***

AÑOS	Población (en miles)	NATALIDAD		MORTALIDAD			
		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.

\*\* Fuente: Dirección General del S.N.S.

La **Tabla N° 1** muestra que la tasa de natalidad, luego de una tendencia al aumento durante el período 1954-1962 (de 34,9 a 38,0 por mil nacidos vivos) experimenta un descenso sostenido hasta llegar a un 25,4 por mil, en 1974.

A su vez, la mortalidad neonatal de un 41,0 por mil nacidos vivos en 1954, se mantiene hasta el año 1963 en cifras por encima del 35 por mil para, de ahí en adelante, dibujar un descenso casi constante, más acelerado en los últimos cinco años, finalizando en un 25,8 por mil nacidos vivos en 1974.

Por último, la mortalidad infantil que en 1954 alcanzaba el guarismo de 120,7 por mil nacidos vivos, permanece en valores por encima de 110 hasta 1960, y sobre 100, hasta 1964, fecha en que se inicia un descenso más acelerado que culmina en un 63,3 por mil en 1974.

**TABLA N.º 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

La **Tabla N.º 2** muestra que en el periodo 1960-1974, las tasas de fecundidad en los grupos de edad 12 - 14 y 15 - 19 años, dentro de un nivel siempre bajo, experimentan un discreto aumento, del orden del 14,8% y 13,3%, respectivamente; de ahí en adelante se observa un descenso sostenido y progresivo según grupos de edad que va desde un -18,6% en la clase 20-24 años hasta un 61,3% en el grupo 45 - 49 años.

Conviene hacer notar que los descensos de las tasas de fecundidad se iniciaron en las mujeres por encima de los 20 años antes que los programas de regulación de la natalidad alcanzaran tasas de cobertura de alguna significación y, por otro lado, que debe analizarse con detenimiento la significación del discreto aumento de las tasas en las mujeres muy jóvenes, las de menos de 19 años de edad, grupo que podría incluirse entre las de mayores riesgos de desequilibrio de la salud materna.

**TABLA N.º 3**

**HOSPITALIZACIONES OBSTETRICAS POR ABORTO.  
SERVICIO NACIONAL DE SALUD - CHILE, 1964 - 1973**

AÑOS	POR ABORTO
1964	56.391
1965	56.130
1966	54.127
1967	54.213
1968	47.430
1969	44.895
1970	44.771
1971	44.163
1972	43.329
1973	44.771
% variación	- 20,6

*En el período 1964 - 1973 se observa una disminución más o menos sostenida de los egresos por aborto de los establecimientos del Servicio Nacional de Salud (Tabla N.º 3): desde los 56.391 registrados en 1964 hasta sólo 44.771 en 1973, descenso equivalente a un 20,6%, pese a que, en el mismo período, la población creció en casi dos millones, lo que significa aproximadamente unas 500.000 mujeres más, en edad fértil.*

*Sin embargo, en la misma Tabla es dable observar que dentro de esta tendencia hay dos descensos bruscos, en 1968 y 1969, variaciones para las cuales no tenemos explicaciones plausibles.*

*Es seguro que otros factores además de la planificación familiar deben haber influido positiva o negativamente en la tendencia de la curva de las hospitalizaciones por aborto durante el período considerado pero, en todo caso, es imposible negar que la planificación familiar jugó un rol importante en el ritmo decreciente anotado.*

**TABLA N.º 4**  
**TASAS DE MORTALIDAD POR ABORTO**  
**CHILE. 1964 - 1974**

AÑOS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES POR ABORTO	TASA*
1964	306.050	360	11.8
1965	308.014	306	9.9
1966	295.761	296	10.0
1967	277.009	276	10.0
1968	273.296	230	8.4
1969	268.807	171	6.4
1970	261.609	172	6.6
1971	273.518	143	5.2
1972	277.891	138	5.0
1973	276.650	119	4.3
1974	267.977	114	4.2

\* Tasa por 10.000 nacidos vivos.

Los valores de la **Tabla N° 4** indican que en la época en que comenzaron las actividades sistemáticas de planificación familiar, la tasa de mortalidad por aborto alcanzaba al 11,8 por 10.000 nacidos vivos. Esta cifra se mantiene en niveles semejantes hasta el año 1967, periodo durante el cual no cabía esperar variaciones importantes en las tasas, en el supuesto de una relación causa - efecto, por la escasa cobertura que hasta esa fecha habían alcanzado las coberturas de planificación familiar. De ahí en adelante la Tabla muestra un descenso sostenido e importante de las tasas hasta llegar a la cifra de sólo 4,2 por 10.000 nacidos vivos, esto es un 64,4% de reducción en el periodo 1964 - 1974. Son valores que inducen a pensar que aun cuando en conjugación con otros factores (económicos, sociales, culturales, etc.) la regulación de la natalidad haya jugado un papel significativo en el descenso de las tasas. El juicio no es aventurado porque otros estudios nacionales e internacionales apuntan en la misma dirección.

**TABLA N.º 5**  
**COBERTURA DE MUJERES EN REGULACION DE FECUNDIDAD**  
**SEGUN ORIGEN DE PRESTACION.**  
**CHILE, 1964 - 1974.**

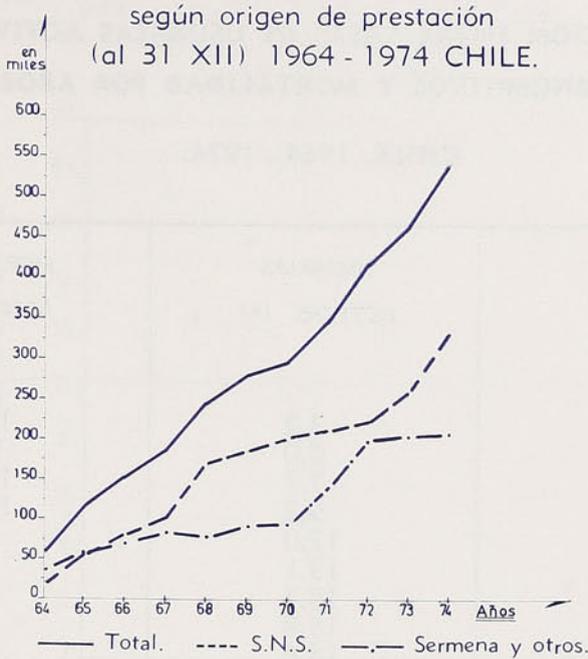
AÑOS	MUJERES EN EDAD FÉRTIL		USUARIAS ACTIVAS EN REGULACION DE FECUNDIDAD		% COBERTURA		
	Total M.E.F. (*)	Beneficiarias S.N.S. (**)	No beneficiarias S.N.S. (***)	Total	S.N.S.	No S.N.S.	Total
1964	1.883.474	1.318.432	565.042	59.341	22.693	36.648	3,5
1965	1.928.281	1.349.797	578.484	114.989	57.327	57.662	6,0
1966	1.974.224	1.381.956	592.268	152.671	83.062	69.609	7,7
1967	2.021.334	1.411.934	609.400	186.269	101.780	84.489	9,2
1968	2.069.779	1.448.845	620.934	248.023	168.465	79.158	12,0
1969	2.119.331	1.483.532	635.799	277.002	185.301	91.701	13,1
1970	2.172.511	1.520.757	651.754	296.954	202.173	94.871	13,7
1971	2.216.852	1.551.796	665.056	349.406	212.233	137.173	15,8
1972	2.262.233	1.583.563	678.670	420.226	222.895	197.331	18,6
1973	2.308.537	1.615.972	692.565	465.264	259.820	205.444	20,2
1974	2.355.892	1.649.124	706.768	539.097	333.130	205.967	22,9

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

(\*\*) Beneficiarias del Servicio Nacional de Salud. (70%).

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

## NUMERO MUJERES ACTIVAS EN REGULACION FECUNDIDAD



En números absolutos (Tabla N.º 5 y Gráfico N.º 1) la suma de usuarias activas al término de cada año calendario se elevó desde 59.341 en 1964, a 539.097, en 1974, lo que implica un incremento del 808,5%. En términos de porcentaje, la misma Tabla muestra un aumento sostenido de las coberturas desde un 3,5% en 1964, hasta un 22,9% en 1974, aumento equivalente a un 654,3%. Si la valoración se hace según beneficiarias del S.N.S., comparativamente con las de otros Servicios Estatales más las usuarias que compran el anticonceptivo en la farmacia, encontramos diferencias impresionantes: en el S.N.S., la cobertura de mujeres en edad fértil subió desde un 1,7% en el año 1964, hasta un 20,2 en 1974; es decir, un 1.088,2% de incremento; en cambio, en el conjunto de beneficiarias de otros Servicios estatales y las que se abastecen en las farmacias, el porcentaje de aumento, aun cuando siempre continúa siendo muy elevado, es notoriamente inferior al del S.N.S.: 6,5% a un 29,1% de cobertura, que significa un aumento de sólo 347,7%.

En la interpretación de estas cifras conviene tener presente que la exactitud de los datos no es todo lo buena que sería de desear. Tanto las correspondientes a las usuarias del S.N.S. como a quienes se abastecen de anticonceptivos en las farmacias, tienen defectos de sobreestimación: las primeras por irregularidades en la limpieza de los tarjeteros calendarios de citación, y las segundas (36.648 en 1966 hasta 141.920 en 1974), porque han sido estimadas en base a los ciclos de anticonceptivos vendidos por las farmacias suponiendo continuidad estricta de uso (13 ciclos por año), situación que seguramente no corresponde a la realidad.

Pero, reiteramos que cualquiera que sea el margen de error de los datos originales, no afectará sustancialmente la tendencia impresionantemente ascendente de la curva de usuarias de anticonceptivos. El fenómeno, seguramente traduce un cambio de una pauta cultural de la población del país respecto a paternidad responsable y un comportamiento, también distinto, frente a la necesidad de uso de anticonceptivos más acentuado en la clase asalariada (la beneficiaria del S.N.S.). Y esto, es digno de destacar.

**TABLA N.º 6**  
**CORRELACION ENTRE TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE**  
**ANTICONCEPTIVOS Y MORTALIDAD POR ABORTO.**

**CHILE, 1964 - 1974.**

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

r : -0,97  
t : 12,1  
P : menor 1%

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

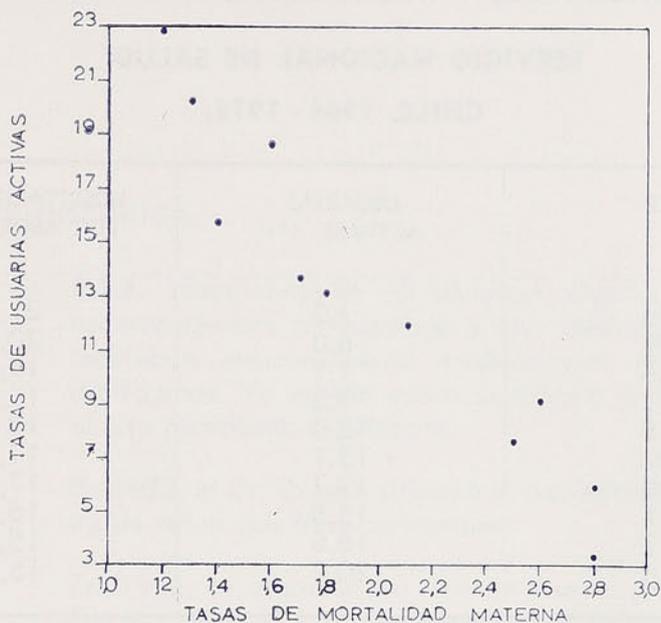
(\*\*) Tasa por 10.000 nacidos vivos.

*Aunque son conocidas las precauciones que hay que guardar en la interpretación de los niveles de asociación, por la multiplicidad de causas que generalmente intervienen en la producción de los problemas de salud, es importante dar alguna información al respecto.*

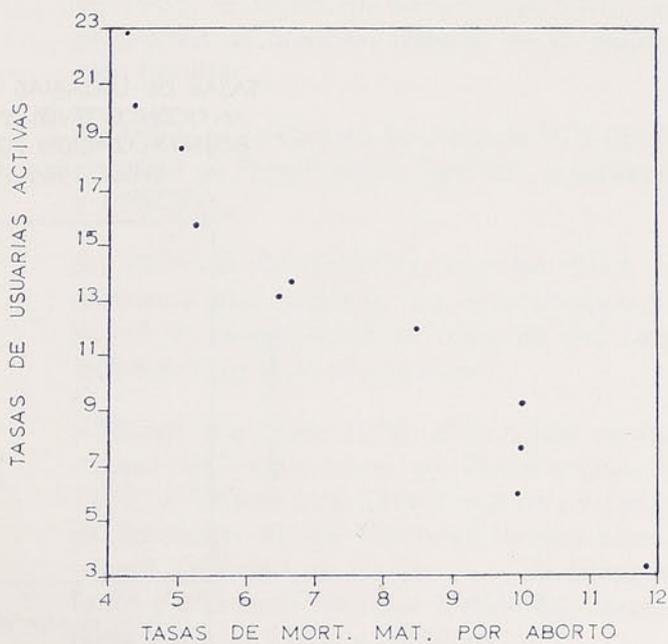
*Para los datos de la **Tabla N.º 6**, se obtiene un coeficiente de correlación negativa prácticamente perfecto ( $r = -0.97$ ;  $t = 12.1$ ;  $P < 1\%$ ) entre el aumento de la cobertura de usuarias de anticonceptivos y la disminución de mortalidad por aborto.*

*Del mismo modo (**Tabla N.º 7**) la correlación entre cobertura de usuarias activas y las tasas de hospitalización por aborto son igualmente significativas ( $r = -0.80$ ;  $t = 3.77$ ;  $P < 1\%$ ).*

TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE  
ANTICONCEPTIVOS Y TASAS DE  
MORTALIDAD MATERNA.  
CHILE 1964 - 1974



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



**TABLA N.º 7**

**CORRELACION ENTRE TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS Y HOSPITALIZACIONES POR ABORTO.**

**SERVICIO NACIONAL DE SALUD.**

**CHILE, 1964 - 1973.**

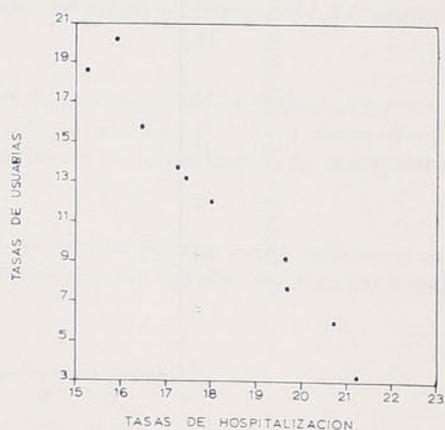
AÑOS	USUARIAS ACTIVAS (*)	HOSPITALIZACIONES POR ABORTO (**)
1964	3,2	21,2
1965	6,0	20,7
1966	7,7	19,7
1967	9,2	19,6
1968	12,0	18,0
1969	13,1	17,4
1970	13,7	17,2
1971	15,8	16,4
1972	18,6	15,2
1973	20,2	15,9

r : -0,80  
t : 3,77  
P : < 1 %

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

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

**TASAS DE USUARIAS ACTIVAS DE ANTICONCEPTIVOS Y TASAS DE HOSPITALIZACION POR ABORTO. CHILE 1964-1973**



### 3. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

---

#### 3.1. SINTESIS HISTORICA.

**3.1.1.** Hace cerca de 40 años que algunos servicios gineco-obstétricos de Santiago y que médicos privados, ya recetaban anticonceptivos tradicionales —especialmente diafragmas. Ya en esa época se aceleró la frecuencia del aborto provocado clandestino.

En 1959, el Dr. Zipper difundió el uso intrauterino del anillo de nylon que llevó su nombre.

En 1962, se organizó un Comité Asesor de la Dirección General del S.N.S. para prevenir el aborto provocado. Las primeras investigaciones operacionales se beneficiaron con el apoyo económico de I.P.P.F. (1963).

El Comité se constituyó en la actual APROFA en 1964, y en 1965, la Dirección General del S.N.S. incorporó a los programas de atención integral de la mujer, la planificación familiar.

En 1967, se celebró en Santiago la VIII Conferencia Internacional de Planificación Familiar, organizada por I.P.P.F. y APROFA.

En 1974, la Dirección General del S.N.S. autorizó a las matronas para manejar los anticonceptivos reversibles y normó la esterilización en casos de alto riesgo obstétrico, incluyendo la gran multiparidad.

APROFA fue hasta 1970, el principal centro de adiestramiento latinoamericano en Planificación Familiar y en 1972, el Gobierno de Chile firmó un convenio con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para un programa trienal de Extensión de Servicios de Salud Materna e Infantil y Bienestar Familiar (PESMIB), paralelo al ya existente entre el S.N.S. y APROFA.

**3.1.2.** El movimiento de Planificación Familiar chileno fue pionero en América Latina, se inició por la acción privada y se difundió en foros que alcanzaron todos los medios de comunicación masiva. Luego, el Gobierno incorporó la Planificación Familiar en sus programas y finalmente proclamó su alta prioridad.

## **3.2. METODO ESTADISTICO USADO.**

Se calcularon tasas de cobertura por 100 mujeres de edad fértil (MEF), empleando como denominador para beneficiarias del Servicio Nacional de Salud, al 70% de la población, 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" y tasas de nuevas aceptantes en relación con natalidad, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por aborto y egresos por aborto, respectivamente para el país en total.

## **3.3. ANALISIS DE LOS DATOS.**

**3.3.1.** Hasta 1962 la natalidad aumenta en Chile, tal vez por mejor registro. Desde ese año y siguientes se inició el descenso de la natalidad y de la mortalidad neonatal, al mismo tiempo que la mortalidad infantil bajó del 100 ‰.

**3.3.2.** Entre 1960-74 se observó un discreto aumento de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 20 años y un descenso progresivo en las mayores de esa edad, a medida que se sube hasta el grupo de 45 a 49 años.

**3.3.3.** Los abortos hospitalizados en el S.N.S. disminuyeron desde 56.391, en 1964, en un 20,6% hasta 1973, al mismo tiempo que la tasa por mortalidad del aborto disminuyó en el país, en un 64,4%.

**3.3.4.** La cobertura en programas de planificación familiar superó el 20% de las mujeres en edad fértil del país, con una impresionante tendencia al aumento en los últimos 10 años, especialmente entre los no beneficiarios del S.N.S.

Se ha objetado esta cifra porque estaría basada en ficheros frecuentemente "no limpios". Conviene tener presente el hallazgo de otro estudio de APROFA según el cual una proporción importante de las mujeres inasistentes a control, mantenían el DIU in situ. En Chile se mantiene la proporción de más o menos 70 por 100, de mujeres que se colocan DIUS del total de quienes usan anticonceptivos. El aumento de la cobertura muestra una asociación estrecha entre ésta y la evolución de algunas tasas de registro de abortos.

La Tabla N.º 6, muestra un coeficiente de correlación negativa prácticamente perfecto ( $r = -0.97$ ;  $t = 12.1$ ;  $P < 1\%$ ), entre el aumento de la cobertura de usuarias de anticonceptivos y la disminución de la mortalidad por aborto.

Del mismo modo (Tabla N.º 7) la correlación entre cobertura de usuarias activas y las tasas de hospitalización por aborto, son igualmente significativas ( $r = -0.80$ ;  $t = 3.77$ ;  $P < 1\%$ ). Similar correlación se obtuvo al analizar las tasas de nuevas aceptantes.



## ANEXO 1

### BIBLIOGRAFIA CHILENA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

1. *Adriasola, E. Guillermo.*— “Inventario de actividades en dinámica de Población”, Chile, 1967. Escuela de Salubridad. Imprenta Universitaria.
2. *Adriasola, E. Guillermo y cols.*— “Repercusión del aborto en Chile, en el orden social y económico”. *Vida Médica*, Vol. XV, Enero de 1963, N° 1, Santiago, Chile.
3. *Adriasola, E. Guillermo y cols.*— “Consecuencias psicosociales del uso de los anticonceptivos”. Departamento de Salud Pública y Medicina Social. Mimeógrafo. Noviembre de 1971.
4. *Aguilera, E.; Ernest, A.; Guzmán, A. y cols.*— “Histología de endometrio en mujeres portadoras de DIU”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 29: 459, 1964.
5. *Aguilera, E.; Ernest, A.; Díaz, M. y cols.*— “Estudio de la permeabilidad útero-tubaria en mujeres portadoras de DIU”. *Rev. Chile. Obstet. y Ginec.* 30: 257, 1965.
6. *Aguilera, E.; Briones, H.; Peña, G. y col.*— “Procesos inflamatorios pelvianos y DIUS”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 34: 150, 1969.
7. *Armijo, R.; Monreal, T.*— “Epidemiología del aborto provocado en Santiago”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 29: 32, 1964.
8. *Armijo, R.; Monreal, T.*— “Factores asociados a las complicaciones del aborto provocado”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 29: 175, 1964.
9. *Armijo, R. and Requena, M.*— “Epidemiological aspects of abortion”. 94th Annual Meeting of the A.P.H.A. San Francisco, Calif., 1966.
10. *Avendaño, O.*— “Asociación Chilena de Protección de la Familia”. Informe. Proceedings VII Internat. Confer. IPPF. Singapore, 1963.
11. *Avendaño, O.*— “Crecimiento demográfico y desarrollo económico-social”. Editorial. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 29: 303, 1964.

12. *Avendaño, O.*— “La Conferencia Mundial de Población 1965, de Naciones Unidas (Belgrado, Yugoslavia). *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 30: 352, 1965.
13. *Avendaño, O.*— “Epidemiología de la reproducción humana”. Editorial *Rev. Ch. Obst. y Ginecolog.* 30: 361, 1965.
14. *Avendaño, O.; Mayorga, L.; Faúndes, A.; Díaz, J. y cols.*— “La Gran Multiparidad y sus problemas clínicos y sociales”. *Relato Oficial. XII Cong. Chil. Obstet. y Ginec. Concepción 1967.*
15. *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, simposio, mesas redondas, conferencias. 1969. Pág. 490.*
16. *Avendaño, S.*— “Regulación de la fertilidad con la administración de microdosis de Acetato de Megestrol. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 33: 238, 1968.
17. *Bahamonde, H.*— “Estudio de 1.023 mujeres insertadas con Lippes D”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 37: 47, 1972.
18. *Brañes, J.*— “Migración de D.I.U. a la cavidad peritoneal”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 35: 221, 1970.
19. *Briones, H.; Márquez, J.; Assis, A. y Ernest, A.*— “Transposición de DIUS en cavidad abdominal”. *Rev. Chil. Obst y Ginec.* 34: 123, 1969.
20. *Bunster, E.; Viera, A. y cols.*— “Planificación de la familia”. *Tema recomendado. X Congr. Chil. Obts y Ginec. Santiago, 1963.*
21. *Cabrera, R.*— “Aplicación postaborto del DIU SAFT-T-COIL 33 S”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 33: 215, 1968.
22. *Coronel, L.; Rojas, G. y Contreras, R.*— “A propósito de gestágenos”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 30: 311, 1965.
23. *Croxatto, H. B.; Díaz, S.; Croxatto, H. D. y cols.*— “Estudio sobre transporte del óvulo en la mujer”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 37: 79, 1972.
24. *Elgueta, H. y Dueñas, J.*— “Inflamaciones pelviabdominales en pacientes con DIUS”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 34: 141, 1969.
25. *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.

26. 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.
27. 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.
28. Faúndes, A.; Rodríguez, G.; Zipper, J. y Avendaño, O.— “El proyecto San Gregorio”. *Informes N.os 1, 2, 3 y 4.* 1966-1969, Santiago.
29. 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 N.o 4*, 1970.
30. Goldsmith, A.; Goldberg, R.; Eyzaguirre, H. and Lizana, L.— “Immediate postabortal IUD insertion. A doble blind study”. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 112: 957; 1972.
31. Gómez-Rogers, C.; Ibarra, A. A.; Faúndes, A. y Guiloff, E.— “Efecto del DIU y otros métodos anticonceptivos sobre la lactancia”. *Actas VIII Conf. Internac. FIPF.* Santiago, 1967.
32. Gostin, L.— “Anticoncepción mediante DIU. Inserción precoz post-aborto”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 31: 256, 1966.
33. Guiloff, 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.
34. Guiloff, E.; Ibarra, A.; Zañartu, J. y cols.— “Control de fertilidad y lactancia”. *XIV Congr. Chil. Obstet. y Ginec.* 1971. Página 362.
35. Horta, S.; Assis, A.; Escribano, A. y Navales, G.— “Uso prolongado de DIUS”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 36: 112, 1971.
36. Lemus, M.; Vieira, A.; Aubry, E. y cols.— “Estudio bacteriológico del DIU e histológico de endometrio”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 32: 297, 1967.
37. Lemus, M.; Arancibia, G.; y Bañados, G.— “Diagnóstico radiográfico de la transposición de los DIUS”. *Rev. Chil. Obstet. y Ginec.* 36: 270, 1971.

38. 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.
39. Moreno, M. y Escudero, P.— “Experiencia con el anillo intrauterino de Hall-Stone modificado”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 31: 280; 1966.
40. Nun, S.— “DIUS en el postaborto inmediato, precoz y tardío”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 36: 326; 1971.
41. 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.
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. Chil.* 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.; Chaperó, L.; Aruta, J. y cols.— “Pesquisa del carcinoma cérvicouterino 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. Viel, B. y Lucero, S.— “Análisis de tres años de seguimiento de mujeres con DIUS en Santiago”. Rev. Méd. Chile, 97: 473, 1969.
61. Villablanca, E.; Drapkin, C. y Fernández, V.— “Obstrucción intestinal por Asa de Lippes ectópica”. Rev. Chil. Obst. y Ginec. 34: 372, 1969.
62. Welss, W.— “Perforación Uterina por Asa de Lippes”. Rev. Chil. Obst. y Ginec. 34: 138, 1969.

63. 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.
64. Zañartu, J.; Gajardo, M.; Garrido, J. y cols.— “Control de la fertilidad humana con una combinación de estrógenos y progestágenos. Experiencia de tres años con 3.300 mujeres”. *Rev. Méd. Chil.* 94: 675, 1966.
65. Zañartu, J.; Gajardo, M.; Garrido, J. y cols.— “Tratamiento secuencial” 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.
66. Zañartu, J. y Onetto, R.— “Anovulación yatrogénica”. V Congr. Latinoamer. y XI Congr. Chil. Obst. y Ginec. Viña del Mar, 1966. Pág. 283.
67. Zañartu, J.; Pupkin, M.; Rosenberg, D. y cols.— “Efecto del clomifeno y de la gonadotropina sobre el ovario de mujeres en anovulación yatrogénica inducida por esteroides”. *Rev. Chil. y Ginec.* 33: 345, 1968.
68. 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 N.o 54: 57, 1962.*
69. Zipper, J.; Delgado, R. y Guiloff, E.— “Estudios experimentales del mecanismo de acción de cuerpos intrauterinos”. *Rev. Chil. Obst. y Ginec.* 28: 18, 1963.
70. 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.
71. Zipper, J.; Medel, M. y Prager, R.— “Perturbaciones de la fertilidad inducidas mediante la instilación unilateral de agentes citotóxicos en el útero de la rata”. *Actas VIII Confer. Internac. FIPF. Santiago.* 1967.
72. 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.



**ALGUNOS ASPECTOS  
DE LOS PROGRAMAS DE  
ANTICONCEPCION.**

COORDINADOR:

Dr. René Cabrera.

COLABORADORES:

Dr. Guillermo Delgado.

Dr. Jorge Varela.

D. Sonia Pizarro.

Sr. Waldo Campos.



## **PRESCRIPCION E INSERCIÓN DE "DIU" POR MATRONAS.**

---

### **1. INTRODUCCION.**

En los últimos 20 años ocurrieron avances importantes en el campo de la medicina. Sin embargo, estos logros no alcanzaron a toda la población por la falta de personal calificado, especialmente de médicos, y por numerosas otras causas. El ex Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. Candau, ha sido citado diciendo: "Reconocemos que, con el grado de progreso actual, la mayor parte del mundo en desarrollo, no será capaz en este siglo, de producir suficientes médicos convencionales para sus necesidades más urgentes. Necesitamos una nueva aproximación. . .".

Una de las aproximaciones planteadas, fue el trabajo en equipo, en el cual diversas personas realizan una labor en común. Sin embargo, este trabajo en equipo no solucionó el problema, el que continúa presente.

Chile, con una proporción de un médico por 1.820 habitantes (5,7 médicos por cada 10.000), está lejos de llegar a las cifras de un médico por cada 700 habitantes que tenía Estados Unidos en 1971. Agrava nuestro déficit la gran concentración de médicos en las ciudades más importantes.

El nivel actual de la atención de salud de la mujer, en nuestro país, se logró con el aporte de un profesional de colaboración médica de alta calificación, como es la matrona universitaria, en quien se han delegado funciones en la atención del parto, incluso con procedimientos quirúrgicos, el control pre y postnatal y algunas acciones en planificación familiar.

La experiencia ha demostrado que frente a la falta de médicos, los disponibles se concentran en aquellas acciones de mayor complejidad técnica o que significan un mayor riesgo de salud, delegando la atención de los problemas que no tienen estas características. Esta situación es especialmente válida para el caso de las actividades de planificación familiar, en que se trata generalmente de consultantes sanos que recurren por un servicio de tipo preventivo. Siendo la matrona chilena un profesional de tal calificación, en quien ya se ha delegado funciones de vigilancia y atención del parto, etc., debiera tener formalmente en sus manos, la mayoría de las acciones de planificación familiar del Programa de Atención de Salud de la Mujer.

El conocimiento de la realidad nacional nos permite asegurar que en numerosos establecimientos, las matronas están manejando los anticonceptivos por encargo de los médicos, prácticamente desde la incorporación de las actividades de planificación familiar al Programa de Atención de la Mujer del S.N.S. sin que éste dictara una norma al respecto hasta 1974.

En el año 1973, se inició en la IX Zona de Salud y bajo el impulso de las autoridades de esa Zona y su Director Zonal, un estudio destinado a medir la capacidad de la matrona para prescribir e insertar DIUS.

Por problemas de tipo local a la fecha de cierre de la investigación, se contaba con un reducido número de inserciones por matrona en período de operación del estudio. Por esta situación se decidió revisar todas las observaciones de prescripción de DIU en los consultorios de Concepción y Talcahuano desde el año 1964, para incorporar todas las prescripciones realizadas por matrona desde esa época.

## 2. MATERIAL Y METODO.

Se estudiaron 1.764 inserciones de Lippes D efectuadas por médico y 2.496 por matrona, efectuadas entre Junio de 1965 y Junio de 1974.

Se tabularon siguiendo la metodología descrita por Tietze; además, se estudiaron las pérdidas observadas durante el período en investigación con el procedimiento de Tabla de Vida modificado de Merrel y Read.

## 3. RESULTADOS.

**3.1. Características Biodemográficas.** Los dos grupos se estudiaron en relación a sus características de edad, paridad y número de abortos.

La Tabla N.º 1 (pág. 43) muestra la distribución de las mujeres insertadas con DIU según grupos de edad y categoría del profesional que lo aplicó, médico o matrona. Se observa que ambos grupos de profesionales atendieron mujeres de edad muy parecida ( $X^2 = 7.39$ ; g.l. 6;  $P = > 25\%$ ); de modo que se puede sostener con un grado muy razonable de seguridad, que en este aspecto, ambos grupos, son comparables.

**TABLA N.º 1**  
**DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS MUJERES INSERTADAS**  
**CON DIU SEGUN MEDICOS Y MATRONAS.**

EDAD	I N S E R T A D A S	
	MATRONAS	MEDICOS
15 - 19	281	180
20 - 24	820	554
25 - 29	636	455
30 - 34	338	261
35 - 39	148	131
40 - 44	71	51
45 y más	15	10
Ignorado	187	122
<b>TOTAL</b>	<b>2.496</b>	<b>1.764</b>

**TABLA N.º 2**  
**DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PARIDAD DE MUJERES**  
**POR INSERCIÓN DE MATRONA - MEDICO**

N.º DE PARTOS PREVIOS	N.º INSERCIÓN	
	MEDICOS	MATRONAS
0	14	18
1	479	695
2	440	620
3	288	413
4	186	241
5	95	152
6	51	87
7 y más	86	118
Ignorado	125	152
<b>TOTAL</b>	<b>1.764</b>	<b>2.496</b>

**TABLA N.º 3**

**DISTRIBUCION DE MUJERES INSERTADAS DE ACUERDO AL  
NUMERO DE ABORTOS POR MEDICOS Y MATRONAS**

N.º DE ABORTOS PREVIOS	N.º DE INSERCIONES	
	MEDICOS	MATRONAS
0	1.259	1.842
1	283	367
2	75	99
3	26	31
4	15	13
5	3	7
6	1	8
7 y más	3	7
Ignorado	99	122
TOTAL	1.764	2.496

**TABLA N.º 4**

**PROBABILIDAD DE PERDIDA DE SEGUIMIENTO  
DURANTE LOS 10 SEMESTRES A LA INSERCIÓN DE UN DIU**

MESES	100 q <sub>x</sub>	100 p <sub>x</sub>
0 - 6	33.1	66.9
6 - 12	4.0	96.0
12 - 18	3.4	96.6
18 - 24	2.5	91.5
24 - 30	2.4	97.6
30 - 36	3.4	96.6
36 - 42	2.8	97.2
42 - 48	3.4	96.2
48 - 54	6.8	93.2
54 - 60	3.4	96.6

Del mismo modo la Tabla N.º 2 señala que la distribución de las mujeres atendidas por médico o matrona es prácticamente igual ( $X^2$  3.43; g.l. 6;  $P > 75\%$ ) así es que, en el aspecto de paridad, también los dos grupos son comparables.

Por último, en la Tabla N.º 3 se puede apreciar que cuando la comparación de los dos grupos se hace según el número de abortos, tampoco hay diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 4.59$ ; g.l. 5;  $P > 25\%$ ).

**3.2. Complicaciones inmediatas.**— Uno de los riesgos que implica la inserción de un DIU, es la perforación uterina. En ninguno de los grupos estudiados se observó esta complicación.

**3.3. Pérdidas de seguimiento.**— La validez de las conclusiones estadísticas en los estudios de seguimiento está fuertemente condicionada por las personas que se pierden de la observación por inasistencia a los controles clínicos; se acepta que se trabaja dentro de límites aceptables de seguridad hasta con una pérdida de 20% de las observaciones. En el estudio efectuado se midió esta característica observándose una probabilidad de pérdida de seguimiento de 33.1% en el primer semestre. Sin embargo, se observó que en los semestres siguientes esta probabilidad disminuye en forma importante entre el 2.º y 10.º semestre de observación con valores entre 2,5 y 6,8%. (Tabla N.º 4, pág. 48).

### **3.4. Acontecimientos y cierres.**

**3.4.1. Acontecimientos.**— Siguiendo el procedimiento descrito por Tietze, se estudiaron tasas acumuladas de Acontecimientos. Se describe como tal un evento que ocurre después de la inserción de un DIU, que demanda una atención, y que puede o no determinar un cierre. Se agrupan en: embarazos, que además es un cierre por definición; expulsión que cuando es seguida de una reinscripción no se considera un cierre; Acontecimientos médicos en los que se puede identificar el dolor, sangramientos anormales e infecciones; y, por último, extracciones por razones personales que también son causa de cierre de la observación en la mayoría de los casos.

TABLA N.º 5

## TASAS ACUMULADAS DE ACONTECIMIENTOS AL FINAL DE UN PERIODO DE OBSERVACION SEGUN AGENTE

Meses de Observac.	Embarazo		Expulsión		Extrac. x raz. Médicas		Extrac. x raz. Pers.		Tasas Acontecimiento	
	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona
1	0	0	1.4	1.7	0.4	0.4	0.3	0.4	2.1	2.5
3	0.3	0.2	2.6	3.1	1.2	0.8	0.8	0.9	4.9	5.0
6	0.6	0.5	4.1	4.3	1.5	1.3	1.5	2.0	7.7	8.1
12	0.8	1.0	5.6	6.0	2.2	2.1	1.9	2.2	10.5	11.3
24	1.0	1.7	6.7	9.0	3.2	2.4	2.9	3.8	13.8	11.9
36	1.0	2.0	7.0	9.4	3.6	3.2	5.7	6.2	17.3	20.8

TABLA N.º 6

## TASAS ACUMULADAS DE CIERRES AL FINAL DE UN PERIODO DE OBSERVACIONES SEGUN AGENTE

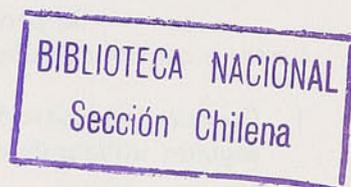
Meses de Observac.	Embarazo		Expulsión		Extrac. x raz. Médicas		Extrac. x raz. Pers.		Tasas Contin.	
	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona	Médico	Matrona
1	.0	.0	0.0	0.4	0.2	0.6	0.3	0.4	99.5	98.6
3	0.3	0.2	0.3	0.8	0.9	1.4	0.8	0.8	97.7	96.8
6	0.6	0.5	0.8	1.4	1.3	2.1	1.5	2.0	95.8	94.0
12	0.8	1.0	1.5	2.0	1.8	3.3	1.9	2.2	94.0	91.5
24	1.0	1.7	1.8	3.1	2.6	3.3	2.9	3.7	91.7	88.2
36	1.0	2.0	1.8	3.1	2.9	3.7	5.7	6.2	88.6	85.0

Al analizar los acontecimientos se puede decir en primer lugar, que no hay diferencia con otros estudios similares del mismo tipo. En segundo lugar, no hay diferencias importantes entre los grupos en estudio.

**3.4.2. Cierres.** Al igual que en el caso de Acontecimientos, se puede decir que no hay diferencias importantes en cuanto a cierres del uso de un DIU entre los grupos en estudio. Las tasas acumuladas de continuación son prácticamente iguales a los 36 meses de observación con un 88.6% y 85% para médicos y matronas respectivamente.

#### 4. COMENTARIO.

La experiencia mundial en prescripción de DIU en otros países como: Barbados (2, 6, 7), Estados Unidos (10, 4), Nigeria (3), Pakistán (5), ha sido buena aún tratándose como en el caso de Pakistán de personal que ha sido adiestrado únicamente en la prescripción de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, no es de extrañar que la prescripción de DIU por matronas universitarias en Chile, dado su alta preparación profesional (4 años de estudios universitarios), diera los resultados observados que los hacen comparable con los obtenidos por los profesionales médicos. Dada la situación de carencia crónica de médicos que sufren los países en vías de desarrollo, entre ellos nuestro país, es indudable el papel que debe jugar aquel profesional en las actividades de planificación familiar del programa de Atención de la Mujer de Chile.



## **PESQUISA DE USUARIAS DE "DIU" INASISTENTES A CONTROL CLINICO.**

**CHILE 1972 - 1973**

En el año 1974, APROFA realizó un análisis de las actividades de regulación de la fecundidad en algunos de los consultorios del Servicio Nacional de Salud, con los cuales colabora en la región Norte. Cubrió el período 1972 - 1973.

Una de las conclusiones del estudio es que un 85% de los casos cerrados tiene por causal la inasistencia a control. Pese a la fuerza negativa del hecho sabemos que pérdida del control no es sinónimo de discontinuidad de uso del DIU: Una proporción variable de esas personas, manteniendo el dispositivo in situ, dejan de concurrir al consultorio porque no tienen molestias u otras razones.

Por otra parte, la cifra más arriba señalada, sí tiene gran peso en cuanto pone de relieve deficiencias en la organización y desarrollo de los programas de planificación familiar.

Se pensó entonces, realizar una encuesta entre las inasistentes a control con una triple finalidad:

1. Conocer la proporción de usuarias que pese a la no concurrencia a control, seguían utilizando el dispositivo intrauterino (DIU).
2. Conocer la influencia de esta información en las cifras de cobertura de los programas de planificación familiar, y
3. Aprovechar la entrevista para citar a control.

En este documento se presentan los resultados relativos a la primera finalidad.

### **A. METODO.**

1. El censo de actividades del período 1972 - 1973 demostró que había 7.745 casos cerrados de mujeres atendidas en los servicios de planificación familiar de los consultorios del Servicio Nacional de Salud, de la región Norte

en que APROFA colabora. De ellas, 6.590 fueron catalogadas como cierres por inasistencia (más de seis meses después de la fecha de citación a control).

2. Para hacer la entrevista se diseñó un formulario con preguntas cerradas muy simples.
3. La nómina de las inasistentes fue elaborada a nivel de la Sede de APROFA, anotando los datos de identificación en el formulario de encuesta de cada inasistente.
4. Estos formularios fueron enviados a las Areas de Salud correspondientes.
5. En cada una de ellas una matrona tomó la responsabilidad de dirigir el trabajo de entrevistas a las inasistentes.
6. Las entrevistas fueron realizadas por encuestadoras que recibieron un adiestramiento previo, a cargo de la matrona.
7. El trabajo se completó entre Octubre de 1974 y Marzo de 1975, y el análisis del material se efectuó en la Sede de APROFA.

## B. RESULTADOS.

**TABLA N.º 1**

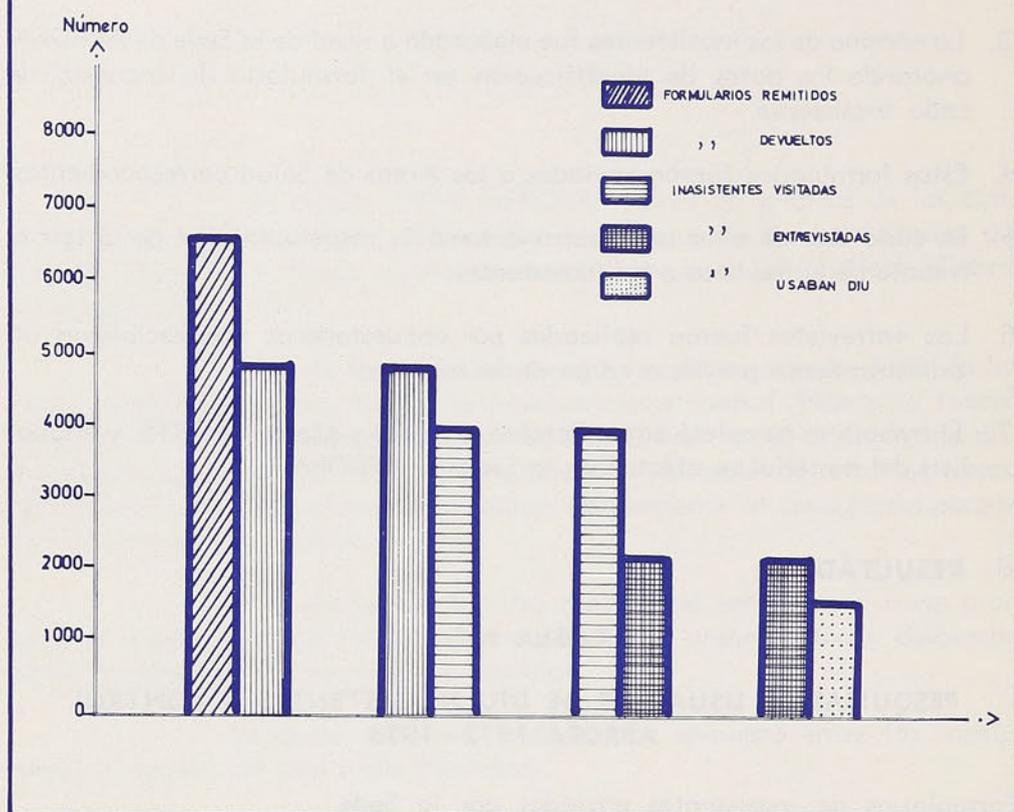
**PESQUISAS DE USUARIAS DE DIU INASISTENTES A CONTROL  
APROFA 1972 - 1973**

Formularios de inasistentes enviados por la Sede APROFA al nivel local para entrevista	6.590	
Formularios devueltos desde el nivel local a la Sede APROFA	4.788	
Porcentaje de formularios devueltos		72.7 %
De los formularios devueltos sólo pudieron tabularse (resto datos incompletos)	4.788 3.951	
Porcentaje de formularios tabulados		82.5 %
De las inasistentes visitadas sólo se entrevistaron (resto domicilios falsos, no estaban en casa, etc.)	3.951 2.162	
Porcentaje de entrevistados		54.7 %
De las inasistentes entrevistadas continuaban usando DIU	2.162 1.546	
Porcentaje de inasistentes que continuaban uso DIU		71.5 %

CUADRO N° 1

PROGRAMA PLANIFICACION FAMILIAR PESQUISAS DE  
INASISTENTES A CONTROL.

— APROFA-Paim Norte. 1972-73 CHILE. —



1. **Formularios distribuidos.**— En conjunto, APROFA envió a las Areas de Salud 6.590 formularios de inasistentes. De ellos, sólo fueron devueltos 4.788, es decir el 72.7%. El 27.3% restante por alguna razón, no completó el circuito. Y, al parecer, esta circunstancia no fue conocida oportunamente ni por APROFA ni por la matrona responsable de la conducción del trabajo, porque en la documentación disponible no aparecen comentarios ni medidas de corrección oportunas.
2. **Formularios tabulados.**— De los 4.788 formularios que retornaron a la Sede, sólo pudieron tabularse 3.951, es decir, se eliminó el 17.5% por distintas causas: no correspondían al establecimiento a que fueron enviados, no se hizo la visita por dificultades de acceso a los domicilios, por falta de movilización o porque, entre el período de actualización de los ficheros y la pesquisa, una pequeña proporción había reingresado a control.

3. **Personas visitadas.**— De las 3.951 inasistentes visitadas, sólo se entrevistó a 1.789, el 45.3%. Las restantes, 54.7% habían dado domicilios falsos o no estaban en casa en el momento de la visita.
4. **Personas entrevistadas.**— Por último, de las 1.789 mujeres entrevistadas, 1.546, es decir el 71.5%, seguían utilizando DIU pese a su no concurrencia a control.

### C. DISCUSION.

El análisis de usuarias de DIU inasistentes al control clínico (hasta seis meses después de la fecha de citación), muestra dos tipos de hechos importantes: uno de orden administrativo y otro de naturaleza técnica.

1. a) La verificación de que el 27.3%, un cuarto del total, de los formularios de inasistentes enviados por la Sede al nivel local no fuera devuelto, demuestra que las tablas de tiempo y planillas de recepción no habrían sido sistemática y oportunamente revisadas. Es una deficiencia que corresponde a la Sede en primera instancia y al nivel local, en segunda.
  - b) La comprobación de que el 17.5% de los formularios remitidos por la Sede no correspondían a los consultorios destinatarios revela una deficiencia compartida entre la Sede y el nivel local: del central porque no utilizó un procedimiento de reclamo oportuno de la información faltante y, del nivel local, porque tampoco dio aviso a tiempo a la Sede, para que ésta tomara las medidas de corrección pertinentes.
  - c) La demostración de que el 54.7%, más de la mitad de las entrevistas, quedaran sin realizar debido a domicilios falsos o porque la persona visitada no estaba en casa, implica una responsabilidad administrativa del nivel local de salud. Es a él a quien corresponde la programación de actividades destinadas a perfeccionar la exactitud de la información, la residencia verdadera de las usuarias en este caso.
2. En el aspecto técnico, destaca un hecho de alto interés: de las 1.789 personas entrevistadas, 1.546, es decir el 71.5%, seguían utilizando el dispositivo intrauterino aun cuando habían dejado de asistir al control médico. Esta cifra introduciría una variación de aumento importante en las tasas de cobertura. Esto en el supuesto de que el manejo de los ficheros calendario de citación se hiciera con un nivel aceptable de eficiencia. Sin embargo, hay que tener presente que este porcentaje (71.5%) está calculado sobre una fracción bastante pequeña de la muestra total de inasistentes (1.789 de 6.590). Entonces, ¿qué factor de selección existirá en las 4.801 (de un total de 6.590) inasistentes a control que no fueron entrevistadas y que, por consiguiente, no sabemos si continuaban o no utilizando el dispositivo? No tenemos elementos de juicio para pro-

nunciarnos acerca de la dirección de esta posible selección. Pero, si podemos estar seguros de que **si todas las mujeres no entrevistadas** hubieran estado utilizando el DIU, la tasa de continuación subiría a 96.3% (6.347 de 6.590) y que, **si ninguna lo hubiera estado haciendo**, la tasa bajaría al 23.4% (1.546 de 6.590). Y, si queremos actuar con seguridad, esta última cifra sí que nos pone a salvo de errores, cuando hacemos cálculos sobre cobertura.

#### D. CONCLUSIONES.

1. Un censo de actividades de planificación familiar en las Areas de Salud del Servicio Nacional de Salud en las que APROFA colabora, mostró que un 85% de los casos cerrados en usuarias de DIU, se debía a inasistencia a control médico (hasta seis meses después de la fecha de citación); esta circunstancia señala la necesidad de que los consultorios tomen medidas conducentes a mejorar la situación, utilizando los procedimientos conocidos (visitas domiciliarias de auxiliares de enfermería o personal voluntario, educación para la salud, etc.).
2. En el proceso de entrevistar a las inasistentes se incurrió en deficiencias, unas imputables a la Sede de APROFA y otras al nivel local que contribuyeron a desmejorar la integralidad de la información. Expresión de estas deficiencias es que de las 6.590 entrevistas programadas, sólo pudieron completarse 1.789, es decir, el 27.1% y que, apenas el 54.7% de las visitas realizadas (1789 de 3.951) hayan terminado en entrevista. Sin embargo, estos hechos negativos, bien aprovechados, dejan útiles enseñanzas para el futuro. Para APROFA señalan un camino de perfeccionamiento en sus actividades de diseño y de desarrollo de investigación. Para el nivel local, muestran con claridad la necesidad de motivar e incentivar los talentos administrativos de que dispone el Servicio Nacional de Salud a fin de mejorar la eficiencia y eficacia de sus programas de salud.
3. El elevado porcentaje de mujeres que siguen utilizando DIU (71.5% de las entrevistadas, con máximo teórico del 96.3% y un mínimo de 23.4% del universo en discusión) pese a que han sido retirados de los ficheros por inasistencia y, por consiguiente eliminadas de la tasa de cobertura, indican que ésta debe ser superior a la publicada en documentos oficiales. (Esto sin embargo, en el entendido de que la limpieza de los ficheros se hace eficiente y oportunamente).

# **PROBABILIDAD DE INASISTENCIA AL CONTROL CLINICO DE PORTADORAS DE DIU. Proyecto Bío-Bío 1968 - 1974.**

La validez de las conclusiones estadísticas en los estudios de seguimiento está fuertemente condicionada por las personas que se pierden de la observación por inasistencia a los controles clínicos. Este desconocimiento del curso del fenómeno, puede crear factores de selección muy difíciles de definir y que, dependiendo de su magnitud, puede modificar los resultados. Por esta razón se acepta en general, como límite de seguridad, una pérdida hasta del 20% del total de las observaciones.

En un estudio realizado por APROFA sobre sucesos relevantes, consecutivos a la inserción de DIU por médico y matrona, se quiso conocer la magnitud y ritmo de las pérdidas de seguimiento, antes de proceder al análisis de los resultados.

## **1. METODO.**

Se aplicó el procedimiento de Tabla de Vida, modificado de Merrel y Read.

El material corresponde a mujeres que fueron insertadas con DIU en los Consultorios de Talcahuano y Concepción del Servicio Nacional de Salud en el período 1968 - 1974.

## **2. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

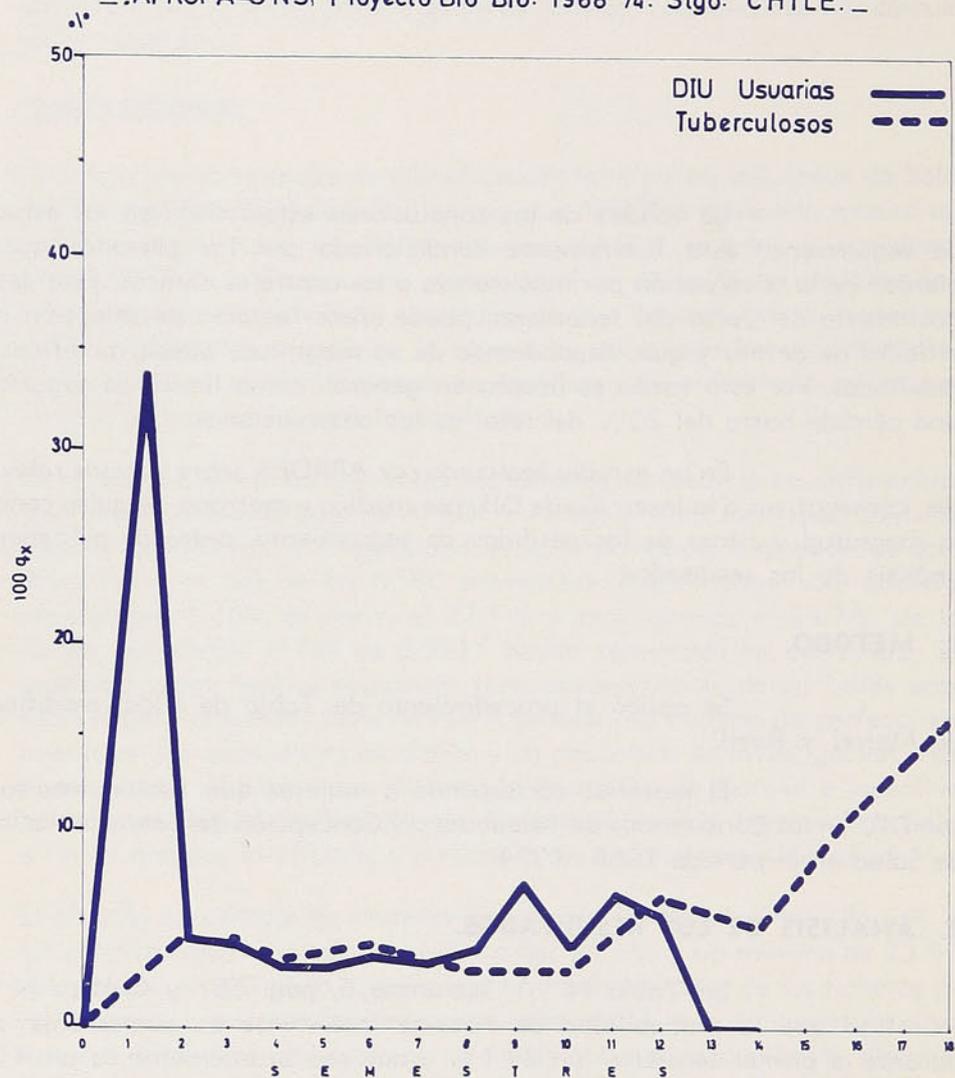
La Tabla N.º 1 (columna 6, pág. 55) y Gráfico N.º 1 muestran que la probabilidad de hacerse inasistente es sumamente alta durante el primer semestre: un 33.1% y que cae bruscamente, a un 4.0% en el segundo. De ahí en adelante se mantiene en niveles muy bajos, entre 2,4 y 3,4% hasta el octavo semestre para experimentar por último, un discreto incremento con un máximo de 6.8% hacia el término de la observación de los casos más antiguos (12 semestres).

Del mismo modo, la columna N.º 9 y el Gráfico N.º 2, indican que las probabilidades acumuladas de ocurrencia de ese mismo fenómeno, exhiben brusca disminución inicial, por inasistencia a los controles clínicos y un segundo segmento de notoria estabilización, en porcentajes muy bajos de pérdida hasta el término de la observación (12 semestres).

### GRAFICO Nº 1

PROBABILIDAD SEMESTRAL DE INASISTENCIA A CONTROL CLINICO DE USUARIAS DE DIU Y ANUAL DE TUBERCULOSOS

— APROFA-SNS, Proyecto Bio Bio, 1968-74, Stgo. CHILE. —



**TABLA N.º 1**  
**PROBABILIDAD DE INASISTENCIA A CONTROL CLINICO DURANTE LOS 13 SEMESTRES SIGUIENTES**  
**A LA INSERCIÓN DEL DIU**

**APROFA - S.N.S. PROYECTO BIO-BIO 1968 - 1974**

1	C O L U M N A S								
	2	3	4	5	6	7	8	9	
$x \text{ a } x + 1$ meses	$l_x$	$a_x$	$w_x$	$l_x - 1/2 a_x$	$100 q_x$	$100 p_x$	$100 h^{px}$	$100 h^{qx}$	
0 - 6	3.973	958	1.156	3.494.0	33.1	66.9	66.9	33.1	
6 - 12	1.859	848	57	1.432.0	4.0	96.0	64.2	35.8	
12 - 18	954	360	26	774.0	3.4	96.6	62.0	38.0	
18 - 24	568	99	13	518.5	2.5	97.5	60.4	39.6	
24 - 30	456	77	10	417.5	2.4	97.6	59.0	41.0	
30 - 36	369	21	12	357.5	3.4	96.6	57.0	43.0	
36 - 42	336	19	9	326.5	2.8	97.2	55.4	44.6	
42 - 48	308	37	10	289.5	3.4	96.6	53.5	46.5	
48 - 54	261	49	16	236.5	6.8	93.2	49.9	50.1	
54 - 60	196	36	6	178.0	3.4	96.6	48.3	51.7	
60 - 66	154	57	8	125.5	6.4	93.6	45.2	54.8	
66 - 72	89	35	4	71.5	5.6	94.4	42.7	57.3	
72 - 78	50	50	—	25.0	0.0	100.0	42.7	57.3	
78 - 84									

---

$x$ a $x + 1$	=	Meses exactos contados desde el ingreso a la experiencia.
$l_x$	=	Número de mujeres que ingresan en el momento $x$ .
$a_x$	=	Número de mujeres retiradas de la experiencia por causas médicas, voluntarias o porque estando con sus controles al día no tienen más tiempo de observación por término del estudio, en el período $x$ a $x + 1$ .
$w_x$	=	Número de mujeres retiradas de la experiencia por inasistencia al control clínico en el período $x$ a $x + 1$ .
$l_x^{-1/2} a_x$	=	Promedio de mujeres presentes durante el período $x$ a $x + 1$ .
$q_x$	=	Probabilidad de inasistencia al control clínico en el período $x$ a $x + 1$ .
$p_x$	=	Probabilidad de ser asistente, en el período $x$ a $x + 1$ .
$100 h^p_x$	=	Probabilidad acumulada de ser asistente, en el período $x$ a $x + 1$ .
$100 h^q_x$	=	Probabilidad acumulada de ser inasistente, en el período $x$ a $x + 1$ .

---

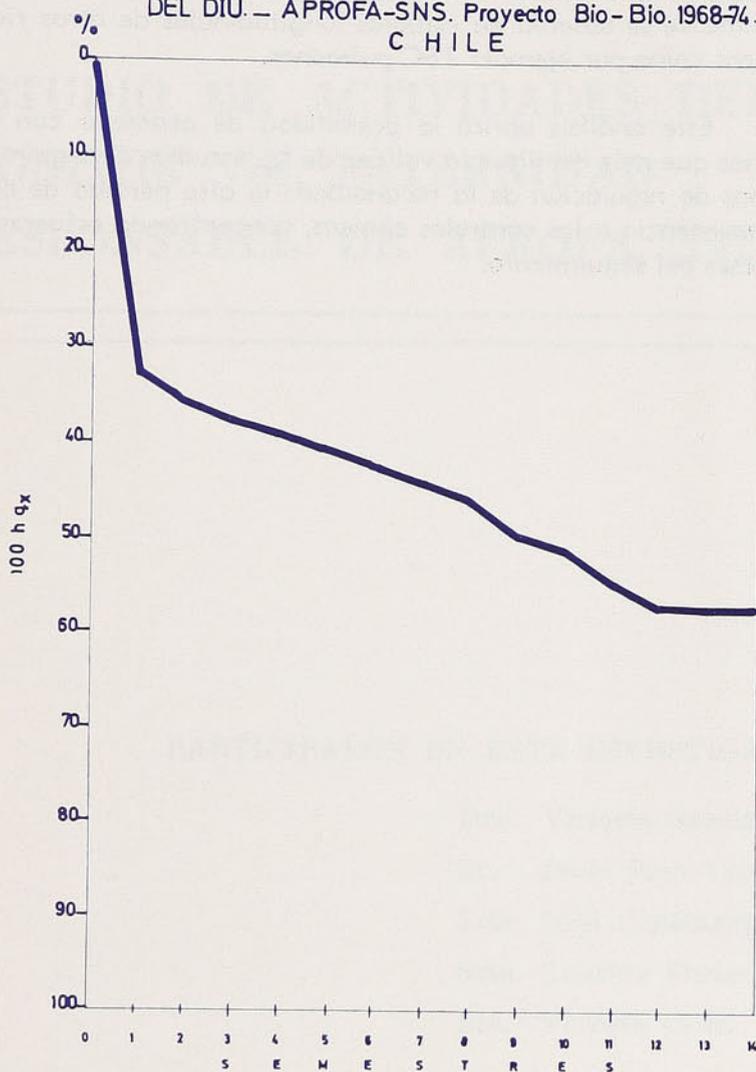
### 3. DISCUSION

La dificultad más importante de los estudios de seguimiento, por su costo, es la complejidad del aparato administrativo necesario para mantener una baja tasa de inasistencia a los controles clínicos. Estos costos, bajos al comienzo del experimento, aumentan con el correr del tiempo porque también crece más y más el número de personas que se precisa pesquisar.

Otro hecho habitual en este tipo de estudios es que la probabilidad de pérdida en riesgos crónicos (desnutrición, cáncer, cardiovasculares, respiratorias, como TBC pulmonar, etc.) aumenta más y más con el transcurso del tiempo (Gráfico 2, pág. 61). Llama, entonces, mucho la atención que en el caso que nos preocupa la forma de la curva de inasistencia (semestral y acumulada) sea tan diferente a lo que es habitual: muy alta en el comienzo inmediato (primer semestre) para descender bruscamente y mantenerse en niveles mínimos hasta períodos muy avanzados del estudio.

Sin embargo, este hecho negativo tiene una faceta promisoría: es probable que pesen, en la tasa tan elevada de pérdida de observaciones por inasistencia, factores relacionados con pautas culturales distintas a las que se observan en los estudios longitudinales de otros riesgos crónicos.

Grafico n° 2  
 PROBABILIDAD ACUMULADA SEMESTRAL DE INASIS-  
 TENCIA A CONTROL CLINICO DESPUES DE LA INSERCIÓN  
 DEL DIU. — APROFA-SNS. Proyecto Bio-Bio. 1968-74. —  
 C H I L E

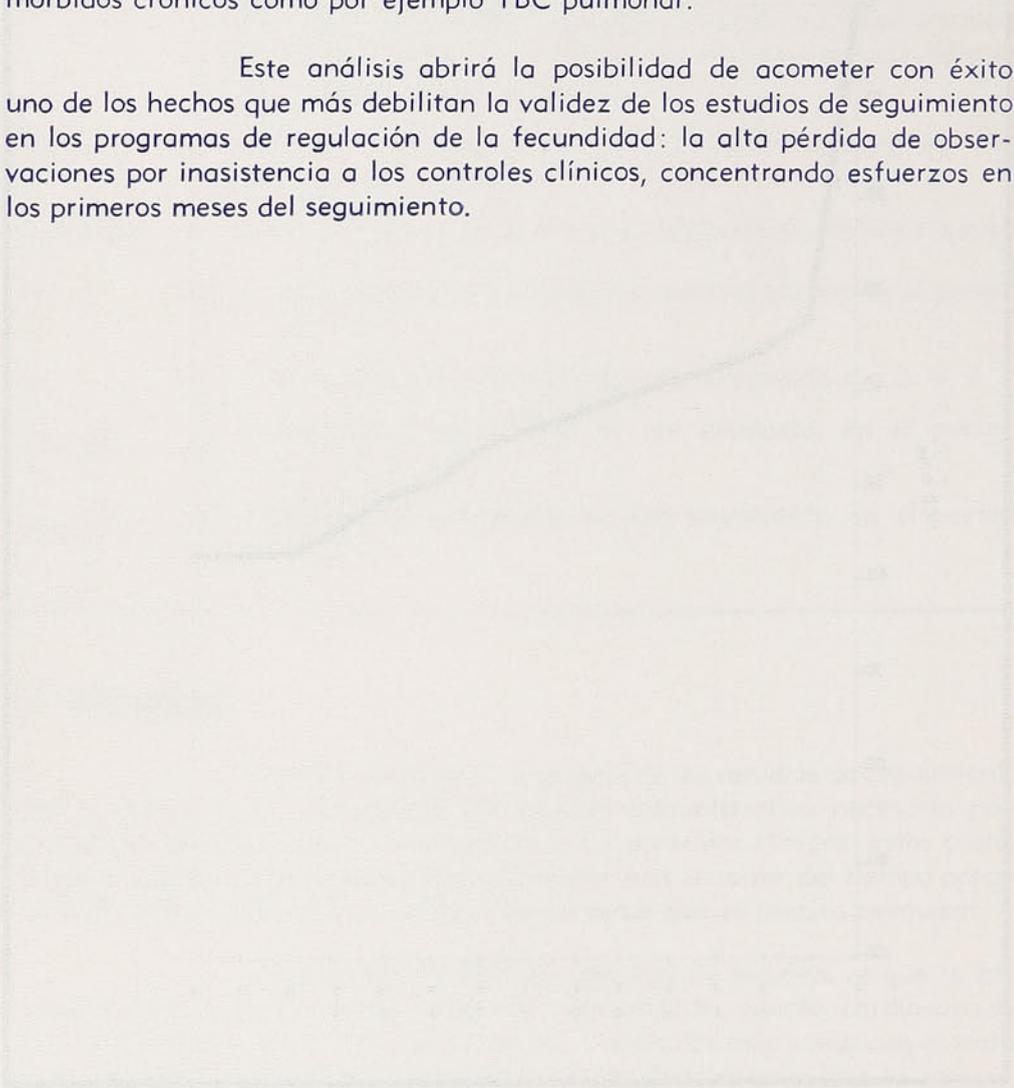


#### 4. CONCLUSIONES.

Se utiliza la información de 3.973 mujeres insertadas con DIU, para analizar la probabilidad de perderse de la observación por inasistencia a los controles clínicos. Se define lo que es una inasistencia, se emplea el procedimiento de Tabla de Vida Modificado de Merrel y Read, para calcular la probabilidad de salir de la observación por inasistencia a los controles clínicos.

La alta tasa inicial de pérdida de las mujeres insertadas con DIU (33.1% en el primer semestre) y su estabilización subsiguiente en cifras extremadamente bajas, que fluctúan entre un 2.8 y 6.8% semestral hasta el término del experimento (12 semestres), contrasta agudamente con lo que habitualmente se observa en estudios longitudinales de otros riesgos mórbidos crónicos como por ejemplo TBC pulmonar.

Este análisis abrirá la posibilidad de acometer con éxito uno de los hechos que más debilitan la validez de los estudios de seguimiento en los programas de regulación de la fecundidad: la alta pérdida de observaciones por inasistencia a los controles clínicos, concentrando esfuerzos en los primeros meses del seguimiento.



**ESTUDIO DE ACTIVIDADES DEL  
MONITOR DE PATERNIDAD  
RESPONSABLE DE APROFA, 1975.**

**PARTICIPARON EN ESTA INVESTIGACION:**

Dra. Victoria García.

Sr. Jesús Rico Velasco.

Srta. Irini Capetanópulos.

Srta. Cristina Fortes.

Sra. Victoria Celis.

**COORDINADOR:**

Dr. R. Cabrera.



# **ESTUDIO DE ACTIVIDADES DEL MONITOR DE PATERNIDAD RESPONSABLE DE APROFA, 1975.**

## **1. INTRODUCCION.**

El programa de "monitores de paternidad responsable", dependiente del Departamento de Información y Educación de APROFA, pretende:

- informar a la población sobre el ejercicio de la paternidad;
- inducir cambios conductuales positivos, del individuo y de la pareja, para la vida familiar;
- informar y motivar a las usuarias potenciales sobre servicios de planificación familiar para que continúen controlándose según los programas, y
- superar las interpretaciones populares en cuanto al cuidado de la salud de la mujer, del niño y al uso de métodos anticonceptivos.

Este quehacer educativo está a cargo de profesores de escuelas adiestrados como monitores y de coordinadores zonales, distribuidos en 38 ciudades del país. Con esta estructura el programa ha logrado capacitar durante los años 1973 y 1974 la cantidad de 20.558 monitores, quienes deberían cumplir un rol multiplicador, realizando algunas de las actividades programadas para tales efectos.

## **2. PROPOSITO DEL ESTUDIO.**

En Chile la constancia y la eficacia del trabajo voluntario es incierta. Era, pues, imperativo, en este caso, ahondar en dos problemas:

- 2.1. El rol del monitor, la tasa de pérdida de monitores después de terminado el curso de instrucción, y
- 2.2. El tipo y cantidad de acciones de difusión de los conocimientos adquiridos y la tasa de término de las mismas.

### 3. MATERIAL Y METODO.

Para hacer el estudio se eligió la provincia de Coquimbo de la IV Región de Chile, en la cual se está desarrollando un proyecto piloto de coordinación provincial del programa de atención integral de la mujer cuyo nivel, cualitativo y cuantitativo sería superior al programa promedio.

#### 3.1. Lugares de la investigación.

En la provincia de Coquimbo, las ciudades más importantes son: La Serena (capital), Coquimbo, Ovalle y Vicuña. La Serena es el centro con mayor población. Según datos del censo de 1970 tenía 61.897 habitantes, de los cuales 28.955 eran hombres y 32.942, mujeres. La tasa de natalidad calculada para 1973, fue de 24,4 por mil, comparativamente mayor que las de los dos años inmediatamente anteriores: 22,4 por mil (1972) y 22,6 por mil (1971). En cuanto a la tasa de mortalidad infantil anotó un descenso importante: 61,4 por mil, en 1971; 58,7 por mil en 1972, y 51,5 por mil en 1973.

Coquimbo es la segunda ciudad de la provincia con una población de 50.405 habitantes, 23.917 hombres y 26.488 mujeres. La natalidad aumentó en los dos últimos años: 27 por mil en 1972 y 28,8 por mil en 1973. La tasa de mortalidad infantil subió aceleradamente entre 1971 y 1972, de 60,9 por mil a 82,3 por mil, para descender nuevamente a 64,5 por mil en 1973.

La ciudad de Vicuña tenía una población de 5.107 habitantes (censo de 1970) con una tasa de natalidad descendente de 27,9 por mil en 1971; 27,7 por mil en 1972 y finalmente 26,6 por mil en 1973. La tasa de mortalidad infantil aumentó notoriamente durante el mismo período: 54,1 por mil en 1971, 58,8 por mil en 1972 y 83 por mil en 1973.

La provincia de Coquimbo contó con una coordinadora de Paternidad Responsable de nivel regional, un coordinador de Area y con dos profesores con sede en la ciudad de La Serena.

En 1973, se realizaron 13 cursos para 251 monitores (31 hombres y 220 mujeres) y en el año 1974, 15 cursos con una promoción de 350 monitores (151 hombres y 199 mujeres).

En la ciudad-puerto de Coquimbo, las actividades del programa comenzaron en el año 1974. Dos profesores dic-

taron 15 cursos y capacitaron a 473 monitores (77 hombres y 396 mujeres). En la ciudad de Vicuña las actividades comenzaron en 1973: un profesor dictó 7 cursos con una promoción de 205 monitores.

### 3.2. Diseño.

Los 350 monitores capacitados en La Serena en el año 1974 (un año antes del análisis), se ubicaron geográficamente por distritos de la ciudad, tomando la residencia registrada en su ficha personal conservada en APROFA y visitados en sus hogares por encuestadoras previamente adiestradas. De los 350 monitores listados en la sede APROFA, 20 no realizaron el curso, o sea, que el total de personas con requisitos cumplidos se redujo a 330. De ellos 88 no fueron ubicados, es decir el 26,7%, porcentaje que debe tenerse presente al analizar e interpretar los resultados.

## 4. RESULTADOS.

### 4.1. Rol del Monitor.

Se pretendió evaluar: a) su conocimiento de la labor que debe desempeñar, b) su relación con el profesor después del curso, y c) su pertenencia a las ligas de monitores de Paternidad Responsable.

- a) A la primera pregunta sobre si la labor de un monitor es o debería ser: "asistir a los cursos y quedarse con los conocimientos adquiridos" contestaron afirmativamente 33,8%, y el 46,2% en forma opuesta. Contrariamente, en el ítem en que se consultó en cuanto a "difundir lo aprendido en el curso, a otras personas", el 98,7% contestó estar de acuerdo y sólo el 1,3% lo impugnó.

En cuanto a la consulta sobre referir "mujeres a los consultorios para prevención de cáncer, control de embarazo y consulta sobre planificación familiar", el 97,8% contestó afirmativamente y un 2,2% lo negó. Finalmente el ítem sobre "informar a las personas en cuanto a recursos de la comunidad" el 96,0% manifestó que sí, y solamente un 4,0% negativamente. Esta situación debería estar relacionada con la práctica, cuyo análisis se presenta más adelante. Sorprende el bajo porcentaje de monitores que continúan trabajando con el profesor después de terminado el curso,

solamente un 12,3% (28 de 228 monitores), cifra que disminuiría al 8,5% si se incluyeran en el cálculo los 88 monitores no ubicados. De los 28 monitores que alguna vez trabajaron con el profesor, 22 lo hicieron entre 1 y 5 veces, y los 6 restantes entre 6 y 9 veces.

- b) Los 2 profesores que hay en La Serena, como promedio, han trabajado después del curso con 14 monitores de los 228 encuestados, con una frecuencia menor de 5 veces.
- c) De los 228 encuestados, solamente 25 (o sea 11,2%) pertenecen a alguna Liga de Monitores, en las cuales desempeñaron actividades relacionadas con: enseñanza de lo aprendido en el curso, seguimiento de aceptantes de regulación de la fecundidad y educación sobre planificación familiar, en las maternidades y consultorios. Entre las razones por las cuales los monitores no pertenecen a la Liga, las principales fueron: falta de tiempo (50,2%), pérdida de contacto con el profesor y otros monitores (20,0%) y desconocimiento de las Ligas y sus actividades (12,3%). No obstante esta situación, la gran mayoría de los monitores (177), manifestaron su deseo de pertenecer a alguna Liga (87,2%), principalmente para enseñar lo aprendido (57,8%), y/o informar a otros sobre APROFA y el Programa (16,1%).

#### **4.2. Actividad multiplicadora y radio de acción del monitor.**

Otro de los objetivos específicos de la investigación fue el evaluar las actividades y el radio de acción del monitor en la comunidad. En la parte que se refiere a actividades se utilizaron dos acercamientos: primero se preguntó sobre aquellas realizadas inmediatamente después de terminado el curso, y segundo, sobre las ejecutadas en los últimos tres meses anteriores a la fecha de la entrevista (mayo, junio y julio de 1975). Para establecer el radio de acción, se recurrió al recuerdo del monitor sobre los nombres (o número de personas) con las cuales había realizado actividades.

##### **4.2.1. Actividades multiplicadoras inmediatamente después del curso y tasa de pérdida.**

De los 228 monitores encuestados, 188 habían realizado alguna actividad inmediatamente después de terminado el

curso (o sea, el 82,5%) (cifra que disminuiría al 57,0% si se toma en cuenta los 88 monitores no ubicados). La actividad más importante realizada fue la de informar a otros sobre APROFA y su programa (167 monitores; 73,2%).

La segunda actividad importante fue la de transmitir lo aprendido a grupos de la comunidad. En esta actividad se enrolaron 81 monitores, o sea, el 35,5%. Los grupos, compuestos principalmente por menos de 15 personas, fueron dirigidos por 54 monitores (66,6%), quienes cumplieron su rol multiplicador. El resto, o sea 27 monitores, (33,4%), trabajaron con grupos de más de 15 personas cumpliendo satisfactoriamente su compromiso. El 31,6% de los monitores que realizaron actividades (72) interesó a otras personas para que asistieran a los cursos. 56 de ellos interesaron cada uno entre 1 y 15 personas; el resto a más de 16 personas cada uno.

Otras actividades consistieron en: repartir material educativo en la comunidad. El 22,4% de los monitores lo entregaron a más de 30 personas cada uno, posiblemente porque este tipo de difusión es fácil de realizar. El 21,1% envió entre 1 a 5 mujeres al servicio de planificación familiar; 26 monitores (54,1%), entre 6 y 15 mujeres; 10 monitores (20,8%), una cantidad mayor. Sólo 19 monitores de los 228 entrevistados cumplieron con seguir a aceptantes de regulación de fecundidad. El 36,8% entre 1 a 5 mujeres, el 21,0% entre 6 a 15, y el resto, a 16 y más mujeres. 5 monitores ayudaron al profesor después del curso, y 14 se preocuparon de mantener un diario mural.

#### 4.2.2. **Actividades multiplicadoras en los últimos tres meses y tasa de pérdida.**

La evidencia que se presenta a continuación sugiere que a través del tiempo, la motivación del monitor para hacer actividades de difusión disminuye.

De los 228 monitores encuestados solamente 72 (31,6%), realizaron alguna actividad en los últimos tres meses. Esta cifra se rebaja todavía más (21,8%), si se incluye en el denominador los 88 monitores no ubicados para la encuesta.

#### 4.2.3. **Actividades multiplicadoras por sexo.**

Solamente 47 monitores (23 hombres y 24 mujeres) informaron a otros sobre APROFA y su Programa. 16 moni-

tores (10 hombres y 6 mujeres) interesaron a otros para participar en los cursos. 25 monitores (13 hombres y 12 mujeres transmitieron lo aprendido. En estas actividades no hay una diferenciación importante por sexos. Pero en el envío de mujeres a planificación familiar, seguimiento de aceptantes y distribución de material educativo, sí parece existir una diferenciación. Por ejemplo, de los 16 monitores que acusan la actividad de enviar mujeres a Planificación Familiar, 3 son hombres y 13 son mujeres; entre los que repartieron cartillas o material educativo, 11 son mujeres y sólo 2 son hombres.

#### 4.2.4. **Actividades multiplicadoras por estado civil.**

Podría pensarse que el estado civil es una variable que introduce una diferenciación en las actividades que debe realizar el monitor. Evidentemente, a pesar de los pocos casos de monitores que continúan realizando actividades, los casados se orientan a actividades tales como informar a otros sobre APROFA y el Programa, enviar mujeres a planificación familiar y repartir material educativo. Los solteros realizan fundamentalmente acciones como, enseñar lo aprendido e interesar a otros para asistir a los cursos.

#### 4.2.5. **Actividades multiplicadoras por situación laboral.**

Se pensó que la situación laboral de los monitores influiría en el tipo de actividad. En efecto, existe una relación, ya que los monitores que no trabajan, sobre todo las mujeres casadas, envían mujeres a planificación familiar, hacen seguimiento de aceptantes y reparten material educativo en la comunidad. Por otra parte, los monitores que trabajan se orientan a informar a otros sobre APROFA y el Programa, a interesar a otros para que asistan a los cursos y enseñan lo aprendido. Parece ser que los hombres, solteros y asalariados, tienen una mayor tendencia a realizar este tipo de actividades.

#### 4.2.6. **Factor multiplicador últimos tres meses.**

Las cifras permiten analizar hasta cierto punto el factor multiplicador del monitor de acuerdo con cada una de sus actividades. Existe una tendencia en los monitores a cumplir con el factor multiplicador esperado, en cada una de las actividades propuestas. Por ejemplo, de los 47 monitores que informaron a otros sobre APROFA y el Programa, el 40,7% lo hizo entre 1 y 5 personas, y 46,8% entre 6 y 15 personas.



En realidad el número de monitores que realizan actividades más allá del factor multiplicador esperado, es bajo y no alcanza a compensar la tasa de pérdida de otros monitores.

En resumen, se puede decir que el 31% del total de monitores capacitados en la ciudad de La Serena, en el año 1974, cumplieron con el factor multiplicador esperado. El 69% de los monitores no realizó ninguna actividad, razón por la cual deben ser considerados como pérdida total. Esta tasa aumentaría si se incluyen los monitores que no fueron encontrados en el terreno (88 monitores).

#### 4.2.7. Radio de acción del monitor.

Se trató de determinar retrospectivamente el radio de acción de los monitores, preguntando los nombres y direcciones de aquellas personas con las cuales habían desarrollado actividades. Solamente 153 nombraron personas. 84 nombraron entre 1 a 3 personas (55%); 35 entre 4 y 6 personas (23%); 14 recordaron los nombres de 7 a 10 personas (9,1%); 1 monitor mencionó "compañeros de trabajo" sin identificar nombres ni direcciones; 9 nombraron "grupos comunitarios"; 2 informaron a "amigos, conocidos" y 8, dijeron haber realizado acciones con "grupos ocasionales". Estas cifras indican que el radio de acción definido por el monitor es bastante limitado y se circunscribe principalmente a menos de 3 personas y/o entre 4 a 6 personas por monitor.

## 5. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

La tasa de pérdida de los monitores voluntarios de APROFA, para una acción sistemática de los programas de APROFA es muy alta pero concuerda con diferentes otras experiencias registradas en el país.

La pérdida a un año plazo de más de un 70% de tales voluntarios para los programas de APROFA, debe considerarse a la luz de dos circunstancias particulares:

El programa inicialmente se organizó para que los monitores voluntarios, sin una estructura definitiva, realizaran un trabajo multiplicador sin quedar comprometidos con el programa por un período determinado de tiempo. Además, al inscribirse en las actividades del programa, lo hacían sólo en alguna de ellas. Con posterioridad, se organizó el trabajo en Ligas y es posible que las tasas de pérdidas observadas se deban a esta falla en la estructuración inicial del programa.

— El programa de monitores en paternidad responsable pretendió difundir en el territorio nacional los conceptos de planificación familiar y paternidad responsable. Más de 20.000 adultos, o sea un 0,33% de la población adulta del país se acogió a la experiencia. Quienes no tomaron responsabilidades comunitarias han podido beneficiarse de los nuevos conocimientos y aún difundirlos en su medio ambiente inmediato.

Esta experiencia sugiere que tal esfuerzo tendría mayor proyección y eficacia si se hubiera respaldado desde un principio a los voluntarios, con una estructura piramidal que terminara en las Ligas, aglutinadoras, promotoras y supervisoras del trabajo local.

El estudio de La Serena puede no representar lo ocurrido en otras Regiones, aunque tiene valor porque muestra la tasa de pérdidas y la eficacia del monitor local.

En otras Regiones este programa tuvo la virtud de movilizar sectores valiosos hacia la temática de planificación familiar y paternidad responsable. Fruto de tal esfuerzo fueron los convenios firmados por APROFA con:

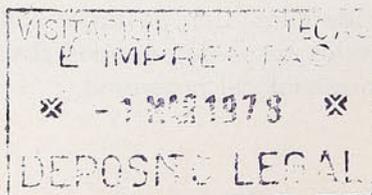
Centro Audiovisual Evangélico, CAVE.

Fundación Graciela Letelier de Ibáñez, CEMA - Chile.

Compañía Industrias Chilenas, CIC.

Instituto Nacional de Capacitación Profesional, INACAP.

La participación de los maestros de la enseñanza básica y su proyección a la comunidad parece ser el sistema más eficaz.







**ASOCIACION CHILENA DE PROTECCION DE LA FAMILIA**