

Family Planning

Woman in Development

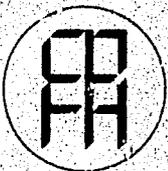
Personal Development

W. 1983

Date of Acquisition

Source

Planificación familiar:



Center for Population and Family Health
Faculty of Medicine
Columbia University

PN-105-105

Planificación familiar: Su efecto en la salud de la mujer y el niño

Escrito por Deborah Maine, M.P.H.

Centro de Población y Salud Familiar,
Facultad de Medicina,
Columbia University, New York

Copyright © 1981 por el Centro de Población y Salud Familiar, Columbia University. El texto y los gráficos de esta publicación se pueden reproducir sin permiso, a condición de que el material se distribuya gratis y de que se haga constar la fuente.



Indice

Introducción	5
Capítulo 1 La salud del niño y la planificación familiar	9
Capítulo 2 La salud de la mujer y la planificación familiar	25
Capítulo 3 La planificación familiar en los países en desarrollo	39
Conclusión Allan Rosenfield, D.M., Director, Joe Wray, D.M., M.S.P., Subdirector, Centro de Población y Salud Familiar	49
Notas	51
Referencias	52
Agradecimientos	56
Créditos	56



El futuro de un país, y de la humanidad, depende de sus niños. Para que éstos crezcan convirtiéndose en adultos saludables y capaces, necesitan buenos alimentos, agua limpia, educación y atención médica. Pero antes de nada precisan tener un buen comienzo en la vida. Necesitan nacer sanos, vivir a través de los primeros días peligrosos de su existencia, y de los primeros años, cuando son especialmente vulnerables. Necesitan madres sanas y familias que puedan prestarles cuidados y atención. Si nacen enfermizos, si sus madres soportan una carga excesiva y están enfermas, quedan disminuidas las posibilidades de sobrevivir y prosperar de los niños. Como manifiesta el Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Cada etapa de desarrollo se fundamenta en la anterior e influye en la siguiente."^{1, pag. 3}

Los niños menores de 15 años y las mujeres en edad de reproducción constituyen dos tercios de la población del tercer mundo.¹ Por lo tanto, la salud de las mujeres y los niños es una parte importante de la salud nacional. Los países en desarrollo han logrado grandes progresos en el curso de los últimos decenios en lo que se refiere a proteger la salud de los niños y las madres. Millones de niños han sido inmunizados contra enfermedades mortales y millones de mujeres han recibido mejor atención durante el embarazo y el parto. Esos avances han contribuido a reducir los índices de mortalidad materno-infantil. Pero es mucho lo que aún queda por hacer. En promedio la población de los países en desarrollo vive 15 años menos que la de las naciones industrializadas.²

Una gran proporción de los fallecimientos que ocurren en el tercer mundo es de niños. Se estima que cada año mueren 15 millones de niños menores de cinco años, correspondiendo esta cifra en su mayoría a los países en desarrollo.³ Cada año alrededor de 500.000 mujeres del tercer mundo fallecen durante el embarazo o el alumbramiento, dejando por lo menos a un millón de niños huérfanos de madre.¹ Sin embargo, son muchos más los individuos que apenas sobreviven y siguen su existencia en condiciones deficientes de salud, a menudo debilitados

o impedidos de manera permanente.⁴

¿Qué se puede hacer para reducir las enfermedades e impedir los fallecimientos prematuros? La respuesta es clara, son esenciales mejores alimentos, vivienda, saneamiento y educación. Es menester extender los servicios médicos a las zonas rurales y a los barrios pobres urbanos. El prevenir enfermedades es más eficiente y menos costoso que curarlas. Sin embargo, en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo, sólo en fecha reciente ha comenzado a dedicarse a la atención preventiva de salud la consideración que merece.⁵

La atención preventiva de salud materno-infantil incluye la atención prenatal, los complementos vitamínicos, exámenes para el niño sano e inmunizaciones. Como observó el Comité de Expertos en Salud Materno-infantil de la OMS, la planificación familiar puede "ejercer una influencia favorable en la salud, el desarrollo y el bienestar familiar y tiene efectos muy importantes en las madres y los niños."^{6, pag. 41}

La planificación familiar mejora la salud de la mujer al permitirle tener los hijos cuando está mejor preparada para ello. Las mujeres que quedan embarazadas cuando son muy jóvenes todavía corren un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo y el alumbramiento que las mujeres que ya han cumplido 20 años. Esas complicaciones pueden perjudicar su salud, y costarles incluso la vida. Lo mismo cabe decir de las mujeres que quedan embarazadas cuando se acercan al final de la edad reproductiva. El tener un gran número de hijos aumenta el riesgo de enfermedad o defunción de la madre. El espaciamiento de los embarazos — el intervalo entre embarazos — es también de suma importancia. El tener alumbramientos demasiado próximos entre sí no permite que el cuerpo de la madre se recupere del desgaste del embarazo, el parto y la lactancia. Por otra parte, un intervalo breve entre alumbramientos significa que la mujer tendrá que atender a varios hijos al mismo tiempo, tarea difícil aún en las mejores circunstancias.

También los niños sufren las consecuencias

cuando nacen muy seguidos uno de otro, cuando la familia es demasiado numerosa, cuando sus madres son demasiado jóvenes o demasiado viejas. Cuando se dan esas circunstancias es más probable que mueran en el claustro materno o durante los primeros años de su vida, o que su salud y crecimiento resulten menoscabados.

Las mujeres de todo el mundo conocen los peligros de los embarazos en momentos no adecuados y el tener muchos hijos. En un estudio realizado por la OMS fueron entrevistadas más de 21.000 mujeres de Filipinas, India, Irán, Líbano y Turquía.⁷ Más de nueve de cada diez mujeres dijeron que el niño y la madre gozaban de mejor salud si el niño nace tres años después del alumbramiento anterior, en lugar de al cabo de un intervalo de sólo un año. Alrededor de nueve de cada diez manifestaron que creían que la salud de la madre y el niño eran mejores en una familia reducida. Más de nueve de cada diez declararon saber que la planificación familiar mejora la salud de la mujer y el niño.

Hasta fecha muy reciente, sin embargo, las mujeres no habían tenido medios convenientes y eficaces de poner en práctica estos conocimientos. Cuando las mujeres tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos, en general deciden no tener embarazos de elevado riesgo. La mayoría de las mujeres no quiere tener un parto cada año, ni comenzar a procrear cuando tienen 15 ó 16 años, ni seguir teniendo hijos cuando han pasado los 35 años de edad.

Un ejemplo de lo que puede acontecer cuando la mujer tiene acceso a los servicios de planificación familiar puede apreciarse en Chile. Tanto el gobierno como entidades privadas han venido proporcionando anticonceptivos desde 1965. A partir de esa fecha la proporción de mujeres en edad de reproducción que ha obtenido anticonceptivos de programas organizados ha aumentado de sólo el tres por ciento a más del 20 por ciento, como se muestra en el Gráfico 1a. Entre 1964 y 1979, la tasa de natalidad descendió de 36 a 22 nacimientos anuales por 1.000 habitantes (Gráfico 1b). La mayor parte del descenso en los

nacimientos se ha registrado entre mujeres que han dado a luz tres o más veces y entre las que tienen 15 años o más de 30 (no se muestran aquí). Esos cambios en las características de procreación han desempeñado una función importante en la espectacular reducción de la mortalidad materno-infantil en Chile en los últimos 15 años.^{9,10} En el Gráfico 1c se muestra que entre 1964 y 1979 la mortalidad infantil declinó de más de 100 fallecimientos por 1.000 nacimientos de niños vivos a menos de 40 defunciones. Durante el mismo período la mortalidad materna decayó en grado aun más acentuado, de más de 280 fallecimientos por 100.000 nacimientos de niños vivos a menos de 80 (Gráfico 1d).

Cambios similares a los ocurridos en Chile están teniendo lugar en otros países en desarrollo, aunque usualmente no se dispone de datos tan completos. Por otra parte, aunque el enfoque de este libro está puesto en la salud, a menudo se necesita atenerse a los datos sobre mortalidad debido a que son los únicos disponibles para poblaciones grandes, en diferentes marcos cronológicos y en diversos países.

En el presente libro de gráficos se explorarán los numerosos riesgos a que están expuestas la salud y la vida de mujeres y niños y que pueden evitarse o reducirse a través de la planificación familiar. En él se mostrará que gran número de mujeres de los países en desarrollo ya han comenzado a utilizar métodos anticonceptivos con objeto de espaciar sus embarazos y de limitar el tamaño de sus familias. También mostrará, sin embargo, que necesita hacerse mucho más. Millones de mujeres de los países en desarrollo siguen sin tener acceso a los servicios de planificación familiar, hecho que tiene graves consecuencias para la salud.

Gráfico 1a.
Porcentaje de mujeres que obtuvieron anticonceptivos de programas organizados, Chile, 1974-78

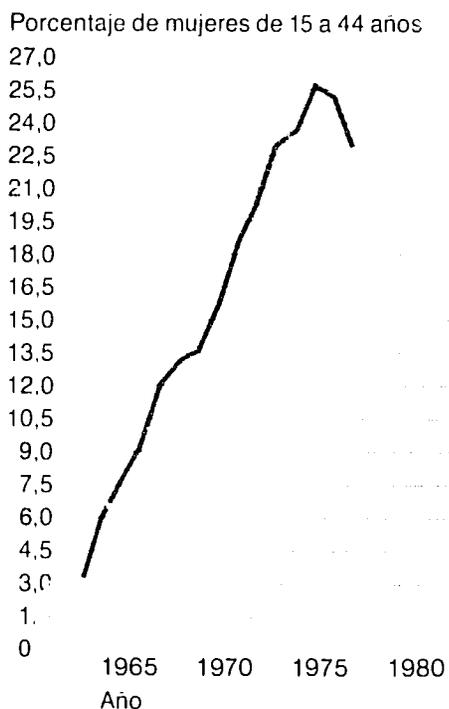


Gráfico 1b.
Tasas de natalidad, Chile, 1964-79

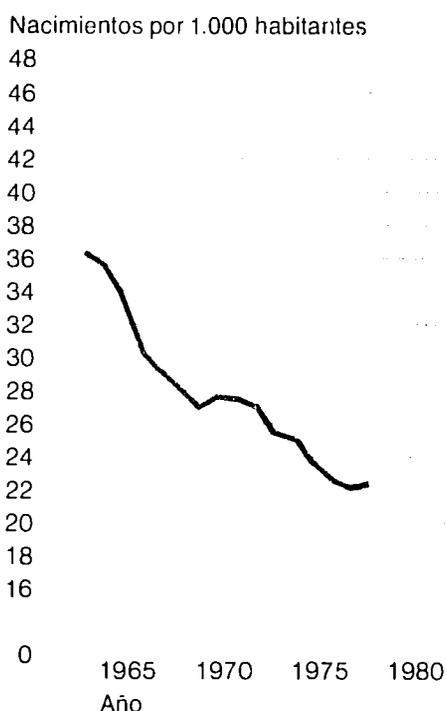


Gráfico 1c.
Mortalidad infantil, Chile, 1964-79

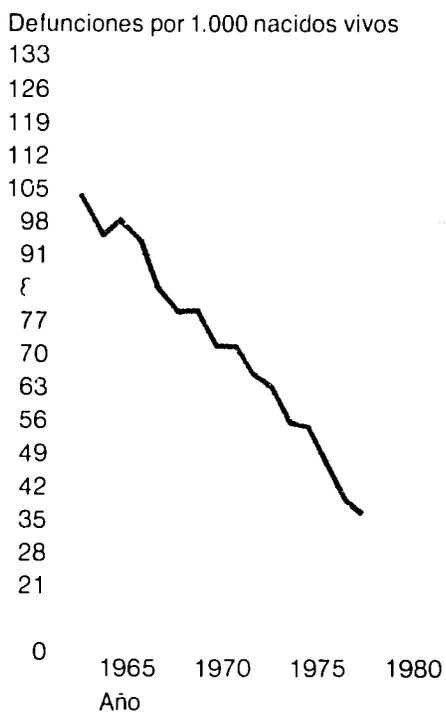
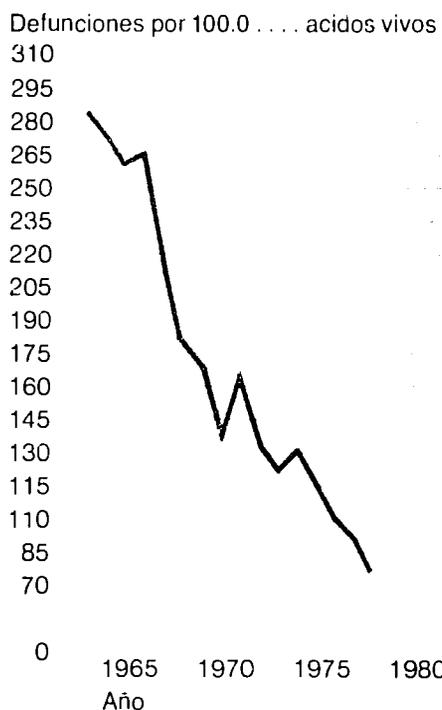


Gráfico 1d.
Defunciones maternas, Chile, 1964-79



Fuente: Ref.: 8



Capítulo 1

La salud del niño y la planificación familiar

Las posibilidades de un niño de nacer sano, de sobrevivir los primeros años de vida y de crecer bien se reducen si:

Los niños de la familia nacen muy seguidos uno detrás de otro.

Ya hay tres o más niños en la familia.

La madre tiene menos de 20 años o más de 35 cuando nace el niño.

La planificación familiar mejora la salud de los hijos al ayudar a la madre a espaciar sus nacimientos, tener familias más reducidas y evitar los embarazos en edades desfavorables. En aquellos países donde grandes proporciones de mujeres ya han adoptado la planificación familiar, los cambios resultantes en las características de procreación han contribuido en grado sustancial a los recientes descensos en la mortalidad infantil.

Cuando una mujer tiene embarazos cercanos uno de otro, aumenta la probabilidad de que el embarazo termine en aborto o de que el niño nacido vivo fallezca. Como expone un experto en salud infantil en los países en desarrollo: "El personal de salud, cuando atienden a una madre y a su hijo de corta edad, llegan a darse cuenta de que el demorar la siguiente concepción y el prolongar el intervalo del nacimiento son una parte tan importante de la atención de salud como el procurar que el último hijo sea inmunizado en forma adecuada."^{11, pag. 300}

En estudios llevados a cabo en Hawaii y Bangladesh se encontró que las tasas más elevadas de mortalidad fetal se registran entre embarazos que comienzan menos de un año después del final del embarazo anterior.^{12, 13} Los datos recopilados en numerosos países por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han documentado un aumento en las defunciones entre niños pequeños nacidos después de breves intervalos.^{7, 14} En el Gráfico 2 se muestra ese efecto utilizando información de la India y Turquía. Independientemente de que fueran hindúes o musulmanes, urbanos o rurales, la posibilidad de fallecer de los niños nacidos en un intervalo menor de 1 año fue superior a la de los niños nacidos con intervalo mayor de 1 año.

El riesgo que plantea para la salud del niño pequeño los intervalos breves entre nacimientos continúa incluso después del primer año de vida. En el Gráfico 3 se muestran las defunciones entre niños de uno a cuatro años de edad en Filipinas y el Líbano.⁷ También en este caso, aunque difieren las tasas de mortalidad entre niños de ambientes rurales y urbanos y entre varios grupos étnicos y religiosos, se mantiene el índice de mortalidad más elevado entre niños pequeños nacidos después de breves intervalos entre nacimientos.

El índice más elevado de mortalidad fetal y de niños pequeños tal vez se deba, en parte, a la falta de tiempo para que el cuerpo de la madre se recupere plenamente después del último embarazo, estado que a veces se llama el "síndrome de depleción materna".¹⁵ Esto puede revestir importan-

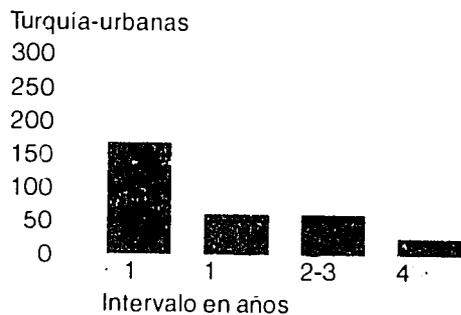
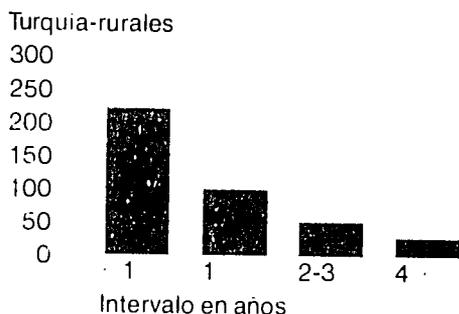
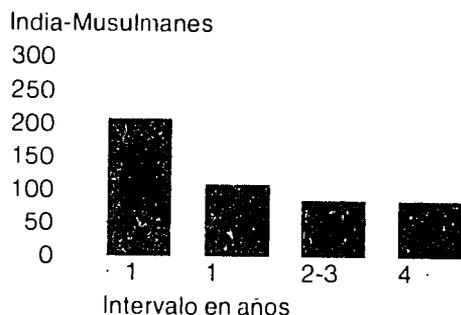
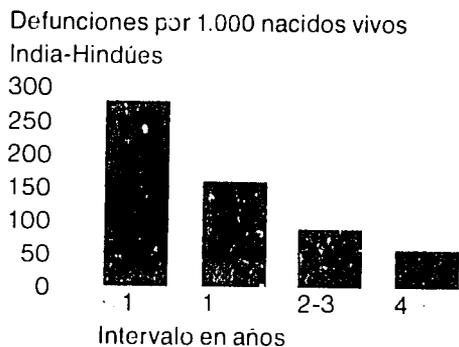
cia especial entre las mujeres que amamantan a sus hijos durante prolongados períodos y entre las malnutridas que realizan trabajo físico pesado, como lo hacen muchas mujeres del tercer mundo.¹⁶ Sin embargo, algunos de los perniciosos efectos del espaciado cercano de los nacimientos es probable que se deban a la incapacidad de las familias para atender al mismo tiempo a varios niños de corta edad.

Cuando dos niños están separados sólo por un breve intervalo en sus nacimientos, no sólo el más joven de los dos sufre las consecuencias, también la salud del otro puede resultar perjudicada. Hace tiempo que se ha comprendido esto en algunos países. Por ejemplo, la palabra "kwashiorkor" se utiliza en Ghana para describir el tipo de malnutrición que se ve a menudo cuando un niño es destetado demasiado pronto debido a que la madre está embarazada de nuevo.¹⁷ Ahora se sabe que la lactancia materna es uno de los factores más importantes en la salud infantil en los países en desarrollo. Todo lo que abrevie el periodo de lactancia puede poner en peligro la salud del niño pequeño.¹⁸ Los niños que son destetados demasiado temprano son mucho más susceptibles a la malnutrición y a las infecciones.

El riesgo para la salud del mayor de dos niños nacidos con un breve espaciado entre sí quedó demostrado en un estudio realizado en la municipalidad de Candelaria, Colombia.¹⁹ Casi tres cuartas partes de todos los niños tenían un hermano o hermana de menos de dos años más joven que ellos mismos. Esos niños tenían probabilidades mucho mayores de estar malnutridos que los niños a los que había seguido un intervalo de nacimiento de tres años por lo menos.

Gráfico 2.

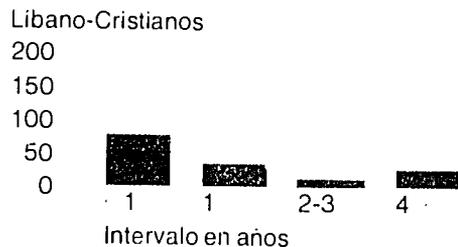
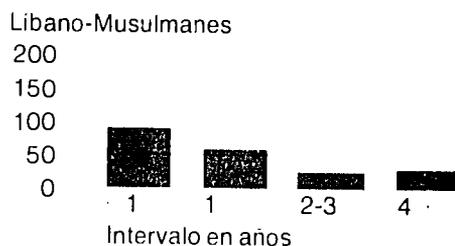
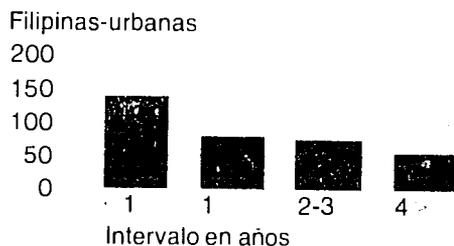
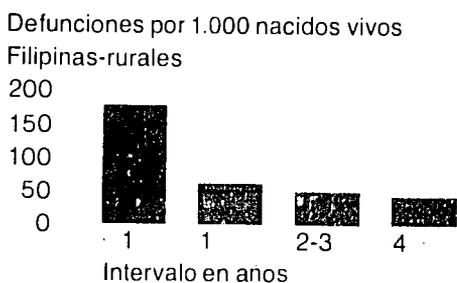
Defunciones de niños, por número de años entre nacimientos, India y Turquía, 1971-75



Fuente: Ref.: 7
Véanse las notas.

Gráfico 3.

Defunciones de niños, por número de años entre nacimientos, Filipinas y Libano, 1970-75



Fuente: Ref.: 7
Véanse las notas.

El número de hijos que ya ha tenido una mujer influye en sus posibilidades de tener un embarazo satisfactorio y un hijo que sobrevive.

Las tasas de mortalidad fetal aumentan con el orden de nacimientos.^{12, 20} En el Gráfico 4 se muestran los fallecimientos en los últimos dos meses de embarazo y en la primera semana de vida en Tientsin, China. Las mujeres que iban a tener su tercer parto o más habían tenido cuatro veces más abortos espontáneos y fallecimientos prematuros de niños que las mujeres que iban a tener su primero o segundo alumbramientos. En otros estudios acerca de los países en desarrollo se ha encontrado que las tasas de mortalidad fetal aumentan después del segundo y tercer embarazo.²²

Incluso los niños pequeños que sobreviven los primeros días parecen hallarse en desventaja si sus madres ya han tenido muchos partos. En el Gráfico 5 se muestran las defunciones en el primer

año de vida en El Salvador, Chile, Inglaterra y Gales. En esos países (y en muchos más que no se muestran), después del tercero o cuarto alumbramiento las tasas de mortalidad infantil se elevan en forma acentuada (aun cuando la proporción de niños que murieron en su primer año es varias veces mayor en El Salvador y en Chile que en Inglaterra y Gales). En realidad, en estos dos últimos países esa característica se ha mantenido estable durante decenios, aunque las defunciones de niños pequeños son mucho menos frecuentes ahora que hace 30 años.²⁴ Así, aunque las mejores condiciones de vida y la atención médica reducen en gran medida el nivel general de mortalidad infantil, persisten los efectos del orden de los nacimientos. Las defunciones durante la infancia en Inglaterra y Gales, hoy en día, son más de dos veces tan comunes entre las familias pobres como entre las que figuran en la cúspide de la escala social; sin embargo, en cada clase social puede apreciarse con toda claridad el efecto del orden de nacimientos.

En el Gráfico 5 también se muestran las elevadas tasas de mortalidad infantil que prevalecen en muchas partes del tercer mundo. Si bien las condiciones han mejorado en muchas zonas desde 1970, las experiencias de El Salvador y Chile que se muestran aquí siguen siendo representativas de muchas partes del mundo en desarrollo.

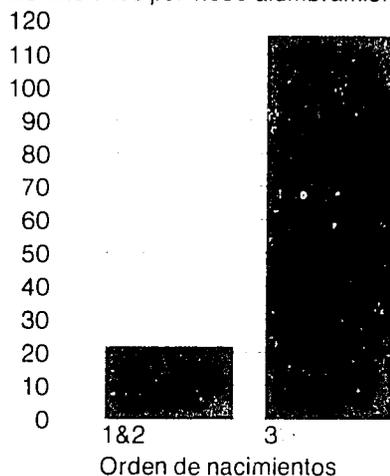
Aunque no conocemos todas las razones de esa relación firme y constante entre el orden de nacimientos y la salud infantil, tal vez parte de la explicación radique en el peso al nacer del niño. Se sabe que los niños de bajo peso al nacer corren un riesgo mucho mayor de morir durante el primer año y también es posible que tengan más problemas de salud que otros niños, si es que sobreviven.¹ A partir del cuarto hijo la proporción de recién nacidos de bajo peso al nacer aumenta en forma constante.^{25, 26}

En los países en desarrollo, donde hay tantos niños malnutridos, es probable que parte del efecto del orden de nacimientos en la salud infantil opere a través de la nutrición. Por ejemplo, el es-

Gráfico 4.

Defunciones fetales durante los dos últimos meses del embarazo y defunciones durante la primera semana de vida, por orden de nacimientos, Tientsin, China, 1978

Defunciones por 1.000 alumbramientos

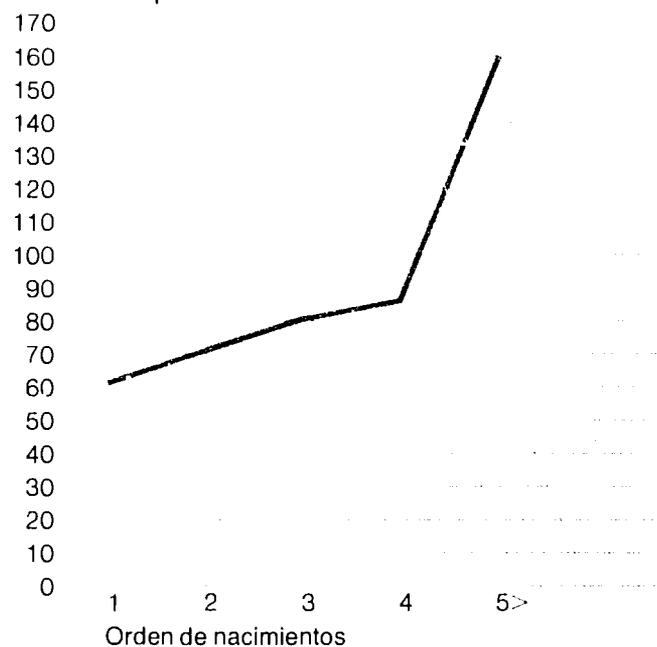


Fuente: Ref.: 21

Gráfico 5.
Defunciones de niños, por orden de nacimientos, El Salvador y Chile, 1968-70, e Inglaterra y Gales, 1977

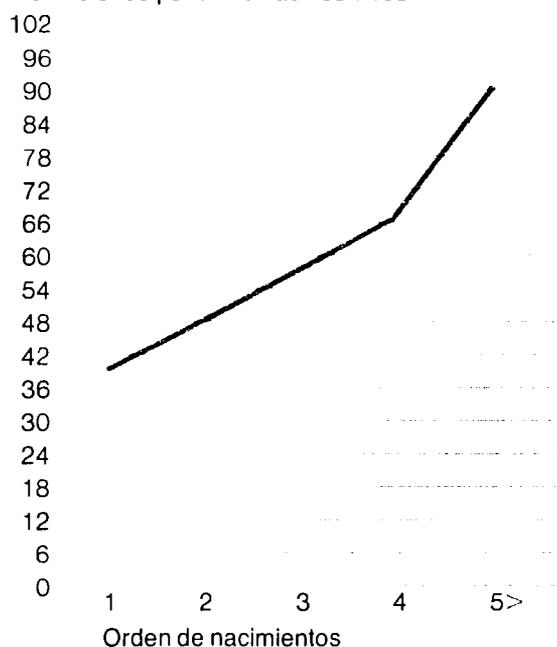
El Salvador

Defunciones por 1.000 nacidos vivos



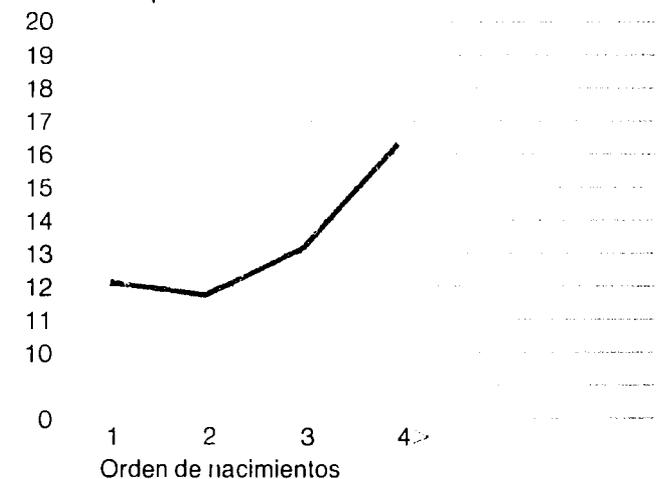
Chile

Defunciones por 1.000 nacidos vivos



Inglaterra y Gales

Defunciones por 1.000 nacidos vivos



Fuente: Refs.: 14,23

Véanse las notas.

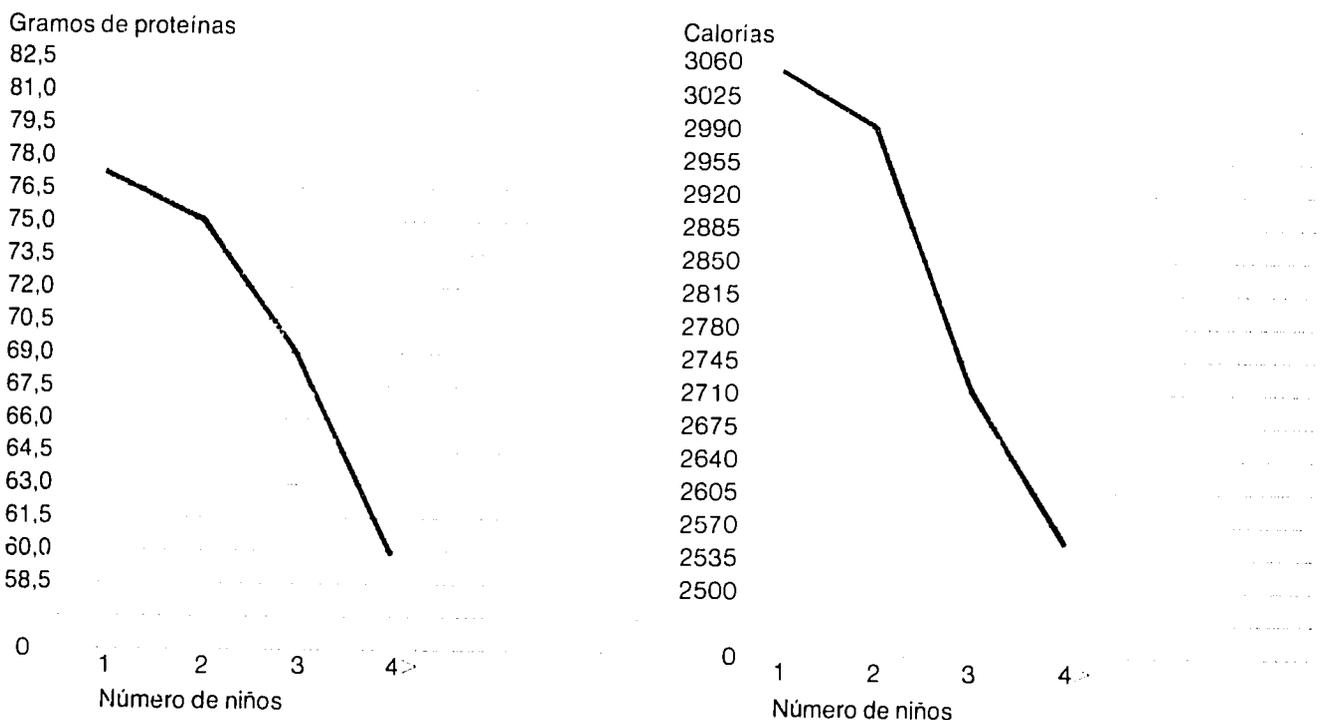
tudio de Candelaria, Colombia, muestra que el orden de nacimientos (al igual que su espaciamiento) afecta al estado nutricional de los niños. Cuantos mas niños hay en la familia, mayor es la proporción del ingreso de ésta que se gasta en alimentos, pero menor es la cantidad de alimentos por persona.¹⁹ Esto se traduce en una tasa más alta de niños malnutridos en las familias numerosas, como lo demostró un estudio detallado de las familias de trabajadores textiles en la India. Dado que todas las familias tuvieron un ingreso similar, cuanto mayor fue el número de niños en la familia, menor fue la cantidad de alimentos que recibió cada persona, como lo muestra el Grá-

fico 6. El investigador observó que la diferencia en el régimen alimenticio entre familias con tres o menos hijos y familias con cuatro o más fue lo bastante grande como para establecer la desemejanza entre un régimen alimenticio suficiente y otro insuficiente. Por consiguiente, cuantos más niños hay en la familia, mayor es la proporción diagnosticada como malnutrida.

Esos estudios indican que la familia numerosa y el corto espaciamiento de los nacimientos tienen una relación recíproca con la nutrición deficiente para crear un grupo de niños de riesgo sumamente elevado de enfermedad y defunción. Un Grupo Científico de la OMS explica cómo esto puede ac-

Gráfico 6.

Cantidad de proteínas y calorías consumidas diariamente por persona, por número de niños en la unidad familiar, India, 1968

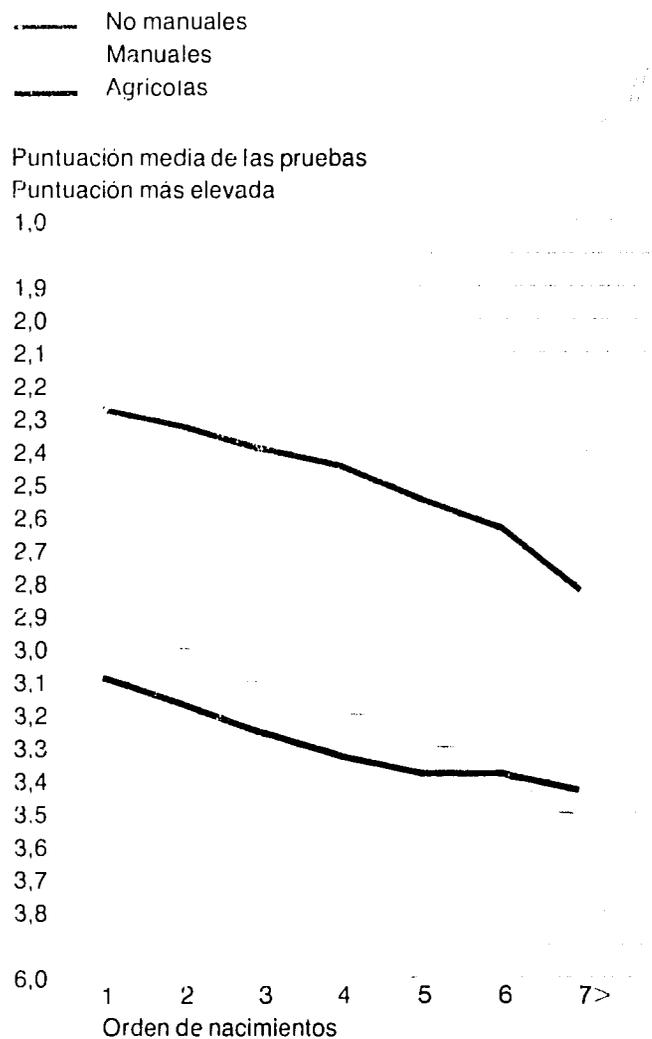


Fuente: Ref.: 27
Véanse las notas

tuar: "La incidencia de las enfermedades diarreicas, que son la causa principal de mortalidad en el curso de los dos primeros años de vida, se asocia claramente a un destete efectuado en malas condiciones, y justamente el destete precoz sigue a menudo a un intervalo corto entre los embarazos. La desnutrición resultante, que alcanza su efecto máximo en el curso del segundo año de la vida, guarda también relación con la incidencia elevada de otras enfermedades infecciosas en ese período ... el espaciamiento adquiere una importancia creciente para la salud, pues las prohibiciones con respecto a la reanudación precoz de las relaciones sexuales después de un nacimiento pierden fuerza en numerosas comunidades."²⁸ pag. 14

Como cabría esperar, los mismos factores que afectan a la salud de los niños también parecen afectar a su desarrollo. Los niños de las familias numerosas y los nacidos muy seguidos uno detrás de otro crecen menos bien, tanto física como mentalmente, que los demás niños. El descenso en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia a medida que aumenta el tamaño de la familia se ha demostrado de manera vívida en estudios de gran número de niños en Escocia, Inglaterra, Francia y los Estados Unidos.²⁹ Uno de los estudios más amplios en que se documenta el efecto del orden de nacimientos en la inteligencia se llevó a cabo en los Países Bajos. En él se compararon 400.000 hombres de 19 años de edad que iban a registrarse para el servicio militar teniendo en cuenta el tamaño de la familia, el orden de nacimientos y el grupo socioeconómico. En el Gráfico 7 se muestra el significativo descenso en la puntuación de las pruebas de inteligencia en conjunción con el orden creciente de nacimientos. Por otra parte, aunque hay grandes diferencias en rendimiento entre los diferentes grupos socioeconómicos (como suele ser el caso), el descenso en las puntuaciones en conjunción con el orden creciente de nacimientos es evidente en todos los grupos.

Gráfico 7.
Puntuación de pruebas de inteligencia entre varones de 19 años, por orden de nacimientos y grupo socioeconómico, Países Bajos, 1953-56



Fuente: Ref.: 30
Véanse las notas

Edad materna

La salud de los niños es afectada por la edad de sus madres cuando les dan a luz. En general, la edad más favorable para que una mujer tenga hijos es de los 20 a los 30 años.

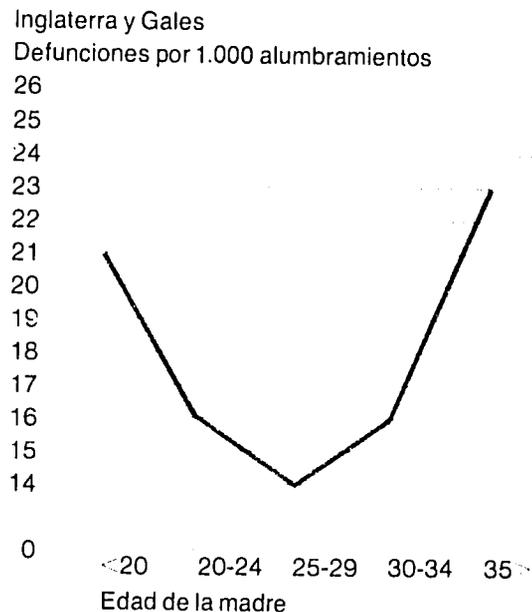
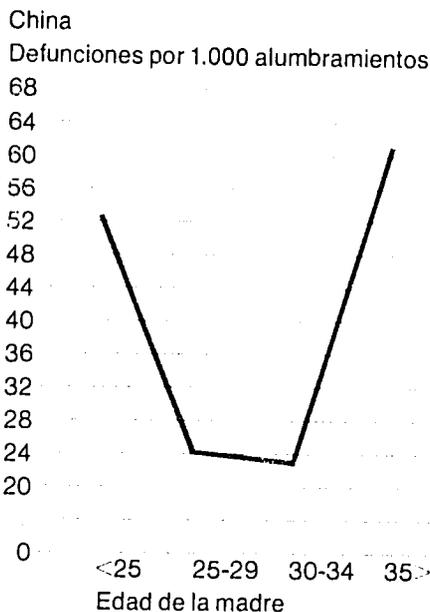
Las muertes fetales son menos comunes entre mujeres de 20 a 34 años que entre las que tienen más edad o son más jóvenes.^{31, 32} En el Gráfico 8 se muestran los fallecimientos ocurridos durante los dos últimos meses de embarazo y la primera semana de vida, clasificados por edad de la madre, en China, Inglaterra y Gales. En China no se da información por separado acerca de las mujeres de menos de 20 años, pero en Inglaterra y Gales es claro que el riesgo es mucho más elevado para esas mujeres que para las que sólo tienen unos pocos años más.

En el Gráfico 9 se muestra el riesgo de falleci-

miento durante el primer año de vida entre niños nacidos de mujeres de diferentes edades. Esos datos se han tomado de un estudio de más de 35.000 fallecimientos infantiles en el Hemisferio Occidental. Los investigadores llegaron a la conclusión de que los resultados que habían obtenido "destacan la importancia de la edad y paridad de la madre como determinantes de la supervivencia y salud futura del niño".^{14, págs. 2-3} De las 15 zonas estudiadas, la provincia del Chaco, en la Argentina, tuvo la tasa más elevada de mortalidad infantil y el estado de California, en los Estados Unidos la más baja. La tasa de mortalidad infantil en Monterrey, México, fue intermedia. Pese a las diferencias en las tasas de mortalidad, las características en relación con la edad materna se mantuvieron similares, registrándose las tasas más bajas de pér-

Gráfico 8.

Defunciones fetales durante los dos últimos meses del embarazo y defunciones durante la primera semana de vida, por edad de la madre, Tientsin, China, 1978, e Inglaterra y Gales, 1977

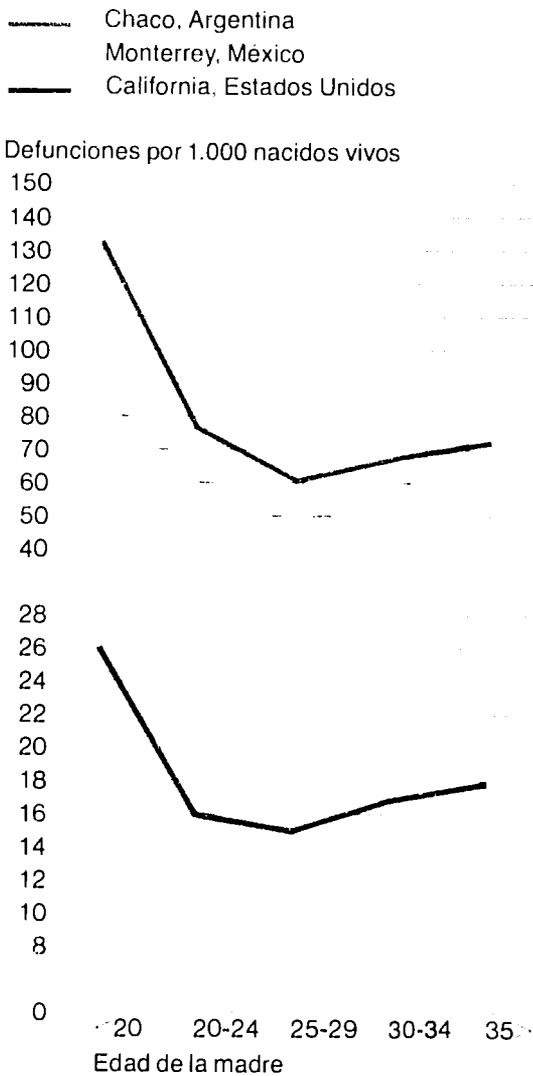


Fuente: Refs.: 21,23

didada de hijos en las mujeres que se acercaban a los 30 años.

La tasa sumamente elevada de pérdida de hijos

Gráfico 9.
Defunciones de niños, por edad de la madre, Argentina, México y los Estados Unidos, 1968-70

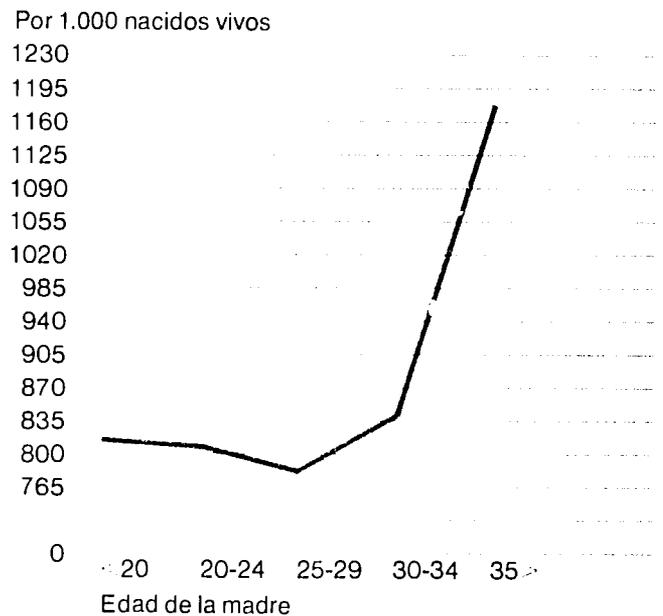


Fuente: Ref. 14

entre mujeres menores de 20 años es probable que se deba en parte a que no pueden atenderlos. En los Estados Unidos, por ejemplo, las madres adolescentes se encuentran a menudo en difíciles circunstancias económicas.³³ Es muy posible, además, que las madres muy jóvenes no tengan experiencia ni madurez para hacer frente a los problemas de la maternidad, en especial si tienen varios hijos. Un estudio realizado en los Estados Unidos, en el que se siguió la evolución de más de 5.000 niños durante su primer año de vida, encontró que los nacidos de mujeres menores de 18 años eran los más susceptibles a contraer enfermedades graves y a ser hospitalizados.³⁴

Los niños nacidos de mujeres entradas en años corren un riesgo mucho mayor de tener defectos al nacer que los nacidos de mujeres más jóvenes. En

Gráfico 10.
Niños nacidos con deformaciones, clasificados por edad de la madre, Estados Unidos, 1973-74



Fuente: Ref.: 35

el Gráfico 10 se muestra cómo el riesgo de tener deformidades aumenta en escala acentuada entre niños nacidos de mujeres que se acercan a la cuarentena. Las anomalías que aumentan con la edad materna incluyen defectos del corazón, fisura palatina y labial y síndrome de Down (incapacidad mental y física de carácter permanente llamada a veces "mongolismo").³⁶ La proporción de niños nacidos con el síndrome de Down aumenta geométricamente entre las mujeres mayores de 30 años.

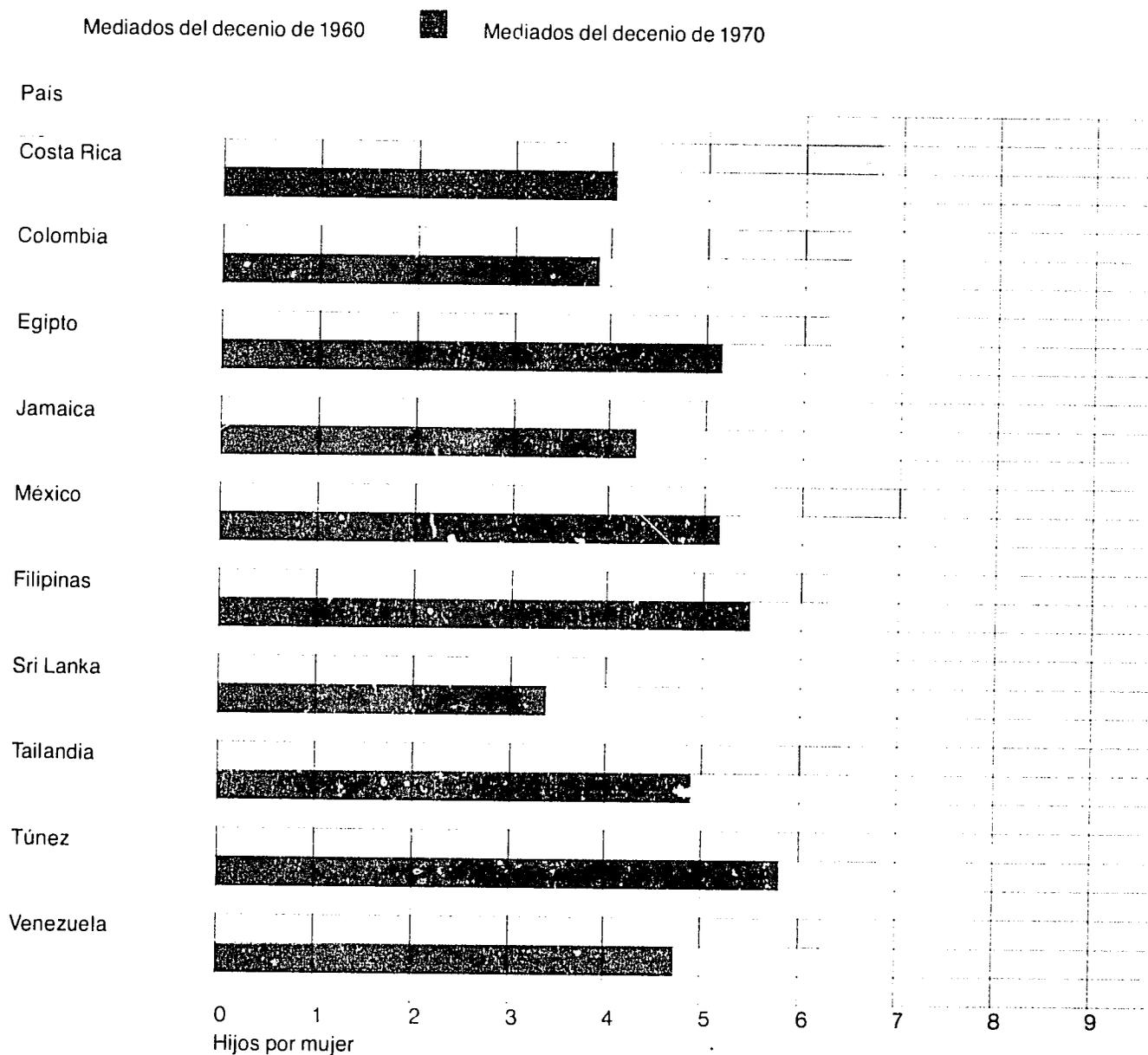


Debido a los riesgos de mortalidad fetal y para la salud infantil que entrañan los intervalos breves de alumbramientos, el número elevado de nacimientos y la edad materna, la planificación familiar puede contribuir en grado sustancial a la salud infantil en los países en desarrollo. Cuando las mujeres tienen acceso a información acerca de la planificación de la familia y los métodos anticonceptivos, grandes proporciones de ellas deciden no tener nacimientos cercanos entre sí, ni familias numerosas, ni partos cuando son muy jóvenes o entradas en años.

En el Gráfico 11 se ilustra cómo el tamaño de la familia se ha reducido en los últimos años, utilizándose al efecto tasas totales de fecundidad* correspondientes a mediados del decenio de 1960 y al decenio de 1970. En nueve de esos diez países, el número de hijos que pudiera esperarse de una mujer promedio ha descendido por lo menos en un hijo (En Filipinas el descenso fue ligeramente menor.) En varios países (Costa Rica, Colombia y México) la reducción fue de dos o más hijos por mujer.

*La tasa total de fecundidad es el número de hijos que cabría esperar una mujer promedio si en el curso de su vida procreara hijos a la tasa actual correspondiente a cada grupo de edad cuando se hizo el estudio.

Gráfico 11.
 Tasas totales de fecundidad, mediados de los decenios de 1960 y 1970



Fuente: Ref.: 37
 Véanse las notas.

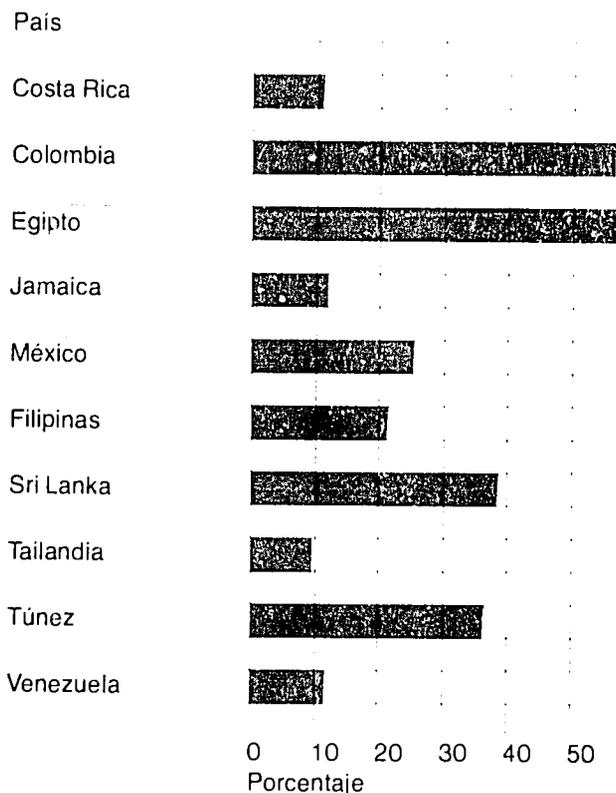
En el Gráfico 12 se muestra el descenso en procreación entre mujeres de 15 a 19 años con respecto a los mismos países y al mismo período. En Colombia y Egipto los nacimientos entre mujeres muy jóvenes se redujeron en más de la mitad en este decenio. En otros cuatro países los descensos fueron de un quinto a más de un tercio. En el resto de los países las reducciones fueron de alrededor de un décimo, que de todos modos es un cambio apreciable en un lapso tan breve.

En el Gráfico 13 se muestra la reducción en

nacimientos entre mujeres de 30 a 34 años. En la mitad de los países los descensos fueron del 20 al 40 por ciento. En Costa Rica, la fecundidad de las mujeres de este grupo de edad decayó en más de la mitad. En los otros tres países que se muestran, los descensos fueron del 10 al 15 por ciento durante el decenio.

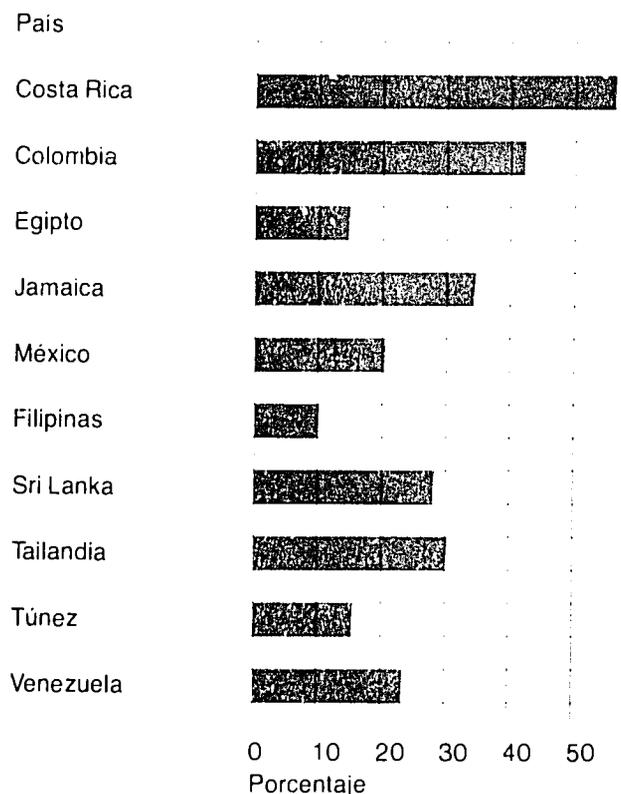
Las mujeres de los países en desarrollo utilizan los métodos anticonceptivos no sólo para impedir nacimientos indeseados, sino que en grado cada vez mayor recurren a ellos para espaciar

Gráfico 12.
Descenso porcentual en nacimientos entre mujeres de 15 a 19 años, a mediados de los decenios de 1960 y 1970



Fuente: Ref.: 37
Véanse las notas.

Gráfico 13.
Descenso porcentual en nacimientos entre mujeres de 30 a 34 años, a mediados de los decenios de 1960 y 1970

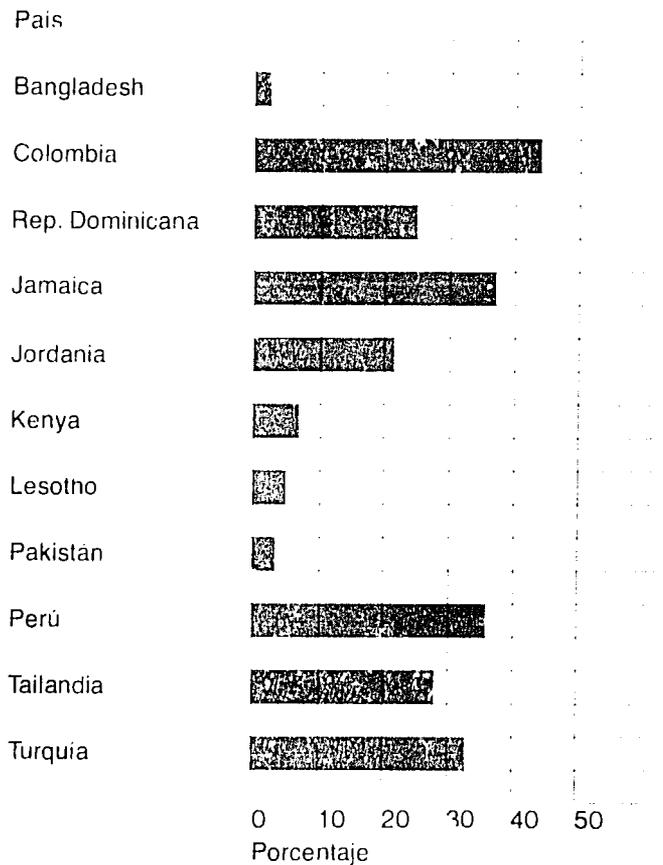


Fuente: Ref.: 37
Véanse las notas.



nacimientos, como lo demuestran los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad. En el Gráfico 14 se muestran las proporciones de mujeres que dicen desean tener más hijos y están utilizando métodos anticonceptivos. En Colombia más de cuatro de cada 10 mujeres que desean nacimientos en el futuro están utilizando algún método de anticoncepción; en Jamaica, Perú y Turquía la proporción es de más de tres de cada diez; en la

Gráfico 14.
Porcentaje de mujeres que desean tener más hijos y están utilizando metodos anticonceptivos 1975-78



Fuente: Refs.: 38-46, 49, 88
Véanse las notas.



República Dominicana, Jordania y Tailandia es de más de dos de cada diez. Sólo en Bangladesh, Kenya, Lesotho y el Pakistán son pocas las mujeres que recurren a los métodos anticonceptivos para espaciar sus alumbramientos.

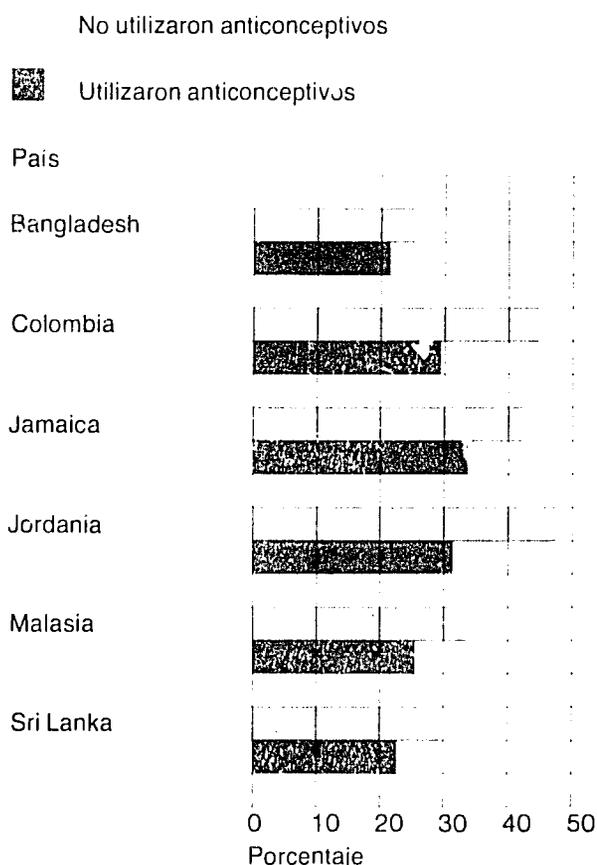
Las mujeres que utilizan anticonceptivos tienen más éxito que las demás en lo que se refiere a es-

paciar sus alumbramientos. En el Gráfico 15 se muestran las proporciones de mujeres en varios países cuyos dos últimos embarazos tuvieron un intervalo menor de dos años. La mayor diferencia entre las mujeres que utilizaron un método anticonceptivo en el intervalo y las que no lo hicieron se encuentra en Jordania: el 31 por ciento de las que utilizaron métodos tuvo un intervalo de nacimientos de menos de dos años, en comparación con el 47 por ciento de las que no recurrieron a esos métodos. El país en el que la planificación familiar representó la menor diferencia fue Bangladesh, donde el 21 por ciento de las que utilizaron anticonceptivos y el 25 por ciento de las que no los emplearon tuvieron breves intervalos entre alumbramientos. Aun así, esto supone una reducción de un sexto.

En varios países se ha analizado el efecto de los descensos de los embarazos de elevado riesgo en la mortalidad infantil. En Costa Rica, por ejemplo, las tasas de natalidad han descendido rápidamente en los últimos años (debido en gran parte a la disponibilidad generalizada de métodos anticonceptivos). Entre 1960 y 1977, los nacimientos de quinto orden y más y los nacimientos entre mujeres entradas en años disminuyeron en escala señalada.⁵⁰ Durante el mismo período la tasa de mortalidad infantil decayó en casi el 60 por ciento. Se estima que una quinta parte de esa disminución se debe a cambios en las características de procreación. En los Estados Unidos, la mitad de la disminución de la mortalidad infantil durante el período de 1960-70 se atribuye a la creciente concentración de nacimientos entre mujeres de edad y tamaño de la familia más favorables.⁵¹

Gráfico 15.

Porcentaje de mujeres cuyos dos últimos embarazos tuvieron intervalos menores de 24 meses, clasificadas por uso de anticonceptivos durante el intervalo de embarazos, 1974-78



Fuente: Refs.: 3, 39, 41, 42, 47, 48

Véanse las notas



Capítulo 2

La salud de la mujer y la planificación familiar

Las complicaciones del embarazo y del alumbramiento siguen siendo una causa importante de defunción entre las mujeres de los países en desarrollo. Las posibilidades de que las mujeres tengan tales complicaciones (y, por consiguiente, sus riesgos de morir) se aumentan cuando:

Ya han tenido tres o más hijos.

Son menores de 20 años o mayores de 30.

La planificación familiar mejora la salud de las mujeres al ayudarlas a evitar los embarazos que ofrecen elevado riesgo. Además, cuando las mujeres tienen acceso a métodos anticonceptivos eficaces es menos probable que recurran a los peligrosos abortos ilegales con objeto de controlar su fecundidad. Por lo tanto, la adopción de la planificación familiar puede impedir muchas muertes innecesarias entre las mujeres del tercer mundo.

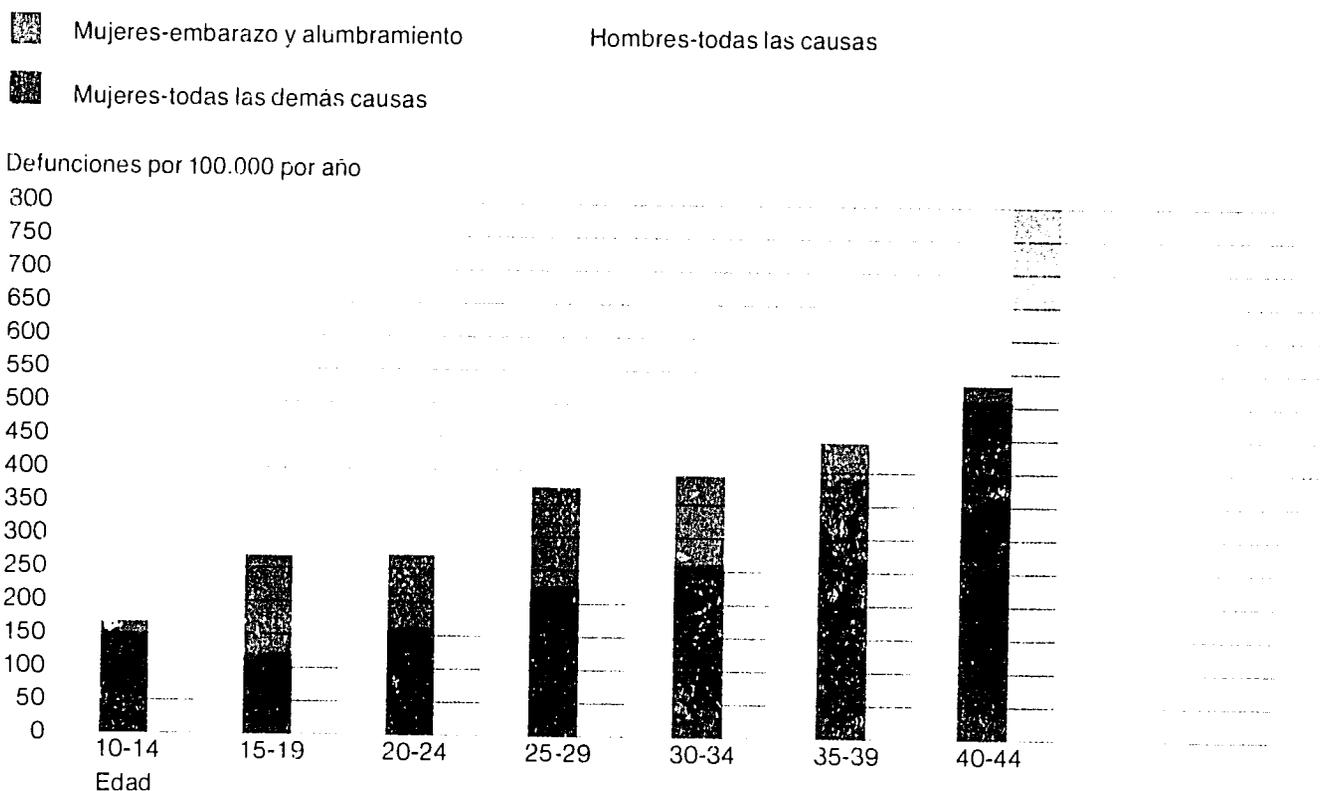
Tradicionalmente las mujeres pobres de los países en desarrollo se encontraban en estado de embarazo o lactante durante la mayor parte de sus años reproductivos.²⁷ Sus cuerpos no tenían tiempo de reponer el acervo de nutrientes vitales. Esto sigue aplicándose a numerosísimas mujeres del tercer mundo y tiene graves consecuencias para su salud. En la mayoría de esos países a mediados del decenio de 1970, de 40 a 180 mujeres fallecían como consecuencia del embarazo o el alumbramiento por cada 100.000 niños nacidos.^{52, 53} En algunas zonas esas tasas son aún más

elevadas. Por comparación, durante el mismo período hubo menos de 20 defunciones maternas por 100.000 nacimientos de niños vivos en casi todas partes de Europa.

En el Gráfico 16 se muestran las tasas de mortalidad entre mujeres y hombres de varias edades en Matlab, Bangladesh, y la proporción de defunciones entre mujeres relacionadas con el embarazo y el alumbramiento. Ambos fueron las causas más importantes de defunción entre mujeres de 15 a 19 años de edad. Por otra parte, el elevado índice de mortalidad materna aumentó la

Gráfico 16.

Defunciones de mujeres debidas a embarazo y alumbramiento y a todas las demás causas, y defunciones de hombres debidas a todas las causas, clasificados por edad, Matlab, Bangladesh, 1968-70



Fuente: Ref.: 54

tasa de mortalidad global de las mujeres bastante por encima de la de los hombres de los grupos de edad entre 15 y 39 años. Otra manera de ver esos datos es expresar las defunciones maternas como proporción de todos los fallecimientos entre las mujeres (no se muestra). Entre las mujeres de 15 a 19 años, casi seis de cada diez defunciones es-

tuvieron relacionadas con el embarazo y el parto; entre mujeres de 20 a 29 años la proporción fue de más de cuatro en cada diez y entre mujeres de 30 a 34 años fue de más de tres en cada diez. En lo que se refiere a mujeres de todas las edades en conjunto, más de uno de cada cuatro fallecimientos estuvo relacionado con el embarazo y el parto.

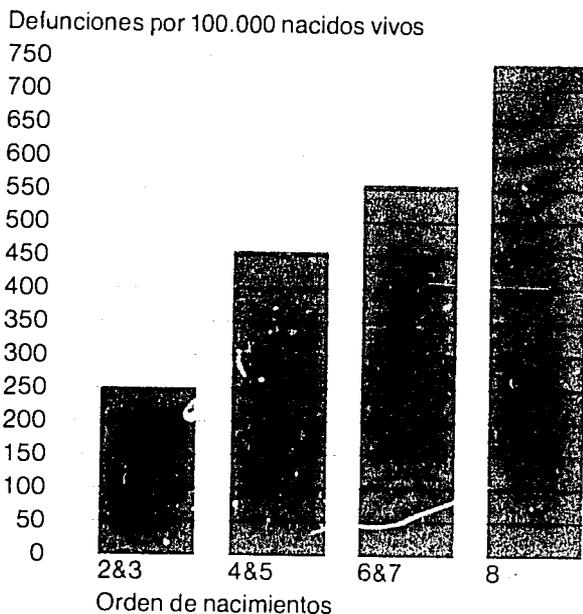


Orden de nacimiento

El efecto del embarazo y el nacimiento en la salud de la mujer está determinado, en parte, por el número de embarazos que haya tenido. El Gráfico 17 muestra ese efecto en más de 200 poblados de Matlab, Bangladesh. Entre las mujeres que iban a tener su cuarto o quinto alumbramiento (número no muy grande para los países en desarrollo), el riesgo de fallecimiento era casi el doble del de las mujeres que tenían su segundo o tercer parto. Las mujeres que iban a tener su octavo alumbramiento o más corrían un riesgo tres veces mayor de fallecimiento que el de las que iban a tener su segundo o tercero. Las defunciones también eran muy comunes entre mujeres que tenían su primer parto (no se muestran), debido en parte a que muchas de ellas eran muy jóvenes.

Las defunciones maternas aumentan con el

Gráfico 17
Defunciones maternas, por orden de nacimientos, Matlab, Bangladesh, 1968-70



Fuente: Ref.: 54

orden de nacimiento en razón de que muchas complicaciones del embarazo y el alumbramiento aumentan en medida acentuada entre el tercero y el cuarto nacimiento. Se estima que 25 millones de mujeres de los países en desarrollo sufren esas complicaciones cada año.⁵⁵

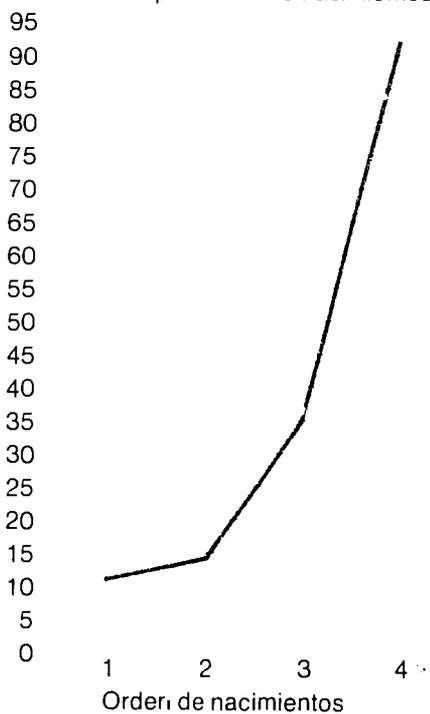
En el Gráfico 18 se muestran las defunciones maternas debidas a tres complicaciones importantes del embarazo en Inglaterra y Gales durante 1973-75. Las defunciones debidas a hemorragia (pérdida incontrolada de sangre) y embolia pulmonar (coágulos de sangre en los pulmones) son especialmente comunes a partir del cuarto nacimiento. La toxemia (presión arterial muy elevada durante el embarazo que puede dar lugar a convulsiones) es casi igualmente elevada entre los alumbramientos primero y cuarto y sucesivos, pero mucho más baja entre los partos segundo y tercero. En el Gráfico 18 también se muestran las defunciones de todas las causas combinadas. El orden de nacimiento cuarto y ulteriores lleva consigo muchas veces el riesgo de defunción del primero o segundo alumbramiento, incluso en un país donde toda la gente tiene acceso gratis a la atención médica.

Otras complicaciones que aumentan con el orden de nacimiento son problemas de la placenta y el cordón umbilical, el colapso y desgarramiento del útero, la posición anormal de nacimiento del feto y la anemia.^{7, 22, 27, 28, 31, 57}

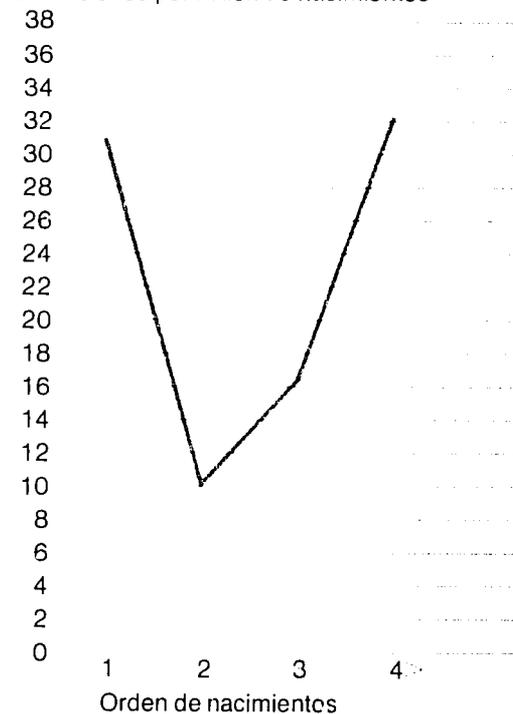
Esas complicaciones matan a muchas mujeres, pero debilitan y dañan a muchas más. Por ejemplo, la anemia hace a una persona más vulnerable a numerosas enfermedades e infecciones. Todas esas complicaciones son graves, incluso si ocurren en un hospital. Son mucho más graves, sin embargo, cuando una mujer alumbrando a su hijo en el hogar, sólo con los parientes o una partera impropia para prestarle ayuda, o cuando la atención médica más próxima se encuentra demasiado lejos o es demasiado costosa, situaciones comunes en la mayoría de los países en desarrollo.

Gráfico 18.
Defunciones maternas, por causa y orden de nacimientos, Inglaterra y Gales, 1973-75

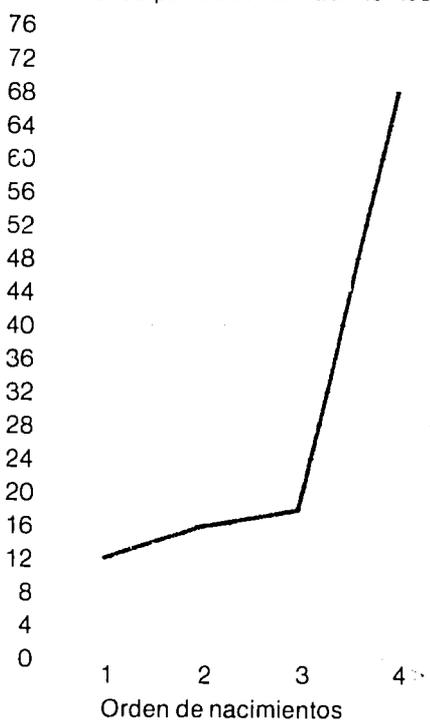
Hemorragia
Defunciones por millón de nacimientos



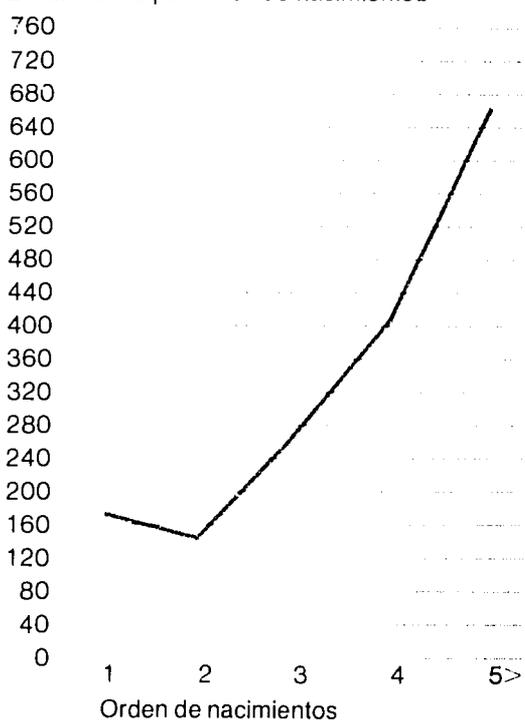
Toxemia
Defunciones por millón de nacimientos



Embolia pulmonar
Defunciones por millón de nacimientos



Todas las demás causas
Defunciones por millón de nacimientos



Fuente: Ref.: 56

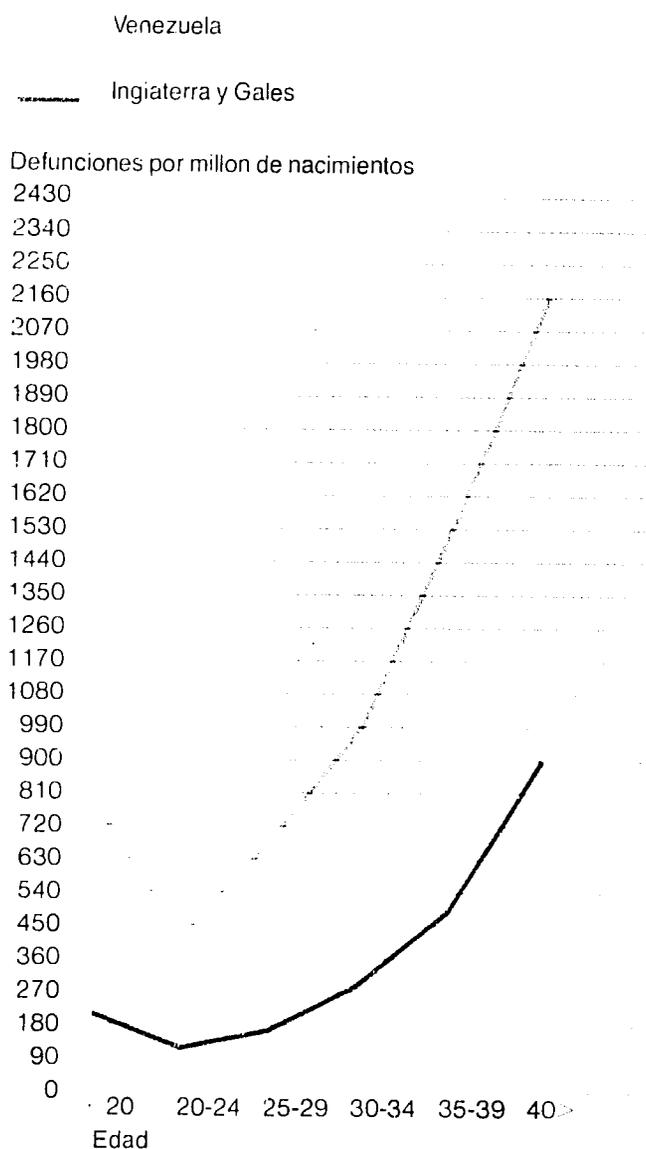
La edad materna

Los estudios de todo el mundo muestran que el riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto (y, por consiguiente, el riesgo de fallecimientos), son afectados por la edad de la mujer.³¹ Esto se aplica cualquiera que sea el nivel de mortalidad materna en el país.

En el Gráfico 19 se muestran las defunciones maternas en Venezuela en 1966-68 y en Inglaterra y Gales en 1973-75. Pese a que las tasas de Inglaterra y Gales son mucho más bajas que las de Venezuela, el riesgo más bajo de fallecimiento en ambos países se registra entre las mujeres de 20 a 30 años. En los dos países las mujeres de 40 años o más corrían un riesgo cinco veces mayor de fallecimiento que las de 20 a 24 años. Esto muestra que el mayor riesgo de fallecimiento asociado a la mayor edad materna no se limita a las mujeres de los países pobres. Aunque las tasas de mortalidad materna están descendiendo en muchos países en desarrollo, las mujeres de más de 30 años de todos modos corren un riesgo de fallecimiento derivado del embarazo considerablemente mayor que las mujeres más jóvenes.

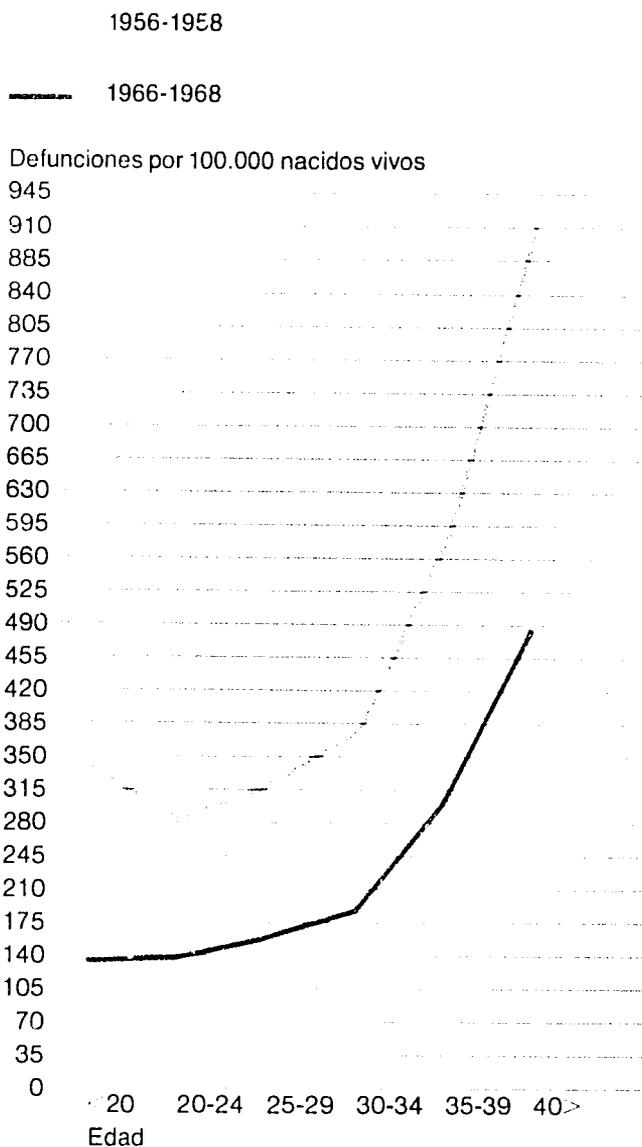
En aquellos casos en que se dispone de datos, esa característica puede apreciarse dentro de un país determinado. En el Gráfico 20 se muestra que las tasas de mortalidad materna descendieron en medida apreciable en Sri Lanka entre 1956-58 y 1966-68. Sin embargo, persistió la pauta de defunciones por edad. En los dos períodos indicados, las mujeres de 30 a 34 años fueron un tercio más susceptibles a morir en el parto que las de 20 a 24 años. Las mujeres de 40 años o más fueron tres veces y media más propensas a morir que las que tenían poco más de 20 años.

Gráfico 19.
Defunciones maternas, por edad, Venezuela, 1966-68,
e Inglaterra y Gales, 1973-75



Fuentes: Refs.: 52, 56
Véanse las notas

Gráfico 20.
Defunciones maternas, por edad, Sri Lanka, 1956-58 y 1966-68



Fuente: Ref.: 52
Véanse las notas.

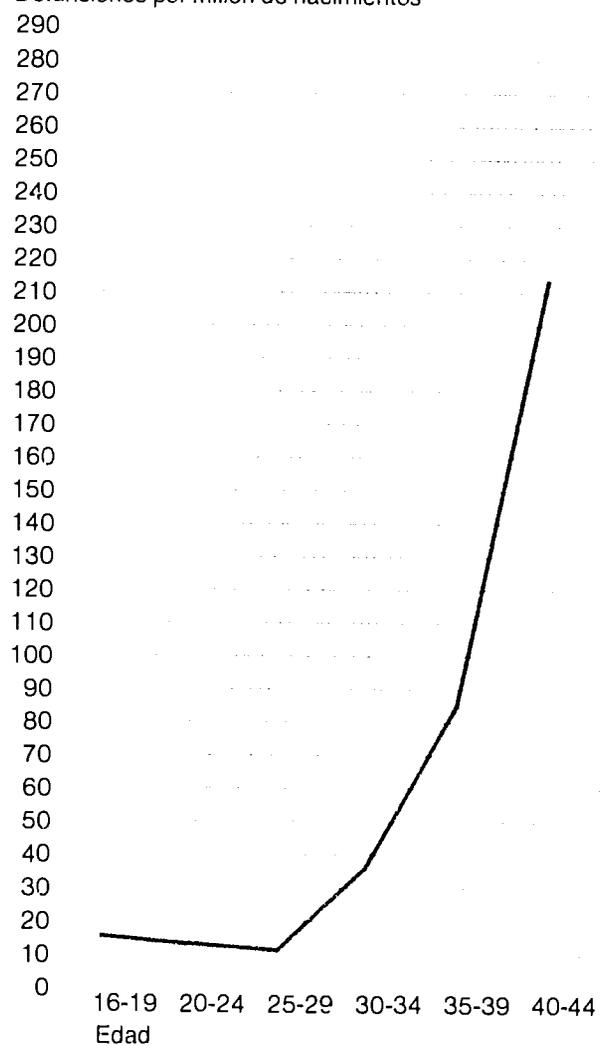
En el Gráfico 21 se muestra cómo los fallecimientos ocasionados por complicaciones importantes del embarazo varían con la edad. En lo que se refiere a la hemorragia y la toxemia (como en lo atinente a todas las causas combinadas), las mujeres de 20 a 29 años tienen las tasas más bajas, en tanto que esas tasas entre mujeres de 30 años y más se elevan en forma señalada. Aunque estos gráficos parecen bastante similares a los que muestran defunciones ocasionadas por complicaciones del embarazo por orden de nacimiento, la edad materna y el orden de nacimiento ejercen efectos independientes. En el caso de las mujeres en cada grupo de edad, las que tienen su segundo alumbramiento son las que tienen menos probabilidades de morir. En lo que se refiere a las mujeres en cada grupo de orden de nacimiento, las de 20 a 29 años de edad tienen menos probabilidades de morir que las demás mujeres durante el embarazo o el parto.⁵⁶

Si bien los fallecimientos maternos ocasionados por infección (sepsis) han dejado de ser comunes en los países desarrollados, siguen constituyendo un problema importante en el tercer mundo. El riesgo de infección es mucho más elevado entre las mujeres de edad que entre las que tienen de 20 a 29 años.³¹

Gráfico 21.
Defunciones maternas, por causa y edad, Inglaterra y Gales, 1973-75

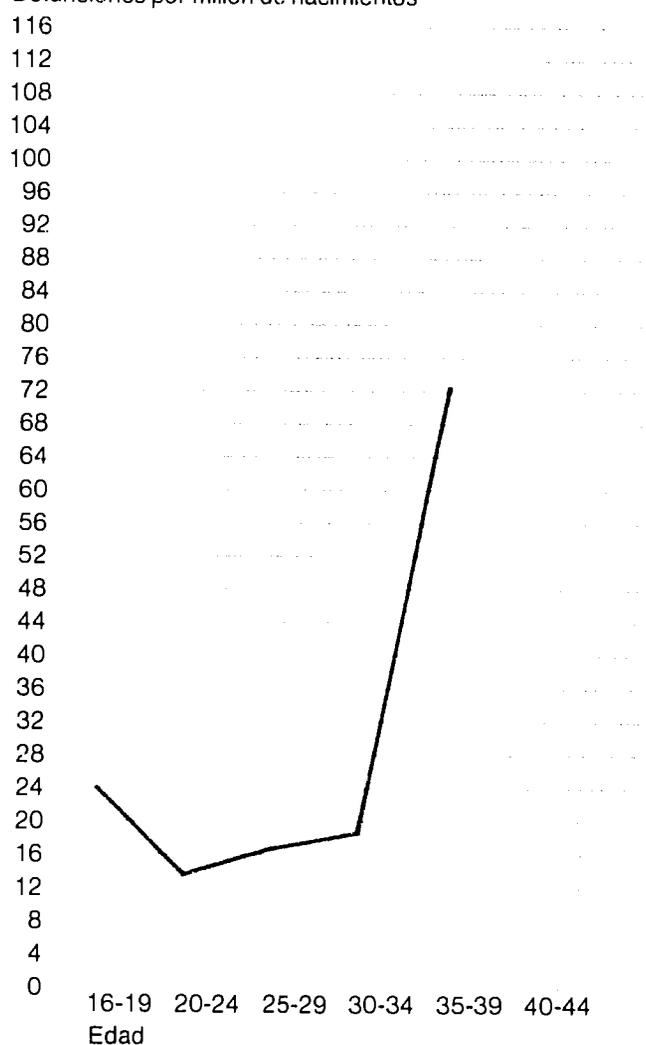
Hemorragia

Defunciones por millón de nacimientos



Toxemia

Defunciones por millón de nacimientos



Fuente: Ref.: 56

Aunque muchos países han adoptado leyes más liberales relacionadas con el aborto en el curso de los últimos años, en la mayoría de los países en desarrollo el aborto provocado es todavía ilegal o sólo se permite para salvar la vida de la mujer.⁵⁸ Incluso en los lugares donde es legal, el acceso a los servicios de aborto puede estar limitado por restricciones burocráticas, las distancias o los gastos. En consecuencia, se estima que de 15 a 25 millones de mujeres recurren al aborto ilegal cada año para no tener nacimientos indeseados.⁵⁹ Muchas de esas mujeres no tienen acceso a métodos anticonceptivos eficaces que hubieran evitado la mayoría de sus embarazos no deseados.

Para unas pocas mujeres que disponen de medios económicos en los centros urbanos, el tener un aborto ilegal puede estar relativamente libre de riesgos, ya que pueden pagar al personal médico para que realice el aborto. Ahora bien, para la vasta mayoría de mujeres de los países en desarrollo, el tener un aborto ilegal significa dolor, miedo, y abordar un riesgo considerable de infección, hemorragia y muerte.⁵⁹ Se calcula en más de 68.000 el número de mujeres que fallecieron en los países en desarrollo como consecuencia de abortos ilegales en 1977.⁶⁰ Dado que es sumamente difícil obtener información acerca de cualquier acto ilegal, es probable que incluso esas cifras cuantiosas sean subestimaciones.

Resulta particularmente inquietante el que los expertos en salud crean que el aborto ilegal está generalizándose cada vez más. En África, por ejemplo, donde el aborto ilegal había sido menos común que en algunas otras partes del tercer mundo, un número creciente de mujeres jóvenes urbanas está teniendo abortos ilegales.⁵⁹ Esas mujeres son las víctimas infortunadas de culturas en transición: están casándose más tarde de lo que lo hacían generaciones anteriores y tienen relaciones sexuales premaritales. Pero sin embargo no tienen acceso fácil a métodos anticonceptivos eficaces. Por otra parte, están sujetas a ser despedidas de las escuelas y de los empleos si llega a saberse que están embarazadas.

En estudios especiales se da alguna idea de la magnitud y gravedad de ese problema:

En Rodesia el 13 por ciento de las muertes maternas en hospitales de importancia se atribuyó a complicaciones siguientes al aborto ilegal.⁶¹

En Turquía alrededor de una de cada siete mujeres manifestó en 1975 que había tenido un aborto ilegal, en comparación con una de cada 14 en 1963.⁶²

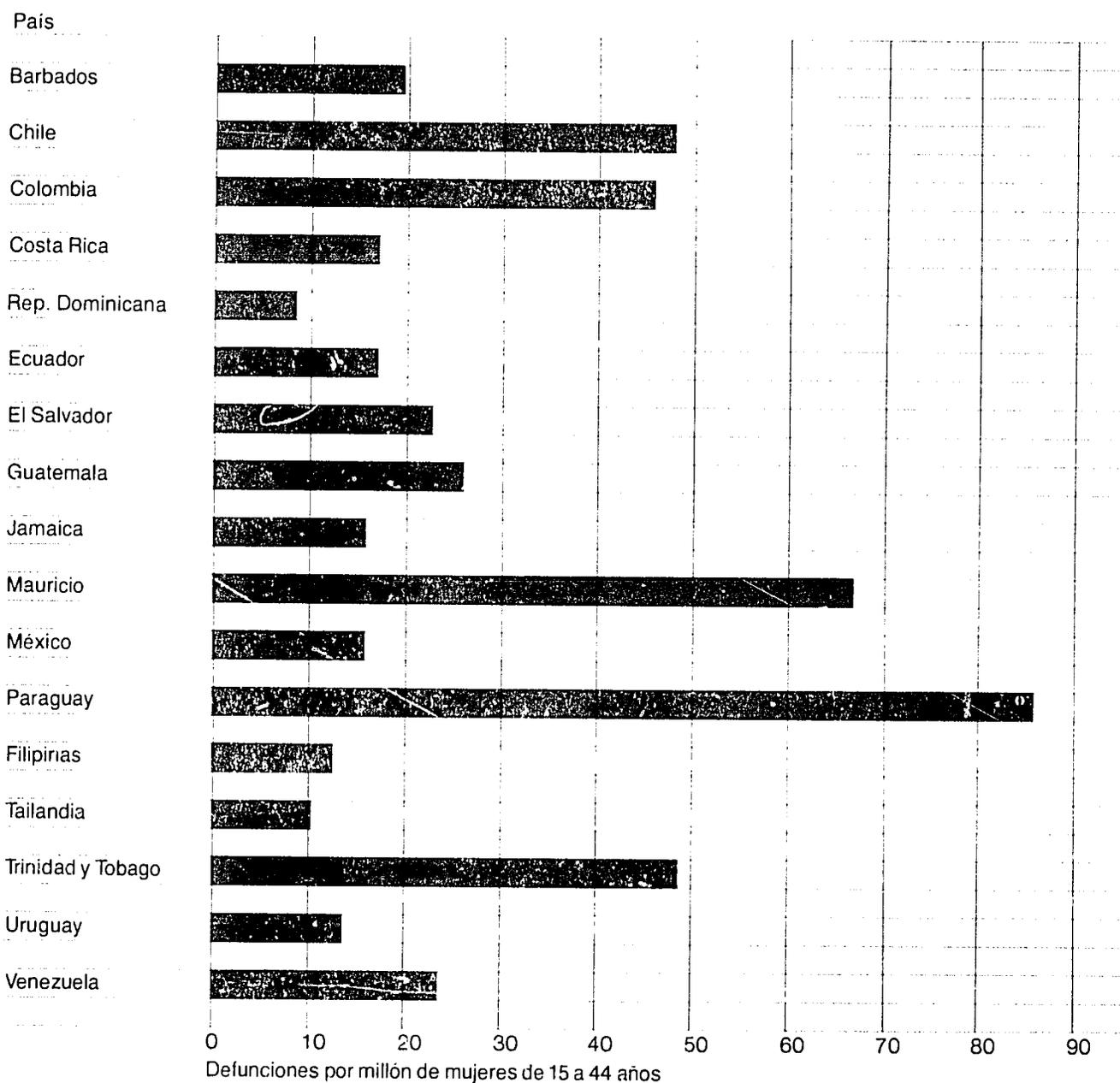
En una encuesta realizada en 1978 de practicantes de abortos ilegales en las zonas rurales de Tailandia se encontró que cada una de ellos llevaba a cabo un promedio de 350 abortos por año.⁶³ La mayoría de los practicantes utilizaba métodos tradicionales peligrosos, incluido el "masaje" del abdomen, la inserción de hierbas o de palillos aguzados en el útero e infusiones de hierbas tóxicas.

En el Hospital de Maternidad de El Salvador una cuarta parte de las defunciones obstétricas se debió a los abortos ilegales.⁶⁴

En Bolivia el 60 por ciento de los costos de administrar los servicios obstétricos/ginecológicos se destina a tratar a mujeres que llegan al hospital con complicaciones derivadas de un aborto ilegal.⁶⁴

En el Gráfico 22 se muestran las defunciones notificadas producidas por abortos ilegales en diversos países. Esas cifras no indican necesariamente qué países tienen las tasas más elevadas (tal vez tengan simplemente un sistema más preciso de notificación), y es probable que todas esas tasas sean subestimaciones. En el Gráfico 22, sin embargo, se da cierta idea del aborto ilegal como problema de salud pública. En los países donde el aborto es legal – por ejemplo, en el Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido y varias naciones escandinavas – los fallecimientos ocasionados por abortos ilegales son casi desconocidos ahora (es menos de un fallecimiento por millón de mujeres de 15 a 44 años de edad).⁵⁸

Gráfico 22.
Defunciones anuales debidas a abortos ilegales en el decenio de 1970



Fuente: Ref.: 58
Véanse las notas.

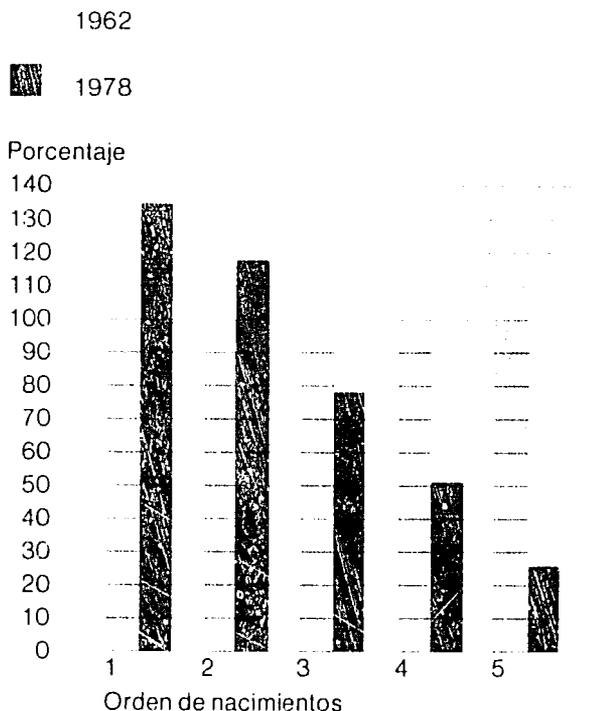
La salud de la mujer: ¿Qué efecto puede tener la planificación familiar?

En los países desarrollados y en los que se encuentran en desarrollo, a medida que aumenta la utilización de métodos anticonceptivos, las mujeres tienen familias más reducidas y menos alumbramientos a edades desfavorables. En Chile, por ejemplo, entre 1962 y 1978 la proporción de todos los nacimientos que fueron terceros o ulteriores en el orden, se redujo bruscamente como se muestra en el Gráfico 23. En el Gráfico 24 se ilustra que si bien los nacimientos descendieron

entre las mujeres de todas las edades, los mayores descensos se registraron entre muchachas menores de 15 años y mujeres de 30 años o más de edad. Si se le ofrece la oportunidad, la mujer puede evitar, y lo hace, los embarazos de elevado riesgo.

Al posibilitar el que la mujer evite los embarazos que representan un alto riesgo, la planificación familiar contribuye en medida sustancial a la salud materna. Se estima que si sólo las mujeres de 20 a

Gráfico 23.
Nacimientos en 1978 como porcentaje de nacimientos en 1962, por orden de nacimientos, Chile



Fuente. Ref.: 8



34 años tuvieran alumbramientos, la mortalidad materna se reduciría en alrededor de una quinta parte en México, Tailandia y Venezuela, y en aproximadamente una cuarta parte en Colombia y Filipinas.³¹ Los investigadores de Bangladesh estiman que si las mujeres de ese país no tuvieran más de tres hijos, las defunciones maternas se reducirían en un 30 por ciento completo.

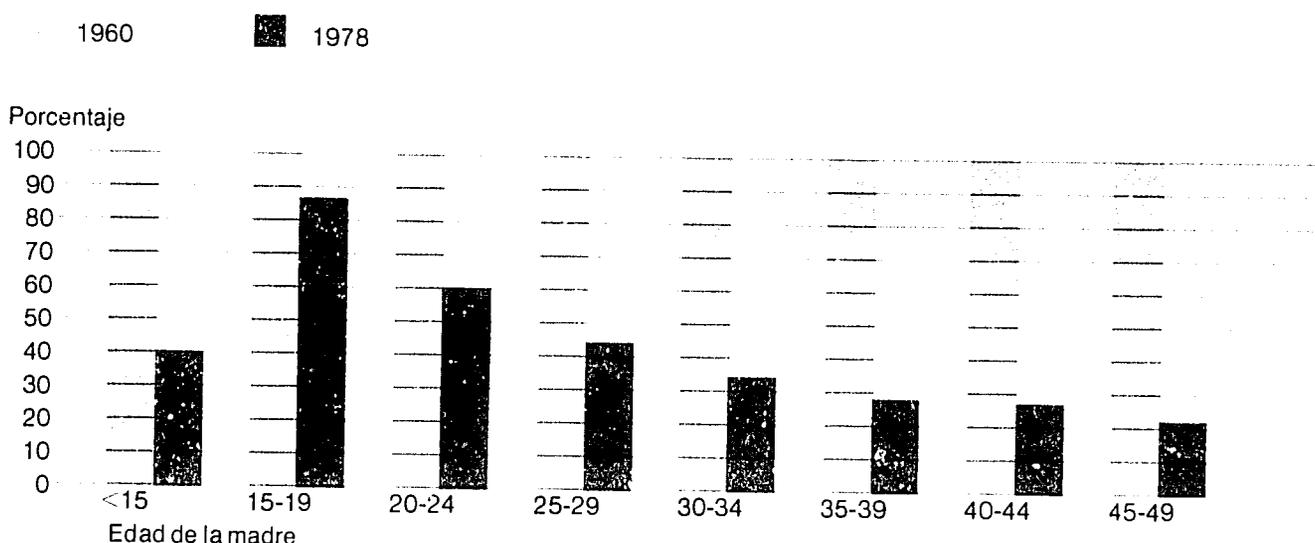
La posibilidad de impedir fallecimientos ocasionados por abortos ilegales por medio de la planificación familiar es evidentemente muy grande, ya que esos embarazos no son deseados. Eso se ha demostrado en varios países, incluidos los Estados Unidos, Gran Bretaña, Yugoslavia y Chile.^{59, 65, 66} Los datos procedentes de Europa Oriental muestran que el imponer restricciones a los abortos ilegales ejerce un efecto opuesto. En Rumania, por ejemplo, podía recurrirse a solicitud a los abortos legales hasta 1966, cuando se establecieron limitaciones al acceso a esos servicios.

Como consecuencia, los fallecimientos debidos a los abortos aumentaron de uno a ocho por cada 100.000 mujeres entre 1965 y 1972.⁶⁶

En Chile, entre 1965 (cuando comenzó a disponerse de manera más generalizada de los métodos anticonceptivos modernos) y 1978, el número de mujeres que acudió a los hospitales en busca de ayuda para atender complicaciones derivadas de abortos ilegales descendió en escala espectacular. En el Gráfico 25 se muestra la proporción de todas las hospitalizaciones obstétricas debidas al aborto en Chile durante esos años. Ese descenso no sólo ahorró a muchas mujeres sufrimientos y les salvó la vida, sino que además permitió que recursos hospitalarios tan valiosos como suministros de sangre, antibióticos, camas y tiempo del personal se utilizaran para atender a otras personas necesitadas. Esto es importante en los países en desarrollo, donde los recursos médicos son escasos.

Gráfico 24.

Nacimientos en 1978 como porcentaje de nacimientos en 1960, por edad de la madre, Chile

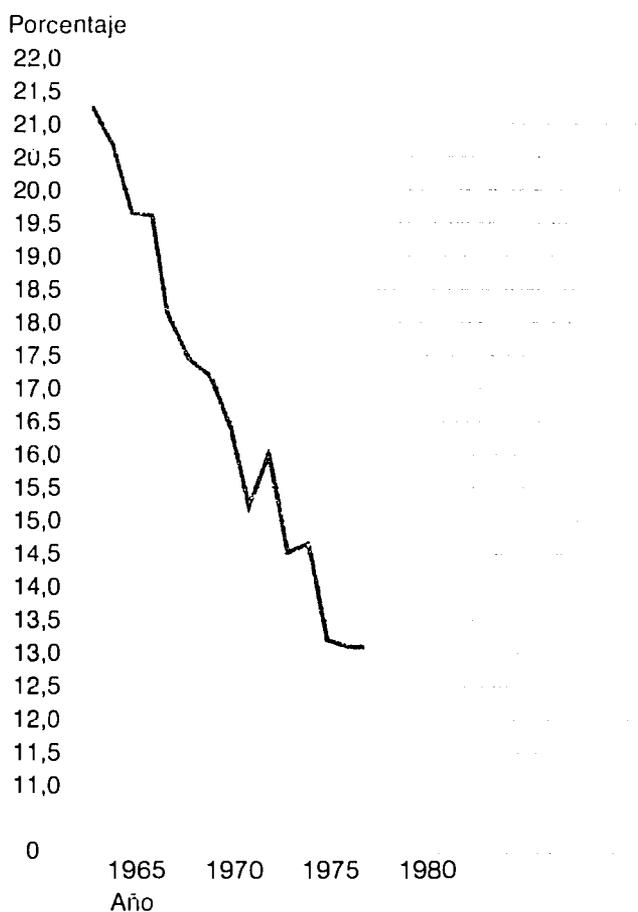


Fuente: Ref.: 8

Según se muestra en el Gráfico 26, tal como la hospitalización debida a complicaciones del aborto ilegal ha disminuido en Chile, así ha ocurrido con los fallecimientos resultantes de esas complicaciones. Ahora bien, dado que el aborto es todavía ilegal en Chile, más de 20 mujeres murieron de aborto por cada 100.000 nacimientos de niños vivos que tuvieron lugar en 1979. En

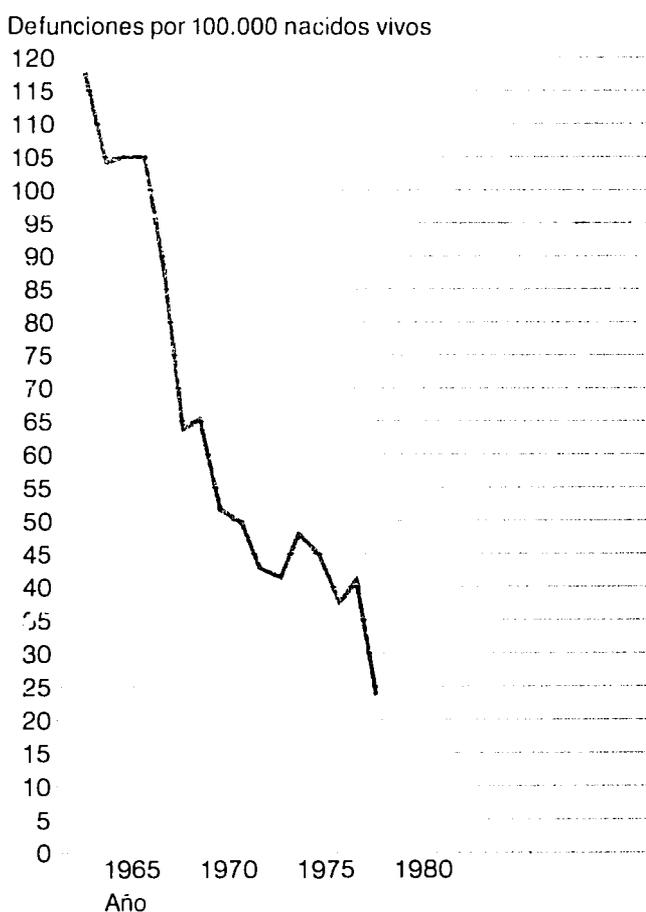
comparación, en los Estados Unidos, donde el aborto inducido ha sido legal desde 1973, se registra ahora menos de una defunción como consecuencia del aborto por cada 100.000 nacidos vivos.⁶⁵

Gráfico 25.
Porcentaje de todas las hospitalizaciones obstétricas debidas al aborto, Chile, 1964-78



Fuente: Ref.: 8

Gráfico 26.
Defunciones maternas debidas al aborto, Chile, 1964-79



Fuente: Ref.: 8



Capítulo 3

La planificación familiar en los países en desarrollo

A medida que ha ido disponiéndose de métodos anticonceptivos modernos en numerosas partes del tercer mundo, millones de mujeres han comenzado a utilizarlos con la mira de planificar sus familias. Sin embargo, aún existe una gran necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar:

Muchas mujeres todavía tienen embarazos muy cercanos uno del otro.

Numerosas mujeres que no desean tener más hijos no están utilizando un método anticonceptivo eficaz.

Grandes proporciones de mujeres de algunos países no conocen ningún lugar al que acudir para obtener servicios de planificación familiar.

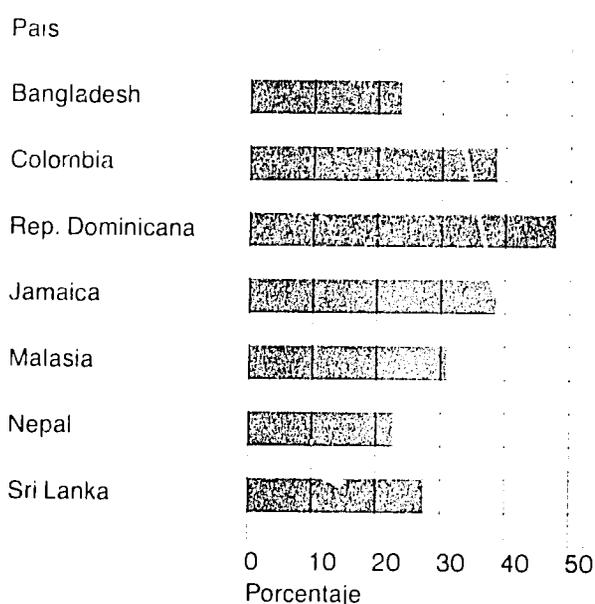
Aunque algunos métodos anticonceptivos tienen efectos colaterales raros pero graves, plantean una amenaza menor para la salud de la mayoría de las mujeres que el embarazo y el parto. Esto se aplica a los países desarrollados, donde las tasas de mortalidad materna son bajas. Es probable que el ahorro de vidas debido a la utilización de anticonceptivos eficientes sea mucho mayor en los países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son mucho más elevadas.

Desde mediados del decenio de 1960, cuando comenzaron a utilizarse ampliamente el anticonceptivo oral y el DIU, y se pusieron en marcha programas organizados de planificación familiar en muchos países, ha tenido lugar lo que puede describirse como una "revolución anticonceptiva" en muchas partes del mundo. Esa revolución ha llegado más lejos en su avance en los países desarrollados, pero no cabe duda de que también está firmemente en camino en numerosos países en desarrollo. En 1976 el 34 por ciento de las mujeres que se encontraban expuestas a tener un embarazo indeseado estaban utilizando alguna forma de anticoncepción.⁶⁷ En muchos países en desarrollo han comenzado a descender las tasas de natalidad.³⁷

No obstante, son muchos los millones de parejas que todavía no tienen medios de ejercer su derecho a "determinar de manera libre, instruida y responsable el número y espaciado de sus hijos", derecho afirmado por la Conferencia Mundial de Población celebrada en 1974.^{68, pag. 159} Del 34 por ciento de las mujeres que estaban utilizando algún método anticonceptivo en 1976, casi la mitad estaba aplicando un método ineficiente. Por otra parte, el 66 por ciento de las mujeres que corrían el riesgo de tener un embarazo indeseado no estaba utilizando ningún método de ninguna especie.

Los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad posibilitan medir la necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos por otros medios. En el Gráfico 27, por ejemplo, se muestran las proporciones de mujeres en varios países cuyos dos últimos embarazos estuvieron más próximos entre sí de lo que es aconsejable para la salud materno-infantil. En los siete países enunciados, encima de dos de cada diez mujeres con dos hijos o más habían tenido intervalos breves entre los alumbramientos. En Colombia y Jamaica esto se aplicaba a cuatro de cada diez, y en la República Dominicana la relación era de casi cinco por cada diez.

Gráfico 27.
Porcentaje de mujeres cuyos dos últimos embarazos tuvieron intervalos menores de 24 meses, 1974-76



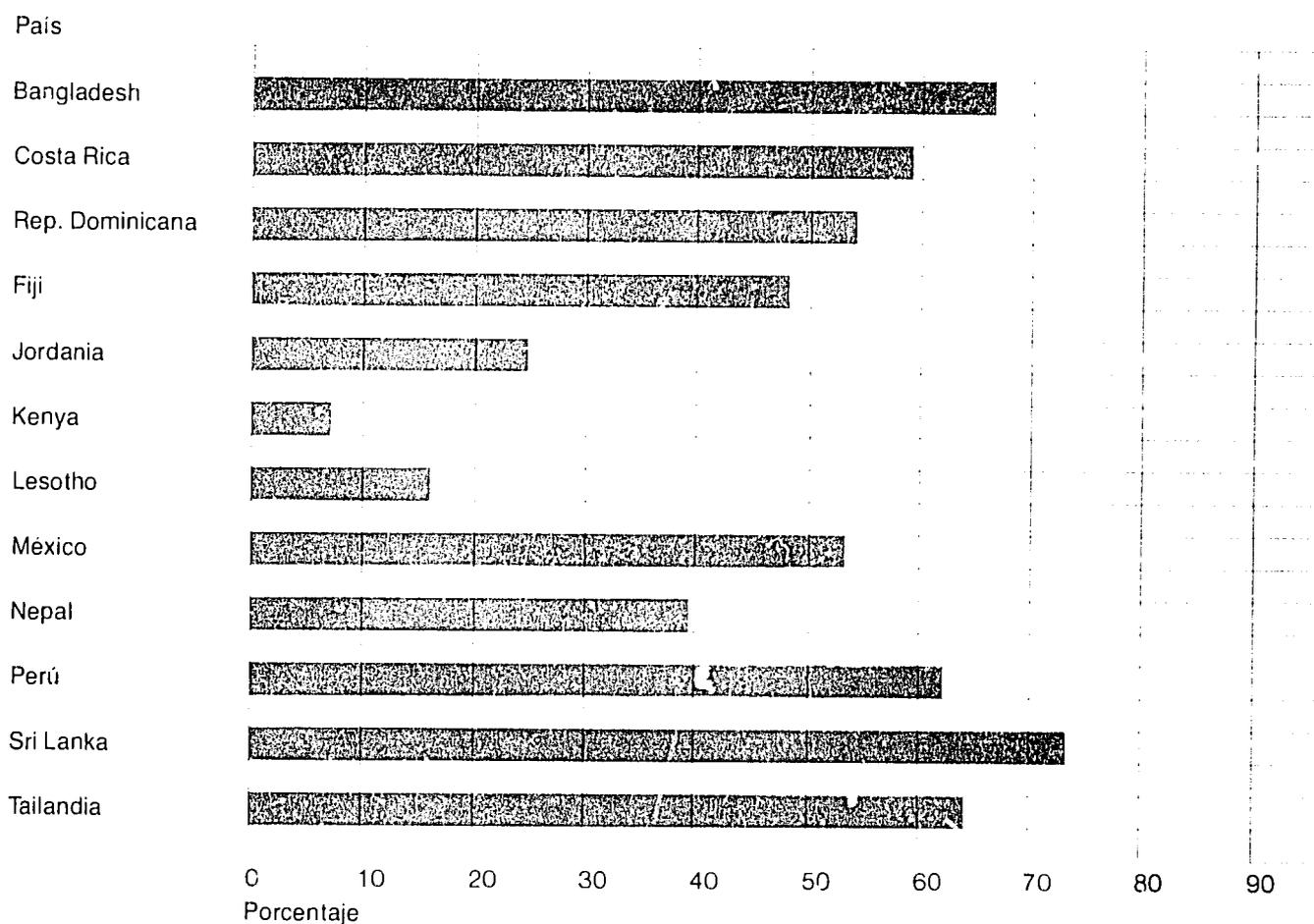
Fuente: Ref.: 38-41, 47, 69, 48
Véanse las notas.

Hay mucha gente que da por supuesto que las mujeres de los países pobres tienen familias numerosas simplemente porque así lo quieren. En general, sin embargo, eso no es cierto. En el Gráfico 28 se muestra que en numerosos países en desarrollo grandes proporciones de mujeres con tres hijos vivos no desean tener más hijos. La

proporción más pequeña se encuentra en Kenya, donde sólo el 7 por ciento de las mujeres con tres hijos manifiestan que no desean tener más. En siete de esos doce países, más de la mitad de las mujeres no quieren tener un cuarto hijo.

En el Gráfico 29 se muestran las proporciones de mujeres de 30 a 34 años que desean dejar de

Gráfico 28.
Porcentaje de mujeres con tres hijos vivos que no desean tener más hijos, 1974-77



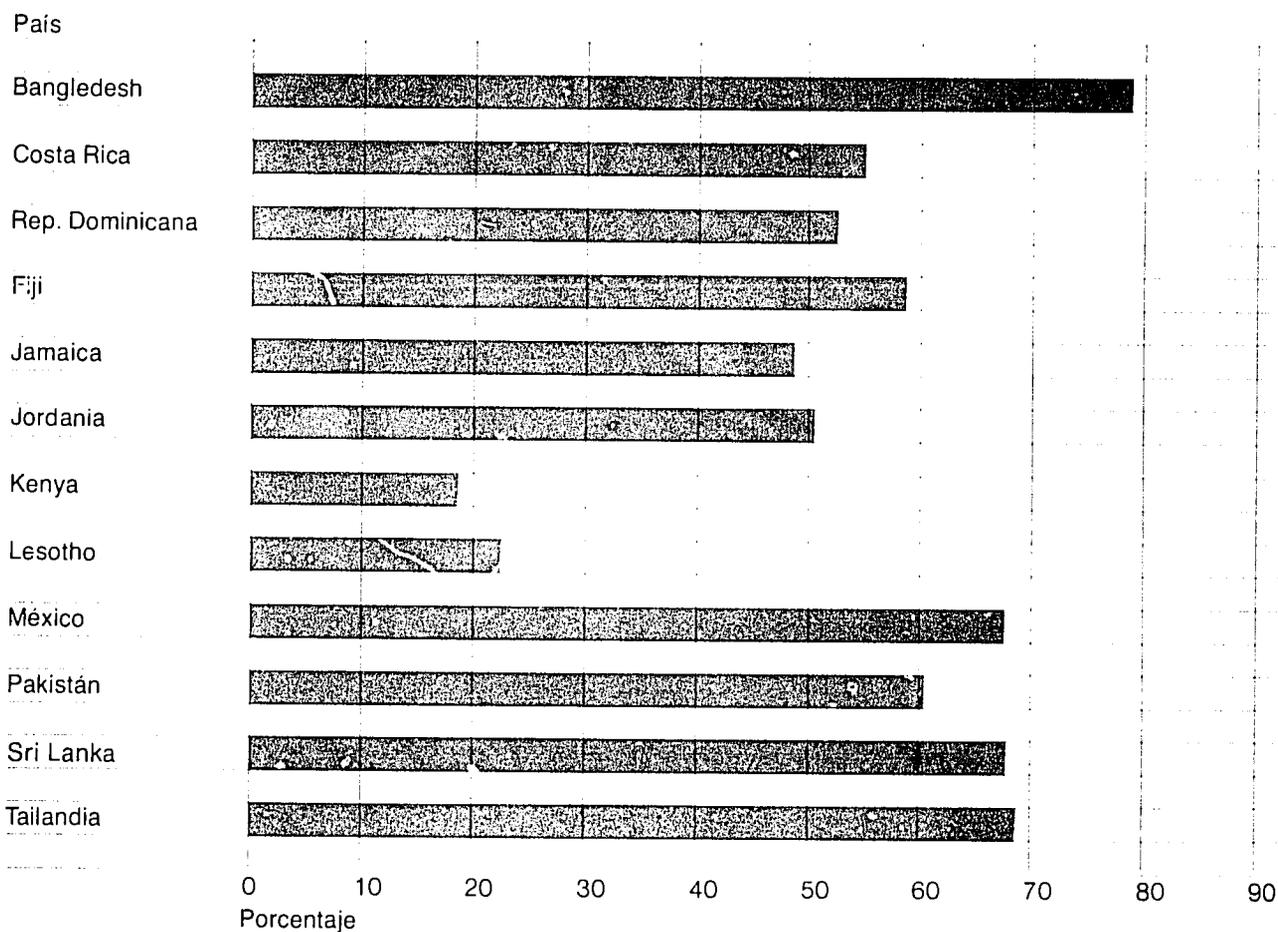
Fuente: Refs.: 38, 70, 40, 71, 42, 49, 88, 72, 69, 44, 48, 45
Véanse las notas.

tener hijos. La escala comprende desde el 19 por ciento en Kenya hasta el 79 por ciento en Bangladesh. Si esas mujeres pudieran poner en práctica sus deseos e impedir nacimientos indeseados, podrían evitarse muchos nacimientos innecesarios de niños y de fallecimientos maternos.

Aun cuando no desean tener más hijos, muchas

mujeres de los países en desarrollo no están utilizando métodos contraceptivos. En el Gráfico 30 se muestran proporciones de mujeres que declaran que no quieren tener más hijos clasificadas según si están utilizando algún método y si están aplicando un método anticonceptivo eficiente. Existe una gran variación entre los países. La

Gráfico 29.
Porcentaje de mujeres de 30 a 34 años que no desean más hijos, 1974-77



Fuente: Refs.: 38, 70, 40, 71, 41, 42, 49, 88, 72, 43, 48, 45
Véanse las notas.

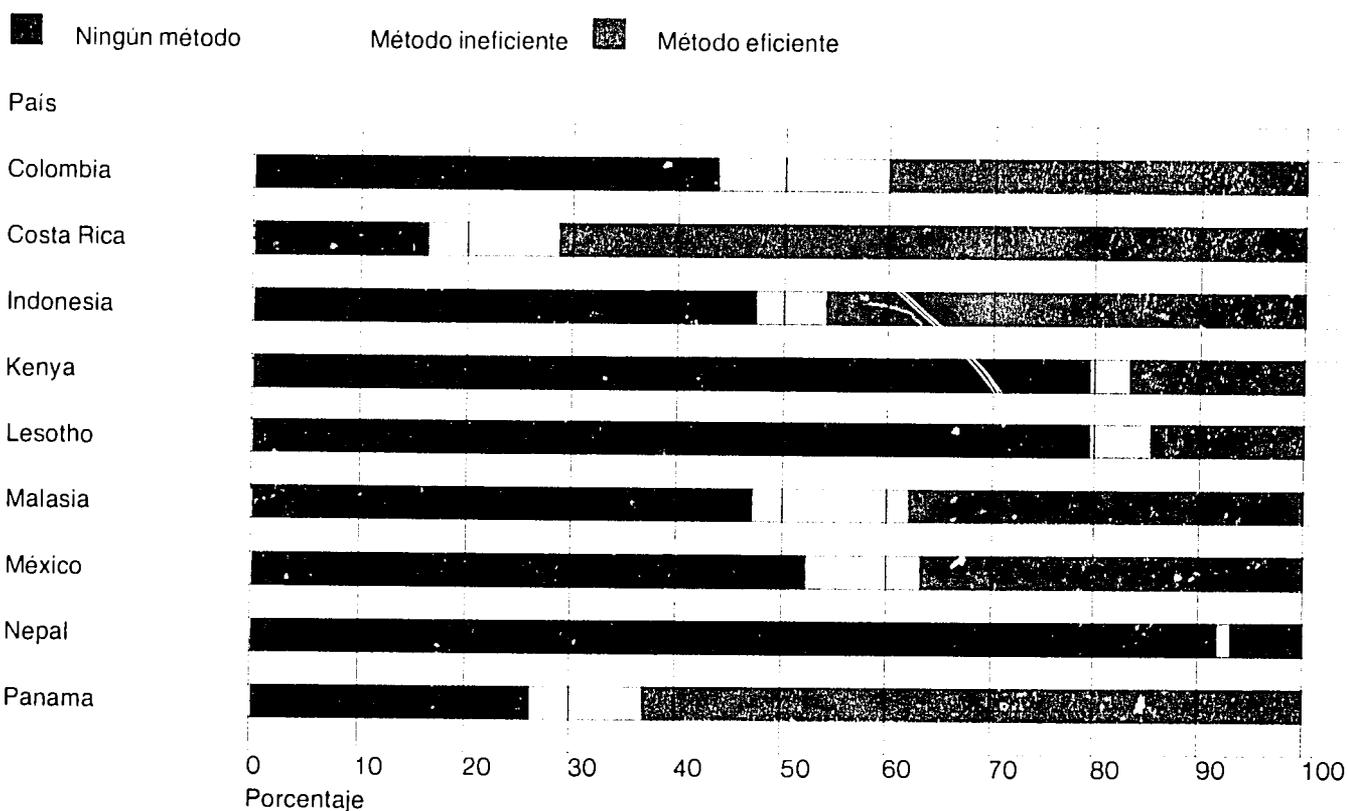
proporción más baja de mujeres que no están utilizando método alguno se encuentra en Costa Rica, donde sólo el 16 por ciento de las mujeres que no desean tener más hijos está desprotegida por completo contra el embarazo indeseado. En el otro extremo se halla Nepal, donde el 91 por ciento de las mujeres que no quieren tener más hijos no está utilizando ningún método. En el Gráfico 30 también se muestra que en algunos países un gran número de mujeres está utilizando métodos

anticonceptivos tan ineficientes como el retiro, el ritmo y el lavado vaginal. Esas mujeres están propensas a tener un embarazo indeseado y verse ante la disyuntiva de tener que elegir entre un alumbramiento indeseado o un peligroso aborto ilegal.

Al principio parece desconcertante que mujeres que no desean tener más hijos no estén tomando medidas para impedir el embarazo. Importa recordar, sin embargo, que muchas de esas mujeres no

Gráfico 30.

Porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos y están utilizando un método anticonceptivo eficiente, ineficiente o no están utilizando ninguno, 1974-77



Fuente: Ref.: 73
Véanse las notas.

tienen acceso fácil ni a suministros anticonceptivos ni a información. En el Gráfico 31 se muestra la proporción de mujeres que dicen que no saben dónde obtener asesoramiento en cuanto a métodos anticonceptivos o suministros. En general, los países donde estas proporciones son grandes son los mismos en los que elevadas proporciones de mujeres que no desean tener más hijos no están utilizando ningún método. Esto demuestra que la información acerca de la planificación familiar y del acceso a esos medios es un factor importante en lo que se refiere a impedir embarazos indeseados y de elevado riesgo.⁷⁵

Los datos de Kenya ilustran este argumento de manera vívida. En ese país menos de un tercio de las mujeres han utilizado alguna vez un método anticonceptivo. También es cierto, sin embargo, que menos de la mitad han oído hablar alguna vez de un lugar donde pudieran obtener suministros anticonceptivos. La instrucción, la zona de residencia y la religión son factores todos que afectan a la proporción de mujeres que han oído hablar en alguna ocasión de un lugar de planificación familiar y a la de mujeres que han utilizado en alguna circunstancia métodos anticonceptivos. Es más probable que las mujeres instruidas, que viven en zonas urbanas, o que son cristianas (por

comparación con las musulmanas de Kenya) hayan oído hablar de un local de planificación familiar o hayan empleado algún método. En el Gráfico 32 se muestra que en Kenya, dentro de cada grupo (ya sea que esté definido por grado de instrucción, residencia o religión), la gran mayoría de las mujeres que han oído hablar alguna vez de un lugar donde pueden obtenerse servicios de planificación familiar han utilizado algún método.

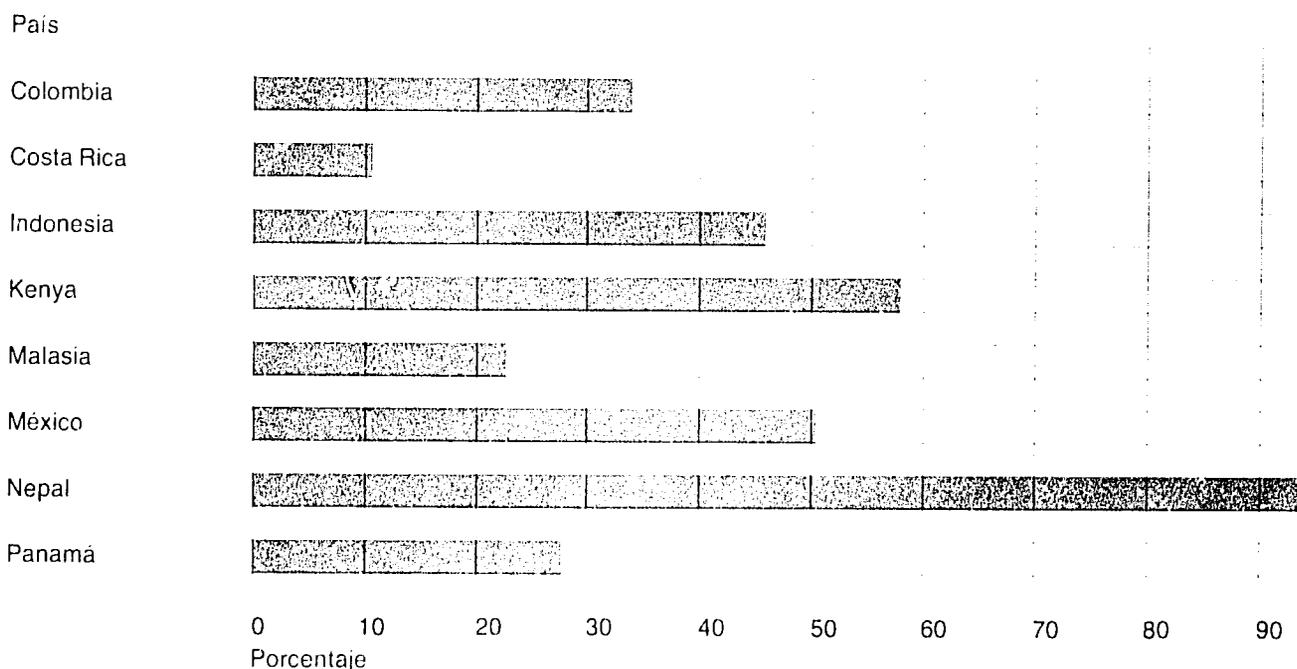
Por supuesto, el simple hecho de conocer un lugar donde se consiguen anticonceptivos es una medida muy imprecisa del grado de accesibilidad. El tiempo y los gastos de viaje al lugar de planificación familiar, el disponer de esos servicios en el momento del día en el que la mujer puede alejarse de sus obligaciones familiares y muchos otros factores pueden influir en la utilización de ese conocimiento.

En un país tras otro, cuando se facilitan anticonceptivos son muchísimas las mujeres que los utilizan. Algunas de ellas, sin embargo, tienen temor de emplear métodos modernos como la píldora y el DIU. Por fortuna esos métodos se han venido estudiando por espacio de muchos años y es mucho lo que se ha aprendido acerca de sus riesgos y beneficios.

Los mejores estudios relacionados con la pí-

Gráfico 31.

Porcentaje de mujeres casadas que no saben dónde obtener consejos o métodos anticonceptivos, 1974-78



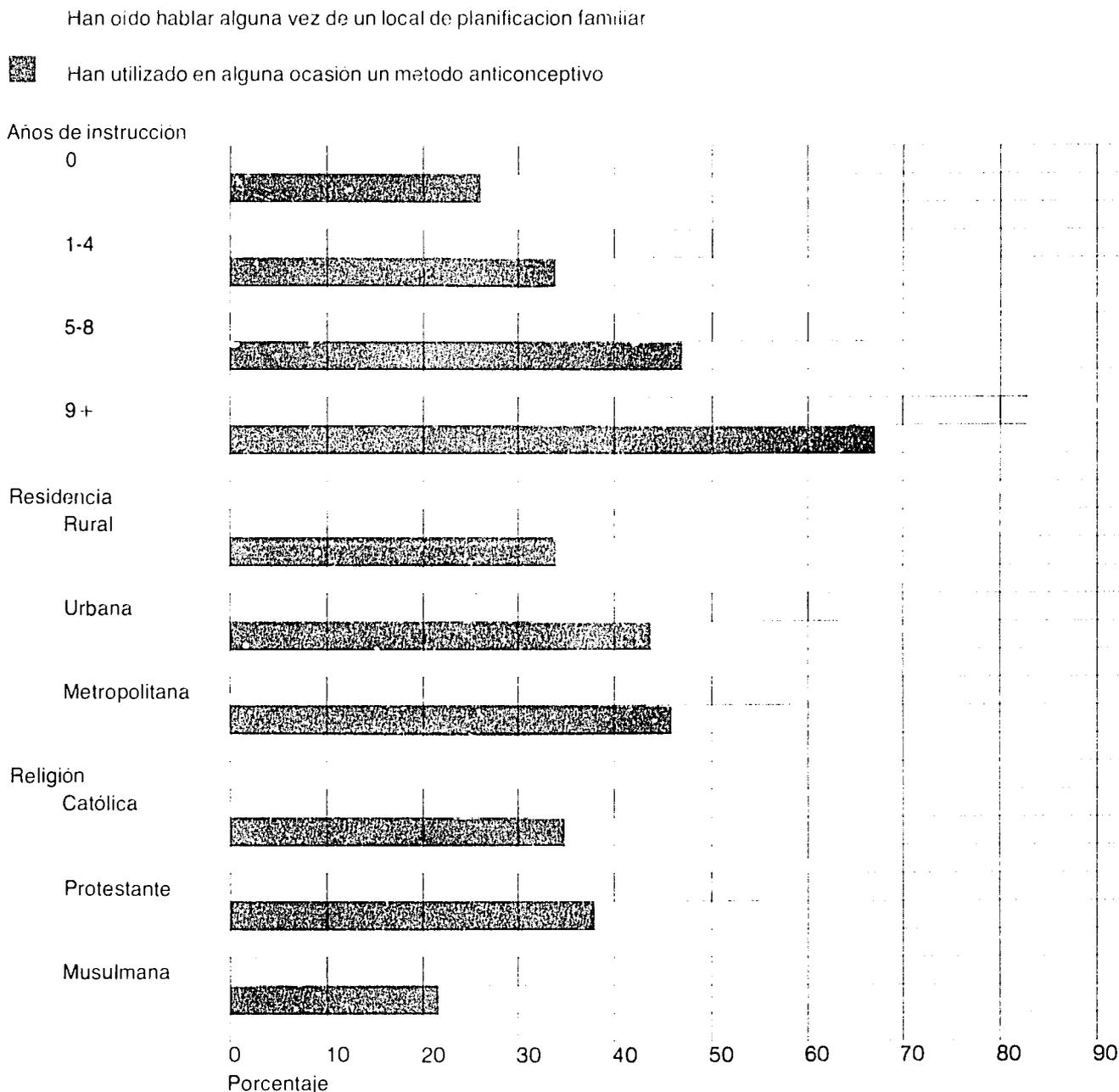
Fuente: Ref.: 74
Véanse las notas.

dora y sus efectos en la salud se han llevado a cabo en Inglaterra, donde se ha seguido con todo cuidado la evolución del estado de salud de más de 60.000 mujeres durante una docena de años.⁷⁶ El problema más grave asociado con la utilización de la píldora es el riesgo acrecentado de sufrir trastornos cardiovasculares (crisis fulminantes,

coágulos de sangre y ataques cardíacos) por usuarias de la píldora de 35 años o más que fuman cigarrillos. Otros problemas de salud vinculados con la píldora son el mayor riesgo de padecer enfermedades de la vesícula biliar y tumores del hígado. Estos, aunque son benignos y sumamente raros, pueden amenazar la vida del paciente.

Gráfico 32.

Porcentaje de mujeres de 25 a 34 años de edad que han oído hablar en alguna ocasión de un local donde se distribuían suministros de planificación familiar, y que han utilizado alguna vez algún método anticonceptivo, Kenya, 1977-78



Fuente: Ref.: 49.
Véanse las notas

Si bien los estudios de los efectos de la píldora han descubierto esos problemas de salud, no han confirmado otras complicaciones que se sospecha son ocasionadas por la píldora. Lo que es más importante, entre las mujeres que utilizan la píldora no se han encontrado tasas más elevadas de cáncer que en las demás.⁷⁶ En realidad parece que el empleo de la píldora puede actuar de elemento protector contra el cáncer del endometrio (membrana mucosa de la cavidad uterina) y de los ovarios.

Las mujeres que utilizan los DIU corren un riesgo mayor de infección pélvica.⁷⁷ Esto puede ser importante en poblaciones donde son comunes las enfermedades transmitidas sexualmente, ya que el DIU pudiera agravar infecciones que no se han detectado o no se han tratado.

En el último decenio se han logrado varias mejoras importantes en las técnicas de esterilización, sobre todo la introducción de la laparoscopia y la minilaparatomía. La esterilización es un método de bajo riesgo para el control de la fecundidad de parejas que han completado sus familias.^{78, 79}

Los métodos anticonceptivos de barrera (como el diafragma y el condón) y los tradicionales (como el ritmo y el retiro) también son seguros en el sentido de que no se sabe que tengan efectos colaterales dañinos. Ahora bien, esos métodos no son tan eficaces como la píldora y el DIU, y los embarazos no premeditados entre parejas que utilizan métodos de barrera y tradicionales exponen a la mujer a los peligros del embarazo y el alumbramiento.

En el Gráfico 33 se muestra el riesgo mortal que plantean varios métodos de control de la fecundidad entre mujeres de diferentes edades en los Estados Unidos. En esas estimaciones se combina el riesgo de pérdida de la vida como consecuencia de complicaciones derivadas de la utilización de anticonceptivos con el riesgo similar producido por un embarazo no premeditado y el alumbramiento consiguiente. Por ejemplo, entre las usuarias de la píldora hay pocos embarazos, de modo que la mayoría de las defunciones se

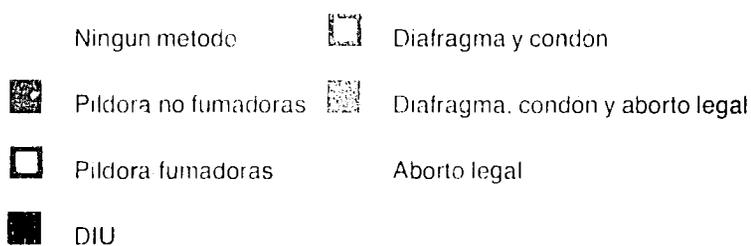
deben a complicaciones derivadas del uso del método, en tanto que entre las mujeres que utilizan método de barrera los fallecimientos se deben a complicaciones del embarazo. En todos los grupos de edad, las mujeres que no utilizan método alguno de control de la fecundidad corren un mayor riesgo de morir que las que utilizan la píldora (siempre y cuando no fumen), el DIU, o métodos de barrera y/o el aborto para controlar su fecundidad. En el caso de las mujeres de 30 años o más de edad que son fumadoras, la utilización de la píldora es mucho más peligrosa que no utilizar método alguno de anticoncepción.

Las estimaciones que se presentan en el Gráfico 33 se basan en información correspondiente a los Estados Unidos, donde son poco frecuentes las defunciones debidas a embarazos y alumbramientos. En los países en desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son varias veces más elevadas, se cree que la reducción en el número de fallecimientos entre mujeres que utilizan métodos anticonceptivos es incluso mayor que en los países desarrollados.⁸⁰ Es importante, de todos modos, que se investiguen con todo cuidado los efectos que ejercen los métodos anticonceptivos en la salud de las mujeres del tercer mundo. Ya se han hecho, o están en vías de ejecución en la actualidad, varios estudios de esa índole.^{81, 82, 83} Hasta ahora no parece que los métodos anticonceptivos modernos estén produciendo ningún efecto colateral especial de carácter grave entre las mujeres de los países en desarrollo. Bien pudiera suceder, por otra parte, que la utilización de la píldora suponga menos riesgo para las mujeres de los países en desarrollo toda vez que las enfermedades cardiovasculares, en general, son menos comunes que en los países desarrollados.⁸⁴

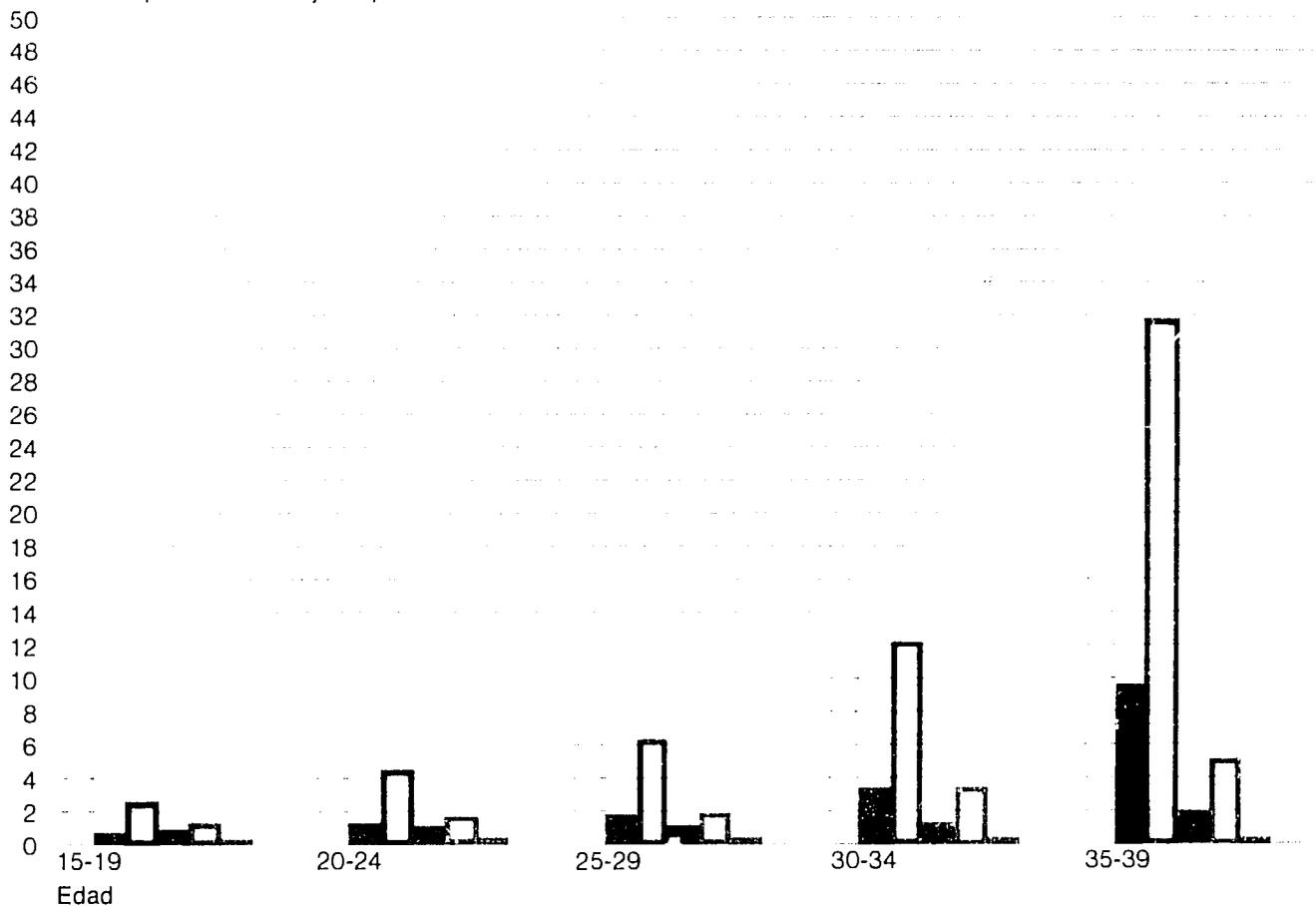
En conjunto, los mejores datos de que se dispone en la actualidad indican que la utilización de métodos anticonceptivos eficaces reducen en grado sustancial, en lugar de aumentar, el riesgo de pérdida de la vida para la mayoría de las mujeres tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

Gráfico 33.

Tasas estimadas de mortalidad asociadas con la utilización de diferentes métodos de control de la fecundidad, clasificadas por edad de la mujer. Estados Unidos 1972-78



Defunciones por 100.000 mujeres por año



Fuente: Ref.: 58

Véanse las notas.



Conclusión

Allan Rosenfield y Joe Wray

Los problemas de salud materno-infantil existentes hoy en muchos países en desarrollo son en verdad enormes. Desafortunadamente, la magnitud misma y el número de esos problemas pueden en ocasiones desalentar la adopción de medidas. Sin embargo, ahora mismo es posible poner en práctica programas por los que se pueden lograr mejoras sustanciales. Uno de ellos es el de planificación de la familia.

Las pruebas aportadas en este libro de gráficos muestran con toda claridad que el tener muchos hijos, a intervalos breves entre sus nacimientos o en edades maternas desfavorables, ponen en peligro la salud y el bienestar de la madre y del niño pequeño. Además, el nacimiento de otro hijo demasiado pronto después del precedente también puede tener un efecto negativo en la salud del nacido antes. Los datos demuestran que esas relaciones son valideras en todos los grupos culturales y socioeconómicos, aunque el efecto es mayor en grado significativo entre las gentes que carecen de acceso a la atención médica. Por consiguiente, al igual que ocurre con muchos otros problemas, la población pobre es la que más sufre las consecuencias.

El mejoramiento de la prestación de atención médica a las mujeres embarazadas y a los niños pequeños es una cuestión de alta prioridad en los ministerios de salud de todo el mundo en desarrollo, pero el avance en general ha sido de una lentitud desilusionadora. El proporcionar información y servicios de planificación familiar puede contribuir al éxito de los programas de salud materno-infantil al permitir que las parejas eviten los embarazos y alumbramientos que encierran alto riesgo.

Expuesto de manera sencilla, la planificación de la familia puede ayudar a prevenir muchas defunciones innecesarias entre mujeres y niños. Pocas medidas de salud pública pueden tener un efecto tan grande en un lapso relativamente breve como la ejecución de un programa de planificación familiar que proporcione acceso fácil a métodos anticonceptivos eficaces. La planificación familiar se reconoció que era un componente esencial de la

atención primaria de salud en la conferencia de la OMS celebrada en Alma-Ata en 1979, en la que se estableció el compromiso de lograr "salud para todos en el año 2000."⁶⁵

Además de los beneficios que aportan a la salud, los programas de planificación familiar permiten a las parejas ejercer el derecho humano básico de controlar su fecundidad, derecho afirmado en importantes reuniones patrocinadas por las Naciones Unidas, incluidas la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1974, y la más reciente Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en el Decenio de 1980, la que tuvo lugar en Yakarta en abril de 1981, y a la que asistieron delegados de más de 90 países.^{68, 66} En esta última se emitió la "Declaración de Yakarta", en la que se exponen los siguientes puntos:

"La planificación familiar es un componente esencial de toda estrategia de desarrollo de amplia base que trate de mejorar la calidad de la vida tanto de los individuos como de las comunidades."

"Creemos que... [si se siguen estas recomendaciones] se salvarán las vidas de millones de madres y niños y se mejorarán las condiciones de vida del individuo en una población mundial estabilizada en el siglo XXI.

"La planificación familiar es un derecho humano básico. Debe encarecerse a los gobiernos a que traduzcan ese derecho en políticas y programas ajustados a la realidad que satisfagan las necesidades de sus pueblos."

Pocos programas sociales en la historia se han puesto en práctica de manera tan amplia y eficaz y en un plazo tan breve como el de la planificación familiar. Desde principios del decenio de 1960, 118 países han adoptado políticas que apoyan los programas de planificación familiar, y más de la mitad de ellos han citado la salud o los derechos humanos como las razones para proceder de esa manera. Esos programas han demostrado ser de ejecución relativamente poco costosa. Ha habido muchos casos en que programas experimentales

se han ampliado a fin de proporcionar cobertura a escala nacional con rapidez sorprendente. Además, en muchos países en desarrollo han comenzado a descender las tasas de natalidad (en algunos casos en grado muy acentuado).

Una característica común de muchos de los programas de planificación familiar que han tenido éxito es que se han adaptado a las necesidades locales y han hecho que gentes de las comunidades a las que atienden esos programas participen en su planificación y ejecución. Por ejemplo, en la isla de Bali, en Indonesia, los consejos tradicionales de gobierno de los poblados, los *banjars*, han asumido la dirección de las actividades de planificación familiar en los poblados, combinando en ocasiones esas actividades con otros programas de desarrollo como las cooperativas artesanales. Uno de los programas de planificación familiar más notables del mundo se encuentra en la República Popular de China, donde la política la determina el gobierno central, pero los grupos de las vecindades gozan de un grado considerable de autonomía en cuanto a decidir cómo llevar a la práctica la política gubernamental. En países tan diversos como Colombia, Tailandia y Egipto, los grupos comunitarios han tenido una participación sustancial en sus programas de planificación familiar, suplementando con frecuencia programas gubernamentales o del sector privado basados en clínicas con modalidades más adaptables y sensibles de prestación de servicios. En la actualidad los programas comunitarios están operando por lo menos en 57 países en desarrollo.⁸⁶ Los programas de "comercialización social", en los que se venden anticonceptivos a bajo costo a través de tiendas y vendedores locales, están funcionando en 38 países por lo menos.⁸⁶ Esos programas innovadores han contribuido mucho a extender el acceso a los anticonceptivos a zonas cuyos habitantes no serían atendidos por los programas convencionales basados en clínicas.

En la mayoría de los programas comunitarios, la gente local participa no sólo en actividades educacionales y de motivación, sino también en la distribución de anticonceptivos. Esos programas

se iniciaron a fines del decenio de 1960, después de una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios que representaban para la salud los métodos anticonceptivos modernos.⁸⁷ Como muestran los datos presentados en este libro, de conformidad con la mejor información disponible, para la gran mayoría de las mujeres la utilización de métodos anticonceptivos eficaces (incluida la píldora) representa un riesgo mucho menor para la salud que el embarazo y el alumbramiento.

Los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad muestran que el éxito de los programas de planificación familiar en muchos países en desarrollo ha sido verdaderamente notable.⁷³ Donde se han facilitado anticonceptivos, proporciones considerables de mujeres han adoptado su uso. Si bien es mucho lo que se ha logrado, es mucho también lo que queda por hacer. La encuesta mencionada revela también que en la mayoría de los países en desarrollo existe un deseo considerable insatisfecho de utilización de métodos anticonceptivos.

Con objeto de proporcionar el mejor futuro posible para los niños del mundo, las parejas deben tener la capacidad de planificar sus familias, de tener el número de hijos que desean, y de espaciar y decidir la época del nacimiento de éstos. En sólo 15 años se han logrado grandes progresos dirigidos hacia el logro de esa meta, la que, con esfuerzo continuado y sin desmayo, se puede alcanzar. Los programas de planificación familiar, junto con otros empeños en favor del desarrollo, pueden coadyuvar a proporcionar una vida mejor a la humanidad entera.

Notas

En el presente estudio se entiende por mortalidad infantil la de los menores de un año. Mortalidad de niños se refiere a los que tienen de 1 a 4 años de edad.

Gráfico 2. El intervalo es el número de años transcurridos entre el final del embarazo anterior y el nacimiento del niño que sirve como índice. Los hindúes que se muestran no incluyen las castas "reservadas".

Gráfico 3. El intervalo es el número de años transcurridos entre el final del embarazo anterior y el nacimiento del niño que sirve como índice. Los musulmanes incluidos son shiitas; los cristianos son maronitas.

Gráfico 5. Las tasas correspondientes a Inglaterra y Gales se refieren a nacimientos legítimos solamente.

Gráfico 6. Se excluyen las familias con más de dos adultos.

Gráfico 7. La prueba de inteligencia utilizada fue la de Matrices Progresivas Raven (modificación holandesa), en la que la puntuación más alta es 1 y la más baja 6. Los datos de los grupos socioeconómicos son los de las ocupaciones de los padres de los sujetos cuando se hizo la prueba.

Gráficos 11-13. Los datos corresponden a los años siguientes: Costa Rica 1965, 1977; Colombia 1965-66, 1977-78; Egipto, 1966, 1970-74; Jamaica 1964, 1976; México 1967-69, 1977-78; Filipinas, 1963-67, 1975; Sri Lanka, 1965, 1974; Tailandia, 1965-69, 1974-76; Túnez, 1965, 1976; Venezuela, 1966, 1976.

Gráfico 14. Incluye sólo mujeres que están casadas en la actualidad, fecundas y no embarazadas. Encuesta Mundial de Fecundidad, Cuadro 5.2.1 para Bangladesh, Jamaica, Jordania y Tailandia; 5.2.3 para Colombia, la República Dominicana y Pakistán; Kenya, *First Report*, Vol. 1, T.7.9.; Lesotho, *First Report*, Vol. 1, T.8.11; *Summary Reports* con respecto al Perú y Turquía. (Véanse las referencias.)

Gráfico 15. Incluye sólo mujeres que están casadas en la actualidad, en edad fértil y no embarazadas. Solo son incluidas mujeres con un nacimiento vivo o más en Bangladesh y Jordania; solo mujeres con dos nacimientos vivos o más en Colombia y Sri Lanka; solo mujeres con dos nacimientos vivos o más, o un nacimiento vivo y actualmente embarazadas, en Jamaica y Malasia. Encuesta Mundial de Fecundidad, Cuadro 4.6.2. (Véanse las referencias.)

Gráficos 19 y 20. Se excluyen las defunciones causadas por aborto. Todos los nacimientos incluidos en Inglaterra y Gales; en Venezuela sólo los nacimientos vivos.

Gráfico 22. Los datos corresponden a 1973-77, salvo en los casos de Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala,

Jamaica y México, con respecto a los cuales los datos corresponden a 1968-72.

Gráfico 27. Incluye sólo mujeres con dos nacimientos vivos por lo menos, o un nacimiento vivo y actualmente embarazadas. Las mujeres que no están casadas en la actualidad o viven en unión consensual son excluidas en la República Dominicana; las mujeres que no están casadas en la actualidad y están en edad fértil o que se encuentran embarazadas en la actualidad se excluyen en Bangladesh, Nepal y Sri Lanka. Encuesta Mundial de Fecundidad, Cuadro 4.6.2. (Véanse las referencias.)

Gráficos 28 y 29. Incluye sólo las mujeres que están casadas en la actualidad y son fecundas; en Costa Rica y la República Dominicana las mujeres que están casadas en la actualidad o que viven en unión consensual y son fecundas. Encuesta Mundial de Fecundidad, Cuadro 3.1.1; Fiji, Cuadro G1; Kenya, *First Report*, Vol. 1, T.7.9; Lesotho, *First Report*, Vol. 1, T.8.11; Perú, *Summary Report*. (Véanse las referencias.)

Gráfico 30. Incluye sólo las mujeres que están casadas en la actualidad son fecundas y no se encuentran embarazadas. Son métodos anticonceptivos eficientes la píldora y el DIU, esterilización, inyectables, condón y los métodos de barrera de la mujer (diafragma, cremas, gelatinas y tabletas de formación de espuma). Entre los métodos ineficientes figuran los lavados vaginales, el retiro, el ritmo y los métodos populares.

Gráfico 31. Incluye sólo las mujeres casadas en la actualidad.

Gráfico 32. Incluye sólo las mujeres casadas alguna vez.

Gráfico 33. Incluye sólo las mujeres no estériles, sexualmente activas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, "Salud Maternoinfantil: Informe del Director General", presentado ante la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 3 de abril de 1979.
2. Population Reference Bureau, *1980 World Population Data Sheet*, Washington, D.C., 1980.
3. D. R. Gwatkin, "How Many Die? A Set of Demographic Estimates of the Annual Number of Infant and Child Deaths in the World", *American Journal of Public Health*, 70(12): 1286-1289, diciembre de 1980.
4. C. D. Williams y D. B. Jellife, *Mother and Child Health: Delivering the Services*, Oxford University Press, Oxford, 1972.
5. A. G. Rosenfield, "Modern Medicine and the Delivery of Health Services: Lessons from the Developing World", *Man and Medicine*, 2(4):279-312, 1977.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud: Sexto Informe del Comité de Expertos de la OMS en la Salud de la Madre y el Niño*, Serie de informes técnicos No. 600 de la OMS, Ginebra, 1976.
7. A. R. Omran y C. C. Standley, eds., *Family Formation Patterns and Health: An International Collaborative Study in India, Iran, Lebanon, Philippines and Turkey*, Organización Mundial de la Salud.
8. Asociación Chilena de Protección de la Familia, "Actualización del Documento 'Evaluación de 10 Años de Planificación Familiar en Chile'" inédito, 1978.
9. E. Taucher, "Measuring the Health Effect of Family Planning Programmes," documento presentado ante la Unión Internacional para el Estudio Científico del Comité de Población para el Análisis del Seminario sobre los Programas de Planificación Familiar acerca de la Utilización de Encuestas para el Análisis de los Programas de Planificación Familiar, Bogotá, 28 a 31 de octubre de 1980.
10. L. S. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries", *Population Reports*, Series F, No. 7:F105-F155, julio de 1980.
11. D. Morley, *Paediatric Priorities in the Developing World*, Butterworths, Londres, 1973.
12. J. Yerushalmy, J. M. Bierman, D. H. Kemp, A. Connor y F. E. French, "Longitudinal Studies of Pregnancy on the Island of Kauai, Territory of Hawaii. I. Analysis of Previous Reproductive History", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 71(1):80-96, enero de 1956.
13. I. Swenson, "Expected Reductions in Fetal and Infant Mortality by Prolonged Pregnancy Spacing in Rural Bangladesh", *Bangladesh Development Studies*, 5(1):1-16, 1977.
14. R. R. Puffer y C. V. Serrano, *El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: Tres importantes determinantes de la mortalidad infantil*, Publicación Científica No. 294 de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1975.
15. D. B. Jellife, *Assessment of the Nutritional Status of the Community (With Special Reference to Field Surveys in Developing Countries)*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1966.
16. S. Wishik y N. S. Lichtblau, "The Physical Development of Breast-Fed Young Children as Related to Close Birth Spacing, High Parity, and Maternal Undernutrition", documento preparado para presentarlo ante la Reunión Anual de la American Academy of Pediatrics, San Francisco, octubre de 1974.
17. C. D. Williams, "Child Health in the Gold Coast", *The Lancet*, 1:97-102, 8 de enero de 1938.
18. Organización Mundial de la Salud y Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, "Background Paper", preparado para la Reunión sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Ginebra, 9 a 12 de octubre de 1979.
19. J. D. Wray y A. Aguirre, "Protein-Calorie Malnutrition in Candelaria, Colombia. I. Prevalence: Social and Demographic Causal Factors", *Journal of Tropical Pediatrics*, 15:76-98, septiembre de 1969.
20. S. Shapiro, E. W. Jones y P. M. Densen, "A Life Table of Pregnancy Terminations and Correlates of Fetal Loss", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 40(1):7-45, 1962.
21. K. C. Lyle, S. J. Segal, C. Chang y L. Ch'ien, "Perinatal Study in Tientsin: 1978", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 18(4): 280-289, 1980.
22. A. Faundes, B. Fanjul, G. Henríquez, G. Mora y C. Tognola, "Influencia de la Edad y de la Paridad sobre Algunos Parámetros de Morbilidad Materna y sobre la Morbimortalidad Fetal", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 37(1):6-14, 1972.
23. A. M. Adelstein, I. M. M. Davies y J. A. C. Weatherall, *Perinatal and Infant Mortality: Social and Biological Factors, 1975-77*, Studies on Medical and Population Subjects No. 41, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1980.
24. J. A. Heady, C. F. Stevens, C. Daly y J. N. Morris, "Social and Biological Factors in Infant Mortality. IV. The Indepen-

- dent Effects of Social Class, Region, the Mother's Age and Her Parity". *The Lancet*, 1:499-503, 5 de marzo de 1955.
25. S. Selvin y J. Garfinkel, "The Relationship between Parental Age and Birth Order with the Percentage of Low-Weight Infants", *Human Biology*, 44(3): 501-510, septiembre de 1972.
26. R. Chakraborty, M. Roy y S. R. Das, "Proportion of Low Birth Weight Infants in an Indian Population and its Relationship with Maternal Age and Parity". *Human Heredity*, 25:73-79, 1975.
27. K. V. Rao and C. Gopalan, "Nutrition and Family Size". *Journal of Nutrition and Dietetics*, 6:258-266, 1969.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aspectos sanitarios de la planificación familiar: Informe de un Grupo Científico de la OMS*, Serie de Informes Técnicos No. 442, Ginebra, 1970.
29. J. D. Wray, *Population Pressure on Families: Family Size and Child Spacing*, Reports on Population Family Planning No. 9, The Population Council, Nueva York, agosto de 1971.
30. L. Belmont y F. A. Marolla, "Birth Order, Family Size, and Intelligence". *Science*, 182(4117):1096-1101, 14 de diciembre de 1973.
31. D. Nortman, *Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcomes*, Reports on Population Family Planning No. 16, The Population Council, Nueva York, 1974.
32. J. B. Wyon y J. E. Gordon, "A Long-Term Prospective-Type Field Study of Population Dynamics in the Punjab, India", en C. V. Kiser, ed., *Research in Family Planning*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1962, pags. 17-32.
33. The Alan Guttmacher Institute, *Teenage Pregnancy: The Problem that Hasn't Gone Away*, Nueva York, 1981.
34. S. Shapiro, M. C. McCormick, B. H. Starfield, J. P. Krischer y D. Bross, "Relevance of Correlates of Infant Deaths for Significant Morbidity at 1 Year of Age", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 136(3):363-373, 1 de febrero de 1980.
35. S. Taffel, *Congenital Anomalies and Birth Injuries among Live Births: United States, 1973-74*, datos procedentes de National Vital Statistics System Series 21, No. 31, National Center for Health Statistics, DHEW, Hyattsville, Md., noviembre de 1978.
36. S. Hay y H. Barbano, "Independent Effects of Maternal Age and Birth Order on the Incidence of Selected Congenital Malformations", *Teratology*, 6:271-280, 1972.
37. Population Reference Bureau, *World Fertility: A Chart of Age-Specific for 120 Countries*, Washington, D.C., enero de 1981.
38. Ministerio de Salud y Población, División de Control y Planificación de la Familia, Gobierno de la República Popular de Bangladesh, *Bangladesh Fertility Survey, 1975-1976, First Report*, Dacca, 1978.
39. Corporación Centro Regional de Población, República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, República de Colombia e Instituto Internacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Fecundidad, Colombia, 1976, Resultados Generales*, Bogotá, 1977.
40. Consejo Nacional de Población y Familia, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, República Dominicana, *Encuesta Nacional de Fecundidad, Informe General*, Santo Domingo, 1976.
41. Department of Statistics, Jamaica, *Jamaica Fertility Survey, 1975-76, Country Report, Volume II*, Kingston, 1979.
42. Department of Statistics, Reino Hashemita de Jordania, *Jordan Fertility Survey, 1976, Principal Report, Volume II*, Amman, 1979.
43. Population Planning Council, Pakistan, *Pakistan Fertility Survey, First Report*, Lahore, 1976.
44. International Statistical Institute, Encuesta Mundial de Fecundidad *The Peru Fertility Survey, 1977: A Summary of Findings*, Londres, abril de 1980.
45. Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office, Tailandia, *The Survey of Fertility in Thailand, Country Report, Volume II*, Bangkok, 1977.
46. International Statistical Institute, Encuesta Mundial de Fecundidad, *The Turkish Fertility Survey, 1978: A Summary of Findings*, Londres, julio de 1980.
47. Department of Statistics, Malaysia and National Family Planning Board, Malaysia, *Malaysian Fertility and Family Survey, 1974, First Country Report*, Kuala Lumpur, 1977.
48. Department of Census and Statistics, Ministry of Plan Implementation, Sri Lanka, *World Fertility Survey, Sri Lanka, 1975, First Report*, Colombo, 1978.
49. Central Bureau of Statistics, Ministry of Economic Planning and Development, *Kenya Fertility Survey, 1977-78, First Report, Volume 1*, Nairobi.
50. D. Sosa Jara, *Interrelación entre la Fecundidad y la Mortalidad Infantil en Costa Rica, 1960-1977*, Comité Nacional

- de Población, Unidad de Planificación y Evaluación, San José, diciembre de 1979.
51. N. H. Wright, "Family Planning and Infant Mortality Rate Decline in the United States", *American Journal of Epidemiology*, 101(3):182-187, 1975.
52. C. Tietze, "Maternal Mortality Excluding Abortion Mortality", *World Health Statistics Report*, 30:312-338, 1979.
53. Statistical Office, Department of International Economic and Social Affairs, Naciones Unidas, *Demographic Yearbook, 1978*, Nueva York, 1979.
54. L. C. Chen, M. C. Gesche, S. Ahmed, A. I. Chowdhury y W. H. Mosley, "Maternal Mortality in Rural Bangladesh", *Studies in Family Planning*, 5(11): 334-341, noviembre de 1979.
55. J. P. Grant, *The State of the World's Children, 1980*. UNICEF, Nueva York, 1980.
56. J. Tomkinson, A. Turnbull, G. Robson, E. Cloake, A. M. Adelstein y J. Weatherall, *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales, 1973-1975*. Department of Health and Social Security, Report on Health and Social Subjects 14, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1979.
57. T. Agoestina et al., "Maternity Care Monitoring – Where Next?" en *Joint Inter Governmental Coordinating Committee (IGCC)/International Fertility Research Program (IFRP) East and Southeast Asia Seminar on Regional Fertility Research, Bangkok, Thailand, 18-20 July 1979: Report*, IGCC, Kuala Lumpur, págs. 145-153.
58. C. Tietze, *Induced Abortion: A World Review, 1981*, 4th ed., The Population Council, Nueva York, 1981.
59. L. S. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries", *Population Reports*, Series F, No. 7:F105-F155, julio de 1980.
60. R. W. Roehat, D. Kramer, P. Senanayake y C. Howell, "Induced Abortion and Health Problems in Developing Countries", *The Lancet* 2(8192):484, 30 de agosto de 1980.
61. I. Brown, "Maternal Mortality: A Survey of Deaths Occurring during 1976," *Central African Journal of Medicine*, 24:212, 1978.
62. S. Tezcan, C. E. Carpenter-Yaman y N. H. Fisek, *Abortion in Turkey*, Publication No. 14, Hacettepe University, Ankara, 1980.
63. T. Narkavonnakit, "Abortion in Rural Thailand: A Survey of Practitioners' *Studies in Family Planning*, 10(8/9):223-229, agosto-septiembre de 1979.
64. "Cost of Illegality", *People*, 3(3):28, 1976.
65. W. Cates Jr., R. W. Roehat, D. A. Grimes y C. W. Tyler, Jr., "Legalized Abortion: Effect on National Trends of Maternal and Abortion-Related Mortality (1940 hasta 1976)", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132(2):211-214, 15 de septiembre de 1978.
66. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto provocado: Informe de un Grupo Científico de la OMS*, Serie de Informes Técnicos No. 623, Ginebra, 1978.
67. International Planned Parenthood Federation, *IPPF Survey of Unmet Needs in Family Planning 1971-1976*, Londres, 1977.
68. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, *The Population Debate: Dimensions and Perspectives, Papers of the World Population Conference, Bucharest, 1974, Volume 1*, Population Studies No. 57, Nueva York, 1975.
69. Central Office, Nepal Family Planning and Maternal and Child Health Project, Health Ministry, His Majesty's Government, Nepal, *Nepal Fertility Survey, 1976, First Report*, Kathmandu, 1977.
70. Dirección General de Estadística y Censos, Costa Rica, *Encuesta Nacional de Fecundidad, 1976*, Costa Rica, San José, 1978.
71. Bureau of Statistics, Fiji, *Fiji Fertility Survey, 1974, Principal Report*, Suva, 1976.
72. Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Dirección General de Estadística, México, *Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, Volumen II*, México, 1979.
73. M. Kendall, "The World Fertility Survey: Current Status and Findings", *Population Reports*, Series M, No. 3:M73-M104, julio de 1979.
74. J. W. Brackett, "The Role of Family Planning Availability and Accessibility in Family Planning Use in Developing Countries", presentado ante la Conferencia de la Encuesta Mundial de Fecundidad celebrada en Londres del 7 al 11 de julio de 1980.
75. G. Rodríguez, "Family Planning Availability and Contraceptive Practice", *Family Planning Perspectives*, 11(1): 51-56, 58-63, 67-70, enero-febrero de 1979.

76. H. W. Ory, A. Rosenfield y L. C. Landman, "The Pill at 20: A Reassessment", *Family Planning Perspectives*, 12(6): 278-283, noviembre-diciembre de 1980.
77. L. Weston, "Incidence, Prevalence, and Trends of Acute Pelvic Inflammatory Disease and its Consequences in Industrialized Countries", documento presentado ante el International Symposium on Pelvic Inflammatory Disease, Atlanta, del 1 al 3 de abril de 1980.
78. J. E. Davis y N. J. Alexander, "Benefits, Risks and Controversies Regarding Vasectomy", en J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni y J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, págs. 56-57.
79. M. F. McCann, "Laparoscopy versus Minilaparotomy", in J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni y J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, págs. 68-80.
80. M. Potts, J. J. Speidel y E. Kessel, "Relative Risks of Various Means of Fertility Control When Used in Less-Developed Countries", en J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni y J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, págs. 28-51.
81. Programa Especial de Investigaciones, Formación y Perfeccionamiento de Investigaciones en Reproducción Humana. Organización Mundial de la Salud, *Septimo Informe Anual*, Ginebra, noviembre de 1978.
82. O. A. Ojo, "The Effects of Oral Contraceptives on the Health of Nigerian Women", en J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni y J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, págs. 560-566.
83. S. C. Huber, A. R. Khan, J. Chakravorty, et al., "Oral Contraceptives and Family Health in Rural Bangladesh", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 18(4):266-274, 1980.
84. J. R. Heiby, "The Association of Oral Contraceptives and Myocardial Infarction in Less-Developed Countries", en J. J. Sciarra, G. I. Zatuchni y J. J. Speidel, eds., *Risks, Benefits and Controversies in Fertility Control*, PARFR Series on Fertility Regulation, Harper & Row Medical Department, Hagerstown, Md., 1978, págs. 162-170.
85. Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.
86. "Jakarta Statement", emitido por la International Conference on Family Planning in the 1980's, Yakarta, Indonesia, 26 a 30 de abril de 1981, *Popline* 3(5):1, mayo de 1981.
87. A. Rosenfield, D. Maine y M. E. Gorosh, "Distribución No Clínica de la Píldora en el Mundo en Desarrollo", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 6(4):130-135, diciembre de 1980.
88. Central Bureau of Statistics, Ministry of Plan Implementation, Lesotho, *World Fertility Survey, Lesotho Fertility Survey, 1977. First Report, Volume 1*, Maseru, 1981.

Agradecimientos

Un gran número de personas ha prestado su asistencia generosa en la preparación de este libro de gráficos. Lynn Landman y Richard Lincoln, del Alan Guttmacher Institute leyeron varios borradores y aportaron a ellos el beneficio de su experiencia editorial. El manuscrito fue examinado y comentado por Martin Gorosh, Stephen Isaacs, Judith Jones, Donald Lauro, Susan Philliber, Joanne Revson, Allan Rosenfield, John Ross, William van Wie, Walter Watson y Joe Wray del Centro de Población y Salud de la Familia de Columbia University; William Bair, Duff Gillespie, Elizabeth Maguire, James Shelton y Samuel Taylor de la Agencia para el Desarrollo Internacional; John Benditt y Joy Dryfoos del Alan Guttmacher Institute; Anibal Faundes y Dorothy Nortman del Consejo de Población; Ronald Gray de la Johns Hopkins University; David Morley del Institute of Child Health, Universidad de Londres, y Peter Donaldson del Programa Internacional de Investigaciones de la Fecundidad. También se agradece en especial la ayuda de Christopher Tietze del Consejo de Población y del personal de la biblioteca del Centro de Población y Salud Familiar, en particular de Judith Wilkinson, quien localizó materiales de valor inapreciable.

Créditos

Traducida
Carmelo Saavedra

Revisada
Carmelo Saavedra y Nina Gray

Diseño
Rudolph de Harak & Associates, Inc.

Impresión
Lincoln Graphic Arts, Inc.

Fotografías
Pág. 2: K. Heyman
Pág. 4: M. Beebe, Photo Researchers
Pág. 8: K. Heyman
Pág. 18: B. P. Wolff, Photo Researchers
Pág. 21: K. Heyman
Pág. 22: K. Heyman
Pág. 24: B. P. Wolff, Photo Researchers
Pág. 27: J. Laure, Naciones Unidas
Pág. 35: M. Gorosh
Pág. 38: J. Wray
Pág. 48: K. Heyman