

Fertilidad* y anticoncepcionismo¹

Por GILBERT W. BEEBE y JOSÉ S. BELAVAL

Del National Committee on Maternal Health, Nueva York, y del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina Tropical, de San Juan, Puerto Rico

LA ISLA DE Puerto Rico es uno de los sitios donde la teoría de Maltus sobre crecimiento de la población ha sido parcialmente puesta a prueba, y en su lucha contra las predicciones del sombrío profeta, la isla, según parece, sale perdiendo. Su extensión territorial, calculada aproximadamente en 3,400 millas, soporta en la actualidad una población de 1,870,000 habitantes,² o sea, casi el doble de la que tenía en el año 1899, que era de 950,000 almas. Este rápido crecimiento poblacional no es cosa nueva en Puerto Rico. Véase la gráfica del grabado 1 donde se representa el crecimiento de la población, sin que su ritmo ascensional disminuya apenas durante más de siglo y medio de historia insular. Doce veces y media más poblada que los Estados Unidos Continentales, su densidad poblacional sólo puede compararse con la del Japón y las Islas Británicas; y, si no se logra detener su crecimiento, llegará en magnitud a semejarse a la de Java, uno de los territorios agrícolas más poblados del mundo.

Generalmente, los grupos poblacionales del Hemisferio Occidental han crecido con rapidez, pero sin alcanzar la densidad de las regiones más antiguas del globo,³ y la opinión pública en los Estados Unidos está tan acostumbrada a contemplar ese crecimiento continuo, que frecuentemente suele inquietarse cuando la curva ascensional de la población da señales de detenerse. En Puerto Rico, por el contrario, son pocos los que desean que la curva de crecimiento continúe su ritmo ascensional, pues ello amenaza el bienestar económico del país, y todos están de acuerdo de que existe un "problema de población"

*N. del T. Traducimos el término "fertilidad" según la acepción de Raymond Pearl (v. *The Natural History of Population*, Nueva York, 1939, pág. 29). Para este autor el concepto de "fertilidad" es más amplio que el contenido en la voz fecundidad. "Fecundidad", dice Pearl, significa la "potencia innata o capacidad reproductiva del individuo". "En la hembra depende de la producción de óvulos y, en el macho, de la producción de espermatozoos." Por eso aconseja reservar el término "fertilidad" para expresar la "capacidad reproductiva de la pareja de individuos, macho y hembra", cuando se aparean. Según esto, en el concepto "fertilidad" va "incluido el de fecundidad, a más de muchos otros factores." En estadísticas de natalidad lo que se mide es la fertilidad de un grupo humano, considerando el grupo como un terreno más o menos fértil.

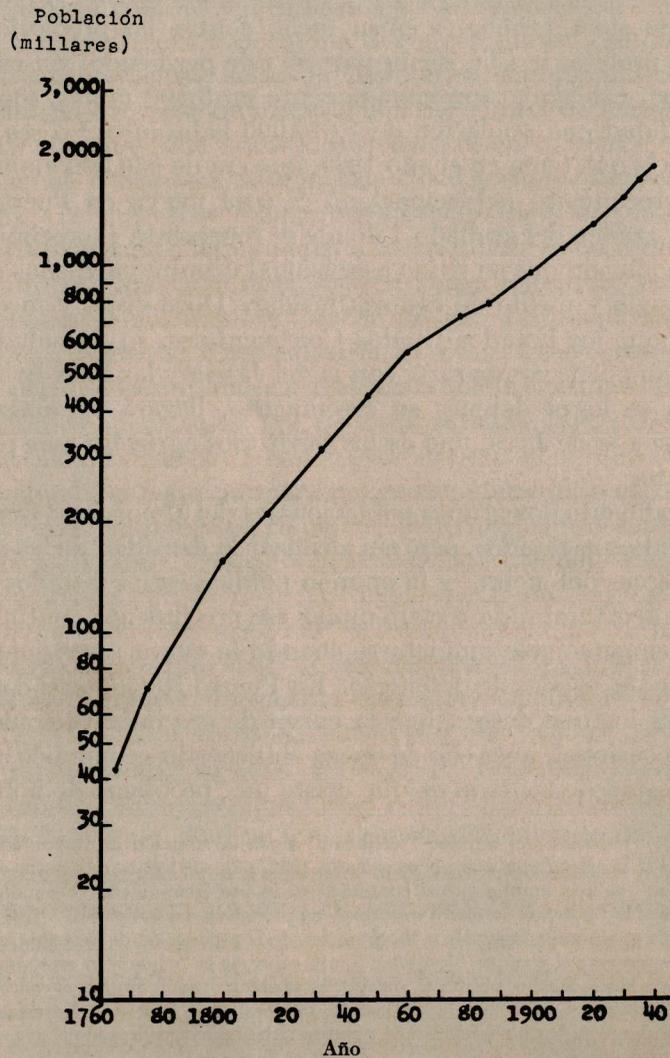
1. Recibido en Redacción el 14 de agosto de 1941.

2. United States Census Release, August 16, 1910.

3. R. Pearl, "A Comparative Examination of Certain Aspects of the Populations of the New World," *Human Biology*, XII (1940), 1359.

que urge resolver. Puerto Rico es un país de economía agrícola; la aglomeración creciente de la masa humana descansa para su sostenimiento sobre una tierra cuya proporción cultivable es menos de medio acre por individuo, cantidad que disminuye gradualmente por la erosión natural de los terrenos.⁴

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN PUERTO RICO
1765-1940



GRABADO I

4. U. S. Department of Agriculture, *Report of the Puerto Rico Experiment Station, 1937* (Washington: U. S. Government Printing Office, 1938).

El estudio de un grupo poblacional cualquiera, que no forme parte de un análisis comprensivo de todo el sistema social y económico de un país, necesita de manera especial cierto grado de perspectiva para poder valorar la significación que tiene el tamaño de dicha población, en comparación con otros factores, dentro de un sistema económico determinado. Todo "problema de población" tiene que plantearse como una función compleja de tecnología, de recursos y de organización económica, así como también en función del número de individuos. Porque no es el fenómeno población *per se* lo que crea el problema, sino, más bien, su coexistencia con una serie de circunstancias sociales y económicas, incluyendo, desde luego, los factores técnicos. Una extensión territorial determinada puede ser clasificada como superpoblada solamente cuando se tiene en cuenta su limitada base económica; pero es el caso que aún no hay un criterio fijo que nos sirva para calcular el tamaño óptimo de un grupo poblacional cualquiera para una base económica dada. Por lo general, las normas de vida acusan menos las oscilaciones del número de habitantes que las alteraciones de la técnica y la organización de los medios de producción; empero existe siempre una compleja relación de todos estos factores entre sí.

El problema de la superpoblación no es en modo alguno la única causa de inestabilidad económica en Puerto Rico. Quedan aún algunos residuos de problemas económicos que datan de larga fecha, y que quizás puedan acentuarse al quedar Puerto Rico incluido dentro del gran radio de acción de la economía estadounidense, especialmente bajo los reajustes políticos y económicos actualmente en marcha. Aunque los salarios son bajos, el nivel de los precios es el mismo que en el continente estadounidense a causa de la elevada tarifa protectora y del alto costo del transporte marítimo. Los jornales no son en Puerto Rico sino una fracción de los que se pagan en los Estados Unidos. Puerto Rico depende de la importación del exterior de artículos manufacturados y de consumo, a cambio de la exportación de sus cosechas agrícolas: azúcar, tabaco, café y frutas. No puede competir en los mercados del exterior y la demanda de sus productos agrícolas en los Estados Unidos está limitada por las cuotas de exportación de azúcar, por las preferencias de los consumidores estadounidenses y por el alto costo del transporte marítimo. La industrialización del país ofrece pocas posibilidades por no tener atractivos para las empresas manufactureras: no abunda en el país la mano de obra especializada y el capital no obtendría el lucro conveniente.

Aún en el caso de que fuera posible estabilizar la población tal como es actualmente, siempre quedaría en pie el problema económico. En tal caso, podría quizás evitarse el empeoramiento de la situación actual, pero con la estabilización poblacional solamente no se lograría mejorarla mucho, y no aumentaría gran cosa el margen de trabajo productivo, sin lo cual no se obtendría gran beneficio. Desde el punto de vista de la organización social habría que intentar ciertos cambios de importancia, si se desea crear nuevas oportunidades de trabajo; pero para ello es imprescindible una labor educativa en gran escala, y se requiere una población estabilizada para que todo esto redunde en algún beneficio. Pensar que la limitación de la natalidad pueda substituir las reformas económicas es confundir la índole del problema que nos plantean las condiciones inferiores de vida de una población. La limitación de la prole es más bien un paliativo que un recurso terapéutico de aplicación pública.

No se pueden recomendar medios de segura eficacia para estabilizar el crecimiento de la población en Puerto Rico. La emigración a otros países ofrece muy pocas garantías de éxito y la reducción de la fertilidad poblacional lo más que podría hacer es aliviar⁵ el agobio creciente de una población desmesurada. La emigración a los Estados Unidos está limitada por otros factores de la economía continental, donde existen también regiones con población de alto índice reproductivo, de insuficientes o míseros recursos económicos y escasas oportunidades de trabajo. Estas regiones tienen ya un exceso de obreros no especializados. Para reducir la fertilidad poblacional requiere el propósito deliberado y voluntario de usar medios que eviten la concepción. En los centros de cultura occidental, donde dichos medios han venido empleándose en gran escala, la limitación de la prole cumple un fin individual y familiar para satisfacer las ambiciones de normas de vida superiores. En las clases cultas, por consiguiente, la limitación de la prole es más bien una consecuencia de haber mejorado los medios de vida, y no un antecedente. El medio ambiente económicosocial de Puerto Rico no se caracteriza por esa gran movilidad y competencia por mejorar sus condiciones de vida, tan convenientes para la constitución de la familia. La depresión económica es tan grande que los individuos no creen en la necesidad de limitar la prole como un medio para mejorar su posición

5. Para ilustrar este punto—limitación de la natalidad y emigración—véase el trabajo reciente de L. R. Chenault "The Puerto Rican Migrant in New York City." (New York, Columbia Univ. Press, 1938).

económica, e indudablemente será el mejoramiento de las condiciones económicas lo que serviría de estímulo a la limitación de la prole.

El año 1937 se inauguró en Puerto Rico una clínica privada para el control de la natalidad⁶ y se pudieron recopilar algunos datos importantes sobre el problema de la población. Primeramente, estudiáronse las historias del crecimiento de ciertas familias pobres tomando como base el alto grado de fertilidad actualmente dado en la población de la isla, así como la probable continuación del mismo estado de cosas en el futuro. En segundo lugar, pudo comprobarse el efecto brusco que producía sobre la fertilidad en estas familias, la instrucción anticoncepcional después que eran admitidas al dispensario, lo que indica que la población de Puerto Rico puede responder muy bien a una campaña bien organizada contra la procreación ilimitada. Finalmente, un análisis detenido de los hechos observados demostró las razones por las cuales el servicio anticoncepcional no llegó a ser más eficaz, derivándose de aquí muchas conclusiones que deberán tenerse en cuenta en el futuro, ya se trate de implantar medidas de orden terapéutico o de reducir la fertilidad de la población general del país.

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL INVESTIGADO

Las 1,962 familias que componen este grupo no fueron escogidas al azar sino teniendo en cuenta principalmente estas dos condiciones: a) que fueran indigentes y b) que tuviesen verdadero interés en recibir instrucciones y consejos sobre la manera de evitar la concepción. En otras investigaciones⁷ de este género se ha demostrado que cuando la selección se hace teniendo en cuenta el interés de las familias en los métodos anticoncepcionales, éstas suelen componer un grupo poblacional de extraordinaria fecundidad. Esta condición se da precisamente en el grupo que aquí estudiamos. Así pues, las conclusiones que sacaremos sobre la fertilidad de la población general habrán de ser provisionales. Si consideramos este grupo poblacional como típico de una parte de la población general que desea enterarse de la manera de limitar la prole, las 1,962 familias constituyen indudablemente uno de los grupos más representativos, pero los datos estadísticos no son suficientes para basar un supuesto de esta naturaleza.

6. Bajo los auspicios de la Asociación Pro Salud Maternal e Infantil de Puerto Rico.
7. E. Charles, *The Practice of Birth Control* (London: Williams & Northgate, 1932).
E. K. Stix and F. W. Notestein, *Controlled Fertility* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1940).
G. W. Beebe, "Differential Fertility by Color for Coal Miners in Logan County, West Virginia," *Milbank Fund Quarterly*, XIX (1941), 189.

La composición de este grupo poblacional aparece resumida en la tabla 1. Las familias, en su mayoría, son rurales,⁸ pero la proporción de familias urbanas es bastante aproximada a la de la población general y, por lo tanto, sirve para establecer la comparación entre unas y otras. Las madres a quienes se prestaron servicios corresponden a 15 dispensarios: cuatro situados en centros urbanos (Caguas, Humacao, Lares y San Juan); y dos situados en centrales azucareras: Central Ejemplo (en Humacao) y Central Roig (en Yabucoa). Los 9 restantes estaban en los barrios rurales siguientes: Almirante Sur, perteneciente al municipio de Vega Baja; Buena Vista, al de Bayamón; Magueyes, al de Barceloneta; Medianía Alta, al de Loíza; Montellano, al de Morovis; Quebrada Arenas, al de Toa Alta; Río Cañas, al de Caguas; Sabana Seca, al de Toa Baja, y Turabo, al de Caguas.

El grado de instrucción de las mujeres era muy diferente: desde las que no habían concurrido nunca a una escuela (20%) hasta las que tenían cultura universitaria (2.5%), siendo el promedio general de 5.15 grados escolares completos. Al clasificar el empleo u ocupación de los esposos hubo que reducir ésta a tres categorías (en lugar de las seis escogidas por Edwards⁹), no pudiendo clasificar los dueños de fincas y arrendatarios entre los propietarios y administradores. En la primera clasificación, o sea, "gente de corbata", entran (13%) todos los profesionales, propietarios (excepto los dueños de fincas agrícolas), administradores (excepto los arrendatarios), empleados del gobierno, oficinistas y familiares empleados. La segunda, de obreros especializados (32%), comprende a capataces, oficios definidos, oficios semidefinidos, y dueños de fincas agrícolas o arrendatarios cuyas entradas pasaban de seis dólares semanales. En la tercera clasificación (35%) vienen los obreros sin oficio definido, jornaleros agrícolas y propietarios de pequeños predios o arrendatarios cuyas entradas semanales eran seis dólares por lo menos.

En el momento de ingresar la esposa en el dispensario anotábase la ocupación o empleo del marido, y esto se hizo con todo detalle en el año 1937 en que había 17 por ciento de obreros parados en el país. Las entradas que percibía la familia hubo que anotarlas por semanas, sin que pudiéramos calcularlas por meses o años, pues carecióse de

8. Clasificamos como "familias rurales" las que habitan barrios fuera de las ciudades y pueblos; "familias urbanas", las que residen en las aldeas, pueblos, ciudades y en el barrio Hato Rey (de San Juan). En este estudio, tres cuartas partes de las familias urbanas pertenecen a San Juan o Humacao.

9. A. M. Edwards, *A Social-economic Grouping of the Gainful Workers of the United States* (Washington: U. S. Government Printing Office, 1938).

TABLA 1

Resumen de los datos estadísticos descriptivos de las 1,962 familias que recibieron instrucción anticoncepcional

Características ^a	Promedio ^b o porcentaje
<i>Residencia</i>	
Rural	68
Urbana	32
<i>Características económicasociales</i>	
Esposas que han terminado su enseñanza primaria	5.15 (± .07)
Oficio u ocupación del esposo	
Sirvientes, principalmente	13
Obreros especializados y agricultores acomodados	32
Obreros no especializados o pequeños agricultores	55
Situación del esposo	
Con empleo	83
Sin empleo	17
Entradas semanales ^c (dólares)	7.8 (± .18)
<i>Edad al ingreso en el dispensario^d</i>	
De la esposa	28.2 (± .14)
Del esposo	34.1 (± .19)

^a Véase la definición en el texto.

^b Los promedios van acompañados de su error medio ($\bar{x} \pm \sigma_{\bar{x}}$)

^c La entrada media de \$5.2 + .23 expresa más claramente el promedio de entradas que es bastante semejante al de \$4.9 calculado por Morales Otero y sus colaboradores ("Health and Socio-economic Studies in Puerto Rico," *P.R.J. Pub. Health & Trop. Med.*, XII [1937], 405), para 745 familias que habitaban en la Central Lafayette cuando fué adquirida por la P.R.R.A. (*Puerto Rico Reconstruction Administration*).

^d La edad es la correspondiente al año más próximo.

datos estadísticos sobre el número de obreros parados. La clase de obreros más numerosa es la que aparece ganando de dos y medio a tres dólares semanales, y la que ocupa el término medio (0.50%) es la compuesta por los que ganan \$5.2 ± .23.¹⁰

Hemos de mencionar brevemente los datos más salientes económicosociales en relación con la edad y con el sitio de residencia. La educación superior de los sujetos corresponde generalmente con la residencia en los centros urbanos, con empleo u oficio bien retribuido, con salario elevado y con una juventud relativa. El grupo de empleados mejor retribuidos reside mayormente en las zonas urbanas; el grupo de oficios medianos aparece repartido casi por igual entre las zonas urbanas y rurales; el grupo de bajos oficios vive, la mayoría, en el campo. El oficio u ocupación tiene también relación con la

10. La ganancia o entrada media semanal menos frecuente es la de \$7.8, con un error probable de + .18.

facilidad de encontrar trabajo y con la ganancia semanal, disminuyendo ésta cuando la mujer es de edad avanzada. Las entradas semanales varían según el sitio donde se reside: los jornaleros agrícolas ganan menos, aún perteneciendo a la misma clase obrera. Aunque las relaciones económicas que hemos establecido, indican que las familias más acomodadas en un sentido son también las más favorecidas en otros aspectos, y que hay un grupo relativamente homogéneo que ocupa siempre el sitio preferente en toda la escala económicosocial, no debemos olvidar que el grupo poblacional que estamos estudiando se compone de individuos relativamente indigentes y de vida muy humilde. La distancia que separa las distintas clases de este grupo es mucho más corta que la que se da en toda la población general de Puerto Rico.

FERTILIDAD ANTES DEL INGRESO EN LOS DISPENSARIOS

Dentro de los límites fijados para la selección, el grupo de 1,962 familias es de gran importancia para poder apreciar la gran fertilidad de la población isleña. Y aún quizás de mayor interés es el hecho de que en este país han comenzado a actuar las mismas causas que han modificado la fertilidad en los países dentro de la cultura occidental. El descubrimiento de dichas causas diferenciales en este grupo poblacional de sujetos pertenecientes a las clases más bajas, corrobora nuestra creencia de que idénticas causas, aunque atenuadas, operan sobre la población general del país. Entre los factores seleccionados para este estudio, figuran la edad nupcial (primer matrimonio), frecuencia del coito, empleo de procedimientos contra el embarazo, maneras diferentes de apreciar la fertilidad, interrupciones del embarazo y mortalidad de los hijos.

Edad nupcial de la mujer: La edad más frecuente en que se contrae matrimonio es inferior a la que se da, en general, en otros estudios semejantes verificados en los Estados Unidos. El promedio de edad nupcial en Puerto Rico (18.6) es bastante semejante a los promedios (de 20 o más años) que aparecen en los informes de Notestein¹¹ y Pearl,¹² en gran número de casos en los Estados Unidos. El matrimonio temprano, por supuesto, alarga el período de la concepción en la edad más óptima para aquélla. La distribución de la edad nupcial en todo el grupo poblacional y los porcentajes correspondientes a la edad, en el año más próximo, aparecen en la tabla 2.

11. F. W. Notestein, "Differential Age at Marriage According to Social Class," *Am. J. Sociol.*, XXXVII (1931), 22.

12. R. Pearl, *The Natural History of Population* (New York: Oxford University Press, 1931).

La distribución es bastante simétrica respecto a la edad de 18 años (el mayor peso) y la media de 18.1. Si establecemos la comparación con otros grupos poblacionales de los Estados Unidos en que se ha estudiado la aplicación de métodos anticoncepcionales, veremos que esta distribución de edades no es allí tan corriente. Por ejemplo: el promedio de edad nupcial de 18.6 en Puerto Rico excede al de 18.0 calculado en 1,100 esposas de raza blanca en un distrito minero de Virginia Occidental,¹³ y se aproxima al de 18.75 dado en unas 400 mujeres campesinas, también de raza blanca, en Kentucky¹⁴ y al de 18.3 en unas 700 mujeres blancas indigentes, en una clínica anticoncepcionista, en Nashville, Tennessee.¹⁵

El cálculo de 18.6 como promedio de edad nupcial para toda la población de la Isla quizás es algo bajo, pues al seleccionar las mujeres más jóvenes se tiende a excluir algunas que contrajeron

TABLA 2

Distribución de los porcentajes correspondientes a la edad nupcial en las mujeres

Edad nupcial ^a	Porcentaje	Edad nupcial	Porcentaje
9 ^b	0.1	26	1.7
10 ^b	0.2	27	0.7
11	0.6	28	0.8
12	1.2	29	0.1
13	3.3	30	0.4
14	5.2	31	0.3
15	9.6	32	0.2
16	9.4	33	0.3
17	12.2	34	..
18	12.9	35	0.1
19	11.3	36	°
20	8.7
21	6.8	44	0.1
22	5.4	Total	100.0
23	3.7	Número de mujeres	1,962
24	3.1		
25	1.6		

^a En el año más próximo.

^b En los matrimonios prematuros (uno a los 9 años y cuatro a los 10) se obtuvo repetidas veces la confirmación del hecho por la mujer, pero no se trató de corroborar su certeza.

^c Menos de la mitad del uno por ciento.

13. G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

14. G. W. Beebe and M. A. Geisler, "Control of Conception in a Selected Rural Sample," *Human Biol.*, XIV (1942), 1.

15. G. W. Beebe and J. Overton, "The Contraceptive Service of the Department of Health, City of Nashville," *J.A.M.A.*, CXVIII (1942), 1045.

matrimonio en edad más avanzada, pero la desviación en este sentido no excede quizás medio año del promedio para la edad media y aún, posiblemente, sea éste algo menor. Esta objeción afecta igualmente la interpretación de la tendencia observada respecto al promedio de la edad nupcial, el cual va aumentando con el tiempo, pero puede obviarse concentrando la atención en las mujeres que se casan antes de los 20 años. El aumento aparece aún más evidente cuando vemos la proporción decreciente de mujeres casadas antes de los 15 años entre el grupo de mujeres casadas antes de los 20. Los porcentajes son 21, 12 y 4, respectivamente, en los grupos de mujeres que llevan casadas de 10 a 14 años, de 5 a 9 años y menos de 5 años. No podemos asegurar que un fenómeno de tal *magnitud* haya ocurrido entre los años 1922 y 1937, pero es evidente que algo ha sucedido en este sentido.

Este grupo poblacional es de considerable tamaño para que las diferencias tengan cierta significación estadística.¹⁶ Las cifras sobre "residencia rural" tienen correlación con la edad nupcial juvenil, y así se ve que el 69 por ciento de las mujeres que viven en el campo han contraído matrimonio antes de los 20 años, lo cual contrasta con el 60 por ciento de residencia urbana, casadas antes de esa misma edad. El grado de instrucción está positivamente relacionado con la edad del matrimonio. Los porcentajes de mujeres casadas antes de los 20 años son los siguientes: 73 por ciento, entre las que sólo habían cursado menos de tres grados escolares; 69 por ciento, entre las de 3° a 7° grado, y 48 por ciento entre las de 8° e instrucción superior. El oficio u ocupación tiene también la misma relación: 71 por ciento entre los oficios indeterminados, 65 por ciento entre los oficios especiales y 49 por ciento entre las de clase media.

El número de mujeres casadas antes de los 20 años, relacionado con las entradas semanales, dan los porcentajes siguientes: 69 por ciento ganaban menos de seis dólares semanales; 69 por ciento, de seis a quince dólares, y 40 por ciento, dieciseis dólares como mínimo. Observando las que tenían más de diez años de vida matrimonial antes de acudir a los servicios del dispensario, demuéstrase que los datos expuestos anteriormente datan de mucho tiempo antes.

Frecuencia del coito: Aunque el contacto sexual es el factor fundamental en la reproducción humana, la frecuencia no tiene mayor

16. Tomamos en consideración una diferencia cuando su magnitud es tal que la probabilidad de presentarse, en cien casos, es igual o menor que 5 ($P \leq .05$). Cuando no se advierta otra cosa, una diferencia, asociación, o cualquier otra relación dada en el texto, está sujeta a las normas estadísticas aquí establecidas.

importancia cuando se trata de valorar las variaciones de la fertilidad. En las visitas a los dispensarios las mujeres hacían constar la frecuencia con que practicaban el coito, cuyo dato formaba parte de la historia sexual anterior. No hay que pensar que las mujeres; aparte la tendencia natural a demostrar una conducta sexual normal, hayan dado datos muy exactos sobre sus hábitos íntimos. Con todo, la cantidad de sus respuestas sirve para formarnos una idea bastante exacta del *promedio* de frecuencia copular en este grupo de sujetos. No hay razón para esperar que este grupo no represente la manera de comportarse de una parte de la población de la Isla de la misma edad y clase social.

El promedio de frecuencia copular calculado en la distribución de la tabla 3 es de $2.4 \pm .04$ por semana, correspondiente al período

TABLA 3

Distribución de los porcentajes de las parejas, en relación con la frecuencia del coito, según los informes obtenidos en el momento de ingresar en el dispensario

<i>Frecuencia copular (Informe de la mujer)^a</i>	<i>Porcentaje de cópulas</i>
Menos de 4 al mes	10.0
1 por semana y de 4 a 5 al mes	15.7
1-2 por semana ó 2 por semana y de 6 a 9 al mes	34.6
2-3 por semana ó 3 por semana y de 10 a 13 al mes	27.2
3-4, ó 4 por semana	6.7
4-5, ó 5 por semana	1.8
5-6, ó 6 por semana	0.6
7-10 por semana, ó 1 diario	3.2
11 ó más por semana o más de 1 diario	0.2
Total	100.0
Número de parejas	1,962

^a El promedio de 2.4 por semana se computó tomando como término medio los valores 0.5, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12 por semana.

inmediatamente anterior a la consulta en el dispensario. La desviación media de 1.53 indica una variación relativamente grande. El promedio de frecuencia copular excede en este grupo al obtenido en estadísticas semejantes en dos series de sujetos blancos seleccionados en la misma forma en los Estados Unidos y es virtualmente idéntico al promedio correspondiente a los sujetos de raza negra en una de dichas series.

Fertilidad antes de practicar los métodos anticoncepcionales: Re-

cientes estudios¹⁷ han demostrado que el factor principal en las diferencias de la fertilidad se debe a la práctica de los métodos anticoncepcionales. Resulta evidente que la gran declinación de la fertilidad que se ha manifestado¹⁸ en el mundo occidental durante los últimos decenios se debe al uso de ciertos procedimientos de control tan sencillos como el *coitus interruptus*, la irrigación y el condón. Cualquiera que sea la opinión respecto al valor efectivo que una campaña anticoncepcionalista organizada pueda reducir la fertilidad entre la población de Puerto Rico, es evidente que, sean cuales fueren los métodos que emplee la población para limitar la prole, ello habrá de tener una tremenda significación sobre el crecimiento poblacional de toda la Isla. Los datos recopilados entre estas 1,962 familias, en las que se han puesto en práctica enseñanzas para la limitación de la prole, indican solamente cómo operan estos procedimientos en la población general, pero de ello se deduce que dichos procedimientos se están ya practicando y, entre determinados grupos de población, han hecho considerable progreso.

La tercera parte de las parejas matrimoniales, según los datos suministrados por ellas mismas, había con antelación tomado alguna medida para limitar la prole. Esta proporción puede compararse con el 32 por ciento observado entre familias de mineros negros de Virginia Occidental, 39 por ciento entre los agricultores (de raza blanca) de Kentucky, 50 por ciento entre los mineros (blancos) de Virginia Occidental y 65 por ciento entre las familias indigentes (blancas) de Nashville. Si la población de Puerto Rico está ahora en el punto preciso para comenzar a declinar, habrá de verse que la tendencia hacia la limitación de la prole se iniciará entre los grupos de población relativamente mejor acomodados. Si la tendencia penetrase en todos los estratos sociales y económicos, entonces la limitación de la prole habrá de ser un hecho consumado. Esto es lo que podemos deducir por el momento de los datos obtenidos en el grupo poblacional que hemos estudiado, pero no podemos sacar conclusiones generales para toda la población, por tratarse, en este caso, de un grupo seleccionado de la misma.

Las cifras referentes a residencia, instrucción, ocupación y entradas económicas tienen todas ellas relación con las notables variantes que se observan en las cifras proporcionales correspondientes a los matrimonios que aseguran haber empleado con anterioridad

17. Stix and Notestein, *op. cit.*

R. Pearl, *The Natural History of Population* (New York: Oxford University Press, 1939).

18. *Ibid.*

métodos anticoncepcionales. Los porcentajes a este respecto son 26 y 52 para las de residencia rural y urbana respectivamente, y 21, 27, 44 y 59 para los grupos cuya instrucción respectiva fué de tres, grados escolares como máximo, de tres a cuatro grados, de cinco a siete y de ocho grados en adelante. En los grupos que desempeñaban oficios humildes, medianos o de cierta categoría, los porcentajes respectivos son 20, 45 y 69, y para las clases correspondientes, clasificadas según las entradas que perciben, los porcentajes son 22, 42 y 66. Nótase también en los datos recopilados que, entre los grupos más acomodados, las mujeres de ciertas edades (grupos de 25-29 años y de 30-34) hacen uso, con una frecuencia relativamente mayor, de procedimientos anticoncepcionales que las mujeres más jóvenes.

En la historia de cada mujer se especifica el método empleado, la regularidad y el número de años que ha sido usado. En la tabla 4 donde aparecen los distintos métodos usados, puede verse la importancia relativa que quizás haya tenido el *coitus interruptus*, el condón y la irrigación en el 90 por ciento de las mujeres que afirmaron haber recurrido a ellos. Si bien el porcentaje parece elevado, podemos adelantar que la irrigación vaginal es muy poco efectiva. En cuanto al costo del método empleado y a la eficacia de cada uno, el recurrir a la "retirada" en lugar de la irrigación parece bien comprensible y, además, conveniente. La "retirada" no cuesta nada y puede ser eficaz en condiciones favorables, pero esto no es el caso en el grupo de población que estamos estudiando. El condón cuesta algo y es tan seguro como cualquiera de los procedimientos recomendados por los médicos.¹⁹ Sin tener en cuenta los métodos que fueron aconsejables en dispensarios anticoncepcionales establecidos por el gobierno de un país, se comprende que cualquier medida que abarata el precio de los condones y facilitase su distribución al público influiría probablemente sobre la declinación de la fertilidad, especialmente en los grupos familiares pertenecientes a la clase social estudiada aquí. El interés existente actualmente para evitar y controlar la diseminación de las enfermedades venéreas, hace pensar que parte de los fondos podrían dedicarse a la distribución gratis de condones, pues ello podría servir también para ayudar a controlar la fertilidad.

Si bien los médicos y las enfermeras interrogan a las mujeres sobre la regularidad con que éstas emplean el método preferido, los datos sobre este punto no tienen gran valor, a pesar de que el porcentaje es alto (75%). También se interrogaba a las mujeres sobre

19. R. L. Dickinson, *Control of Conception* (2d ed.; Baltimore: Williams and Wilkins, 1938).

TABLA 4

Métodos usados para evitar la concepción antes de ingresar en el dispensario

Práctica anticoncepcional entre las mujeres	Número de mujeres	Porcentaje de mujeres	Porcentaje de anticon- cepcionistas
Desconocido	54		
No usado nunca	1,256	66	
Usado siempre	652	34	100
Total	1,962	100	
<i>Métodos usados</i>			
Retirada solamente	301	16	46
Condón solamente	112	6	17
Irrigación solamente	37	2	6
Otros métodos, usados solamente	59	3	9
Más de un método (retirada, condón o irrigación)	140	7	22
Más de un método, sin incluir los anteriores	3	a	a

a Menos de la mitad del uno por ciento.

el tiempo que venían usando procedimientos para evitar la concepción, y sus respuestas son clasificadas en esta forma: 29 por ciento, uso ocasional o durante menos de seis meses; 40 por ciento, durante uno o dos años; 18 por ciento, por espacio de tres o cuatro años; 7 por ciento, durante cinco o seis años y 6 por ciento, por siete años como mínimo.

Quizás estos datos no tengan gran significación para el público estadounidense, pero están acordes con el estado creciente de la población y la fecundidad de los habitantes de la Isla. Si los consideramos como el comienzo de una tendencia en el público a limitar la prole, tienen cierta importancia, a pesar de lo difícil que resulta sacar ninguna conclusión de los datos expuestos. Estos presentan tales diferencias entre sí que parecen indicar que la idea de limitar la prole ha penetrado ya lo suficiente en la estructura social del país, y el hecho de que puedan descubrirse estos datos en la investigación de este grupo poblacional prueba que la limitación de la familia ha comenzado a operar ya activamente en Puerto Rico. Por otra parte, el hecho de que un grupo seleccionado demuestre tal interés por las prácticas anticoncepcionales no indica en modo alguno que el descenso de fertilidad de la población va a ocurrir de un momento a otro en forma rápida y espontánea. Lo que quizás demuestre es

que han de pasar varios decenios antes de que pueda asegurarse el control del crecimiento poblacional. Los especialistas en estas materias no pueden sino aconsejar que se apele a todos los medios razonables para estimular la limitación de la prole en toda la población.

Oportunidad de la concepción: Desde el punto de vista estadístico la mejor fórmula para computar la posibilidad de la concepción, es la expresada por la siguiente fórmula.

$$R = \frac{\text{número de embarazos}}{\text{número de meses de riesgo}}$$

En esa fórmula un mes de riesgo de embarazo es un mes cronológico en una historia de fecundidad individual en el cual la concepción hubiera sido posible.²⁰ El concepto de riesgo de embarazo fué creado por Pearl²¹ y nos sirve como unidad de medida para calcular satisfactoriamente el albur de la concepción. Del tiempo transcurrido de vida conyugal se deducen los meses de gestación, de abstinencia forzosa, etc., en los cuales no puede ocurrir la fecundación, y lo que reste se denomina "tiempo de riesgo de embarazo" (*exposure*). En una publicación de Pearl²² y en el apéndice de un artículo sobre una investigación verificada en el estado de Virginia Occidental,²³ se discuten la manera de calcular los riesgos de embarazo.

Los antecedentes históricos de cada caso particular nos permitieron calcular²⁴ el número de meses de riesgo de embarazo, y los índices de fertilidad se han computado por grupos de mujeres, sumando los totales de meses de riesgo y los embarazos en la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de embarazos} = \frac{\text{número total de embarazos}}{\text{número de meses de riesgo}} \times 1,200$$

20. La fórmula de Pearl ("Contraception and Fertility in 4,945 Married Women," *Human Biol.*, VI (1934), 355), es superior a ésta. Su expresión es:

$$R = \frac{\text{número de óvulos fertilizados}}{\text{número de óvulos fertilizables}}$$

pero en los estudios de tipo clínico como el presente, lo más que podemos es deducir el número de óvulos por el número de meses de riesgo de embarazo; así que la fórmula de Pearl no es práctica en este caso.

21. R. Pearl, "Contraception and Fertility in 2,000 Women," *Human Biol.*, IV (1932), 363.

22. R. Pearl, "Factors in Human Fertility and Their Statistical Evaluation," *Lancet*, II (1933), 607.

23. G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

24. Por distintas razones, un 4 por ciento de las historias resultaron incompletas para esta investigación.

El factor 1,200 elimina los decimales y transforma el índice mensual en índice anual para 100 mujeres. La tabla 5 contiene los índices

TABLA 5

Probabilidad de embarazo antes de ingresar en el dispensario, en relación con el tiempo de casados^a y los métodos anticoncepcionales empleados

Años de matrimonio	Mujeres	Meses de riesgo	Número de embarazos	Índice de fertilidad ^b
A: Todas las mujeres del grupo				
De 0-4	443	6,832	837	147
5-9	550	24,814	2,198	106
10-14	467	37,914	2,884	91
15-19	272	32,097	2,353	88
20-24	122	18,373	1,305	85
De 25 en adelante	29	5,611	358	77
Total	1,883	125,641	9,935	95
B: Mujeres que usan métodos anticoncepcionales				
De 0-4	137	2,575	248	116
5-9	197	9,494	788	100
10-14	181	15,740	1,042	79
15-19	89	10,778	720	80
20-24	32	5,029	317	76
De 25 en adelante	8	1,672	94	67
Total	644	45,288	3,209	85
C: Mujeres que no usaron métodos anticoncepcionales				
De 0-4	306	4,257	589	166
5-9	353	15,320	1,410	110
10-14	286	22,174	1,842	100
15-19	183	21,319	1,633	92
20-24	90	13,344	988	89
De 25 en adelante	21	3,939	264	80
Total	1,239	80,353	6,726	100

^a El número de meses de riesgo y el de los embarazos son los transcurridos entre la fecha del matrimonio y la del ingreso en el dispensario.

^b Embarazos correspondientes a 100 mujeres en un año de riesgo de embarazo, en relación con los riesgos de concepción. $R = \frac{1,200 \times \text{núm. de embarazos}}{\text{meses de riesgo}}$

anuales de embarazo por cada 100 mujeres y año de riesgo, especificando la duración del matrimonio según la información obtenida al ingresar en el dispensario, lo mismo para las que han usado o no procedimientos anticoncepcionales. Estos índices se diferencian de

otros que se dan en trabajos de esta naturaleza,²⁵ en que el índice correspondiente a cualquier período dentro de la vida conyugal, desde la fecha del connubio hasta el momento de ingresar la mujer al dispensario anticoncepcional. Así pues, aquellos índices *no están influenciados* por la duración de la vida marital, ni representan el riesgo de preñez de las mujeres en cada período de tiempo. Los índices específicos serían así uniformemente inferiores a los de la tabla 5,²⁶ pero los totales aparecerán inalterados.

La duración corriente de esta tendencia matrimonial es evidente. Los altos índices iniciales (de comienzo de la vida marital), debidos al gran riesgo del primer embarazo, descienden rápidamente cuando interfieren otros factores²⁷ como la lactancia, la amenorrea, la práctica anticoncepcional, las enfermedades, etc. El índice total de 95 puede contrastarse con los coeficientes evidentemente inferiores en las mujeres blancas (81) y negras (85) de las minas de Virginia Occidental, con los de las mujeres blancas entre los agricultores de Kentucky (66), con los de los dispensarios anticoncepcionistas de Filadelfia (66)²⁸ y con las mujeres blancas de una clínica anticoncepcionista de un hospital de Tennessee (73).²⁹ El coeficiente excesivo de fertilidad en este grupo poblacional de Puerto Rico, sin control alguno de la natalidad, no significa necesariamente que la fertilidad sea en este país singularmente desmesurada, sino que con toda probabilidad lo que hace es reflejar únicamente que aquí se han empleado en menor escala los medios anticoncepcionales. La cifra total correspondiente al riesgo de embarazo es, aproximadamente, 17 por ciento mayor que entre las mujeres blancas de Virginia Occidental, que es la más próxima, entre las series más grandes, con que podemos comparar la nuestra.

Para poder juzgar de la fertilidad en Puerto Rico habría que establecer la comparación exclusivamente entre sujetos en que no interviniese el uso de procedimientos para limitar la prole. Los

25. Stix and Notestein, *op. cit.*

G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

Beebe and Geisler, *op. cit.*

26. Ninguno de los más sencillos procedimientos de interpolación da aquí resultados apreciables, y por eso presentamos los datos en forma acumulativa.

27. El análisis podría hacerse mucho más minucioso si omitiéramos los meses post-partum dedicados a la lactancia y durante la amenorrea, como causas limitantes del riesgo de embarazo, pues es bien sabido los escasísimos riesgos de embarazo en esos estados, pero no es posible, y además no tiene importancia práctica intentar la corrección.

28. G. W. Beebe and C. J. Gamble, "Clinical Contraceptive Results in a Small Series of Patients," *J.A.M.A.*, CXV (1940), 1451.

29. M. A. Geisler, "A Small Jelly Alone Series in Rural Tennessee" (unpublished).

índices de fertilidad entre sujetos blancos y negros de Virginia Occidental son 94 y 91 para unos y otros; inferiores a la cifra (100) obtenida en este grupo de población portorriqueña. Véanse igualmente los de otros sitios: 78 entre los agricultores de Kentucky, 85 entre los agricultores de Tennessee, 83 entre sujetos blancos de Carolina del Sur,³⁰ 99 en las series de Filadelfia, 92 entre negros de Carolina del Sur,³¹ 114 entre sujetos blancos de Cincinnati,³² y 168 entre blancos de Nueva York.³³ La última de estas series está influenciada por el elevado índice de preñeces primerizas y probablemente representa un estrato social de sujetos más fecundos que la mayoría de los que componen las series de sujetos que usan procedimientos de control. En vista de estos resultados la fertilidad sin restricción de este grupo de población no es en modo alguno excepcional.

La diferencia entre los índices correspondientes a sujetos anticoncepcionistas y los de los sujetos concepcionistas, si bien tiene un gran valor desde el punto de vista estadístico, quizás parezca pequeña. Los índices de los anticoncepcionistas no indican el riesgo de embarazo durante el tiempo en que se recurría a procedimientos de control, sino el que corresponde a toda la vida conyugal de las mujeres que han efectuado alguna vez maniobras para evitar el embarazo. La proporción correspondiente exclusivamente al período de tiempo en que se ha tratado de evitar el embarazo, sería de 50 a 60 preñeces por un año de riesgo en 100 mujeres, si es que hemos de guiarnos por lo observado entre las mujeres de los mineros de Virginia Occidental. Aunque tamaño riesgo no satisfaga en modo alguno a los clínicos, dicha proporción tendría una significación extraordinaria si la práctica anticoncepcional pudiera extenderse a toda la población. Un índice que puede compararse con el de 85 calculado entre las parejas anticoncepcionistas del grupo poblacional de Puerto Rico, aunque más influido por la práctica anticoncepcional, es el correspondiente a los sujetos blancos de Virginia Occidental: 76 embarazos por cada 100 mujeres, durante un año.

Al clasificar las mujeres que no practicaban procedimientos anticoncepcionales, según el sitio en que residían, su instrucción, la ocupación u oficio y las entradas semanales, no hemos hallado

30. R. K. Stix, "Contraceptive Service in Three Areas," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XIX (1941), 171.

31. *Ibid.*

32. *Ibid.*

33. Stix and Notestein, *op. cit.*

variaciones de monta. Esta coincidencia con la hipótesis de Pearl,³⁴ sobre la homogeneidad entre las clases sociales y su estado económico con respecto a su fecundidad innata, no significa, por supuesto, que no sea posible, utilizando deliberadamente o no, procedimientos apropiados, seleccionar grupos de mujeres que posean seguramente una excepcional fecundidad. En vista de la semejanza probable de la fecundidad natural de las distintas clases sociales y económicas, una de cuyas *funciones* estudiamos aquí,³⁵ (riesgo de embarazo entre las mujeres que no practicaban ningún medio anticoncepcional), las diferencias entre los distintos grupos de las anticoncepcionistas pueden quizá deberse a que la práctica anticoncepcional está más arraigada, es más eficaz, o a ambas causas a la vez. La eficacia de los procedimientos anticoncepcionales depende a su vez, no solamente de los medios y métodos empleados sino también del modo de usarlos. Entre personas que afirman usarlos de manera regular y corriente, a pesar de tomar grandes precauciones, se da, no obstante, un índice de preñez de 82; en cambio, en las otras, el índice llega a 94. La diferencia, apreciable estadísticamente, es casi tan grande y del mismo orden, como la que se da entre las que practican y las que no practican métodos anticoncepcionales. Como quiera que la cuarta parte, aproximadamente, de las anticoncepcionistas hacían un uso irregular o esporádico de los procedimientos de control, es evidente que el riesgo de embarazo se distribuye en varias formas sobre las distintas clases sociales y económicas. De igual manera, al dividir las anticoncepcionistas en dos clases, una con práctica anticoncepcional de 5 años por lo menos, y, otra, de menos de 5 años, los índices de embarazo fueron 66 para la primera y 99 para la segunda. Como el índice inferior es casi el 40 por ciento de la práctica total anticoncepcional, la variación de la magnitud de dicha práctica entre las distintas clases sociales y económicas modificará en cierto modo el riesgo de embarazo.

Estos resultados, en unión de las pruebas ya existentes sobre las diferencias en los efectos de la práctica anticoncepcional, contribuyen a explicar por qué son tan distintos los índices correspondientes a los sujetos anticoncepcionistas pertenecientes a clases sociales y económicas diferentes. Los índices obtenidos son: 89 para las residentes en el campo y 80 para las de residencia urbana; 93 para

34. R. Pearl, "Contraception and Fertility in 4,945 Married Women," *Human Biol.*, VI (1934), 355.

35. La fecundidad innata en la especie humana puede ser modificada por la conducta del individuo o por las enfermedades, y así, solamente la resultante de un complejo sistema de fuerzas es susceptible de observación directa.

las de escasa instrucción, 88 para las de instrucción mediana y 72 para las de instrucción superior; 94, 86 y 73 para las tres clases de ocupaciones u oficios, y 97, 83 y 70 para los tres tipos de entradas semanales establecidas. Si bien estas diferencias corroboran de manera sorprendente el hecho de que la limitación de la prole está operando en todos los estratos de la población portorriqueña, nótese que el índice en cada clasificación se aproxima bastante al de 100, correspondiente a las familias que no usan medios anticoncepcionales. Se ve que, entre las familias en que la esposa no ha cursado tres grados escolares, en las que el esposo no ejerce oficio especializado, es un pequeño agricultor o arrendatario cuyas entradas semanales no alcanzan a seis dólares o son menos de cinco dólares, la fertilidad no ha experimentado reducción apreciable. Se ve también que, aún entre las clases más acomodadas de este grupo de población, la declinación de la fertilidad no es todavía bastante grande. Los datos aquí recopilados corroboran nuestra tesis de que la práctica anticoncepcional está comenzando a penetrar dentro de la gran masa poblacional, empero no hay que esperar que se altere en gran medida la fertilidad general con solamente los esfuerzos del tipo que descubre este análisis estadístico.

Concepción frustrada: El número de embarazos frustrados, o sea, aquellos en que fracasa el producto de la concepción no resultando en un ser vivo, exige con urgencia creciente que se concentre la atención en aquél, considerándole no solamente como factor influyente en la morbilidad y mortalidad materna, sino también en el crecimiento poblacional, sobre todo en los grandes centros cosmopolitas. La forma cómo termina la preñez constituye un aspecto esencial en las historias clínicas individuales de las 1,962 mujeres que recibieron instrucción anticoncepcional en los dispensarios. Los datos obtenidos verbalmente en el momento del ingreso en el dispensario se prestan al comentario crítico.³⁶ Las mujeres no siempre saben si estuvieron o no embarazadas, ni si la expulsión de un óvulo no viable pudo ser o no atribuido a alguna maniobra intempestiva.³⁷ Por otra parte, es sabido, que las relaciones de confianza que se establecen entre las mujeres y las enfermeras o los médicos, en los dispensarios en que se dan consejos para evitar el embarazo, hace que las mujeres alteren

33. V. C. Hamilton, "Some Sociologic and Psychologic Observations on Abortion," *Am.J. Obst. & Gynec.*, XXXIX (1940), 919.

37. Al recopilar los datos en las historias clínicas, no se recogieron los referentes a supuestas drogas abortivas tomadas por las mujeres, y únicamente cuando un caso aparecía con más de dos abortos provocados, era devuelto a la enfermera o al médico para ser investigado.

muy poco conscientemente los hechos. Al revisar más de 10,000 comunicaciones de embarazos en este grupo, observamos que 15.3 por ciento fueron sin infante viable, 7.7 por ciento abortos espontáneos, 4.8 partos de natimortos y 2.8 por ciento abortos provocados. Como la proporción de abortos provocados es baja, la cifra total correspondiente a las concepciones frustradas es menos de las que se dan en otras investigaciones.³⁸

Las diferencias numéricas sobre este concepto, en el grupo poblacional estudiado, se correlacionan inversamente con las diferencias correspondientes al riesgo de embarazo. Los porcentajes correspondientes a las cifras de concepción frustrada son: 13.6 y 19.9 para las mujeres con residencia rural y urbana, respectivamente; 13.7 para las mujeres de poca instrucción, 15.5 para las de mediana instrucción y 20.2 para las de instrucción superior; 14.1, 15.6 y 21.7 correspondientes a los tres grupos de ocupaciones u oficios; y 13.9, 16.1 y 23.1 para las tres clasificaciones con arreglo a las entradas semanales. Las cifras correspondientes a los abortos inducidos son bastante semejantes a las relativas a las concepciones frustradas. Los porcentajes son: 1.0, 2.7 y 9.4 en lo que se refiere a instrucción de las embarazadas; 1.1, 3.9 y 10.0, referentes a la ocupación, y 1.2, 3.5 y 11.9 en relación con las entradas semanales. Stix y Wiehl³⁹ han observado una "relación positiva" entre las entradas económicas de la mujer y la frecuencia del aborto provocado, pero Pearl no ha podido establecer la misma correlación en los grandes grupos poblacionales estudiados por él.⁴⁰ Si las cifras referentes a abortos inducidos son las que determinan las de preñez frustrada y se correlacionan con las relativas al interés y práctica del público en los procedimientos anticoncepcionales, ello se debe a que aborcionismo y anticoncepcionismo responden a una misma necesidad y únicamente después de una campaña de educación sanitaria intensa se logrará separar ambos conceptos en la mente del público.

38. Stix and Notestein, *op. cit.*

G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

Beebe and Geisler, *op. cit.*

Geisler, *op. cit.*

R. K. Stix and D. G. Wiehl, "Abortion and the Public Health," *Am.J.Pub.Health*, XXVIII (1938), 621.

R. Pearl, "Fertility and Contraception in New York and Chicago," *J.A.M.A.*, CVIII (1937), 1385.

D. G. Wiehl, "A Summary of Data on Reported Incidence of Abortion," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, XVI (1938), 80.

39. Stix and Wiehl, *op. cit.*

40. R. Pearl, *The Natural History of Population* (New York: Oxford University Press, 1939).

Mayor importancia numérica que el aborto provocado tiene en este grupo de población la mortinatalidad, siendo menos variable y siguiendo una proporción inversa entre los subgrupos de categorías sociales y económicas. Los porcentajes de natimuecos son: 5.3 y 3.6 entre las gentes de residencia rural y urbana, respectivamente; 5.4, 4.7 y 3.3 correspondientes a las de instrucción baja, mediana y superior; y 5.4, 4.0 y 2.4 para las de los grupos de ocupaciones u oficios; y 5.6, 3.9 y 2.4 para las tres clasificaciones con respecto a las entradas económicas. Estas diferencias, indudablemente, reflejan las pobres condiciones higiénicas en que viven las gentes más humildes incluídas en este grupo de población.

Mortalidad infantil: No obstante la juventud relativa de la población de Puerto Rico, la mortalidad global es 50 por ciento mayor que la de los Estados Unidos. Esta diferencia se debe en parte a los azares de la vida antihigiénica con que se confronta la niñez en Puerto Rico.⁴¹ Entre los datos recogidos en estas 1,962 familias figura el número de niños fallecidos, apareciendo en la tabla 6 el porcentaje de niños muertos entre el número de mujeres, en relación con la duración del matrimonio en el momento de ingresar la mujer al dispensario. En total, cerca del 15 por ciento de los niños nacidos vivos ya no existían cuando las madres comenzaron a recibir ins-

TABLA 6

Porcentajes de mortalidad infantil, en relación con la duración del matrimonio de la madre al ingresar en el dispensario y resumen comparativo con los datos observados en Virginia Occidental

Años de matrimonio al ingresar en el dispensario	Grupo poblacional de Puerto Rico			Mineros de Virginia Occidental de raza blanca Fallecidos %
	Número de mujeres	Niños nacidos vivos	Fallecidos %	
De 0-4	470	713	8.0	5.7
5-9	571	1,901	13.5	8.7
10-14	477	2,508	14.5	13.8
15-19	284	2,031	16.2	14.6
De 20 en adelante	155	1,456	18.7	15.9
Total	1,957	8,609	14.9	12.1

41. El año 1939 los índices de mortalidad más elevada fueron 10.6 y 17.7. Las enfermedades responsables de esta gran mortalidad infantil en Puerto Rico son las diarreas y enteritis, la malaria, la sífilis, las nefritis y la tuberculosis. (U. S. Bureau of the Census, Vital Statistics, Special Reports: Puerto Rico, Summary of Vital Statistics, 1939; U. S. Summary of Vital Statistics, Part 1, 1939. [Washington, U. S. Government Printing Office, 1941]).

trucción en los dispensarios. Esta cantidad tan grande de vidas malogradas supera en 20 por ciento, aproximadamente, la observada entre la gente blanca de las minas de Virginia Occidental. El resumen de los datos sobre este particular, comparando estos dos grupos de población, aparece también en la tabla 6.

Cuando se clasifican las familias según su educación, ocupación y entradas semanales que perciben, aprécianse grandes variaciones en las cifras de mortalidad en la niñez. Los porcentajes son 19, 13 y 8, respectivamente, entre las de educación baja, mediana y superior; 17, 13 y 8 correspondientes a los tres grupos de ocupaciones; y 16, 13 y 10 en relación con las tres clases de entradas. El sitio donde se reside es un factor de importancia solamente en el grupo de entradas más bajas, siendo la mortalidad en la niñez entre las familias de las zonas urbanas, 20 por ciento; mientras que las de la zona rural sólo llega a 14 por ciento. Las cifras diferenciales parecen indicar un riesgo considerablemente mayor de mortalidad entre los niños nacidos en los medios más pobres, y el exceso es casi igual al riesgo de mortalidad entre los sectores más acomodados de todo el grupo poblacional.

Niños menores de cinco años: Hemos afirmado antes que la fertilidad en este grupo de población, es más elevada que la de la población general del país, pero no hemos calculado aún su proporción. Entre los datos de fertilidad utilizables para este propósito, el número de niños menores de 5 años que tiene cada mujer casada, permite establecer la mejor comparación con las estadísticas oficiales de natalidad correspondientes a la población de la Isla. Del promedio de niños de esta edad en este grupo de población, calculamos el número de niños que pudiera existir en la población de la Isla durante el año 1935, suponiendo que los niños de menos de 5 años hubieran sido incluídos en la misma proporción en que existen en este grupo que estudiamos.⁴² La cifra obtenida en nuestro cálculo excede en 60 por ciento la del Censo para ese año. Según este resultado, la fertilidad de nuestro grupo poblacional puede estimarse *grosso modo* en 60 por ciento sobre la de la población general.

En la tabla 7 aparecen los índices de edad específica de las mujeres que componen el grupo, de acuerdo con el sitio donde residen, y el número de hijos al lado de las cifras calculadas para la población

42. Calculamos los promedios de edades efectivas de los niños menores de 5 años por cada mujer dentro del grupo de población, e hicimos la distribución entre las mujeres casadas que figuran en el Censo del año 1935. El hecho de que en el Censo la agrupación de edades de 15 a 44 años se subdivide en cuatro clases solamente, es muy probable que influenciase nuestros resultados, pero ello no invalida nuestra argumentación.

insular. Pueden compararse estas cifras con casos estadísticos semejantes de Virginia Occidental y con las de la población general de donde proceden. Puede verse que los grupos rurales y urbanos se diferencian en la medida en que no representan los promedios de fertilidad de sus respectivas poblaciones, siendo el grupo urbano el menos representativo, con un exceso de más de 80 por ciento. Otra manifestación del mismo proceso es la gran discrepancia con las cifras correspondientes a Virginia Occidental.

Estos datos plantean el problema de si podemos aplicar a toda la población de Puerto Rico las deducciones que se saquen de este grupo de población. Antes hemos supuesto que al seleccionar este grupo, teniendo en cuenta su fertilidad y su grado de interés en la práctica anticoncepcional, aparecerían diferencias en ambos aspectos que quizás fuesen más acentuadas que las realmente existentes en la

TABLA 7

Niños menores de cinco años por cada mujer clasificados según la edad de la madre, en dos series de mujeres anticoncepcionistas y en los grupos estudiados

Años de edad de las mujeres	Datos en el grupo estudiado							
	Residentes en Puerto Rico						Mujeres blancas de Virginia Occidental, de residencia rural (no agricultores)	
	Rural		Urbana		Total		Número de mujeres	Número de niños
	Número de mujeres	Número de niños	Número de mujeres	Número de niños	Número de mujeres	Número de niños	Número de mujeres	Número de niños
De 15-19	41	1.27	38	1.29	79	1.28	126	1.35
20-24	381	1.91	180	1.79	561	1.87	343	1.88
25-29	323	2.11	177	1.82	500	2.01	335	2.04
30-34	262	2.04	111	1.60	373	1.91	213	1.83
35-39	219	1.79	80	1.38	299	1.68	109	1.76
De 40 en adelante	59	1.34	23	1.22	81	1.31	38	1.32
Total	1,284	1.92	609	1.66	1,893	1.84	1,164	1.83
	Datos referentes a la población ^a							
Observados ^b		1.25		.87		1.12		.92
Calculados ^c		1.87		1.59		1.77		1.73
Diferencia de porcentaje en los datos observados		50		84		59		93

^a La población de Virginia Occidental es de mujeres casadas de raza blanca residentes en el campo (no agricultores), en el año 1930.

^b Datos del Censo.

^c Calculado en el supuesto de que la población ha utilizado métodos anticoncepcionales y en relación con la frecuencia relativa de niños de menos de 5 años de edad.

población general; pero que el efecto de la selección en las clases económicosociales inferiores, balancearía en parte los resultados. En otras palabras, las diferencias que se descubren engastadas en un grupo poblacional del más bajo nivel económicosocial demuestran que otras diferencias, en cierto modo semejantes, se daban también en la población general. El hecho de que el grupo de población urbana es menos representativo que el de gente del campo, en lo que a fertilidad respecta, confirma este juicio, pues, en el grupo estudiado, son muy escasas las parejas de fertilidad inferior entre los pertenecientes a las zonas urbanas donde dichas diferencias son más destacadas. Así pues, la comparación establecida entre la fertilidad del grupo estudiado y la de la población general, refuerza nuestras razones el prestarle detenida atención a los datos que surgen del análisis de nuestro grupo poblacional.

TABLA 8

Promedio de hijos vivos por familia en relación con la duración del matrimonio

Duración del matrimonio (años)	Número de familias	Hijos por familia
De 0-4	470	1.40
5-9	571	2.88
10-14	477	4.50
15-19	284	5.99
De 20 en adelante	155	7.60
Total	1,957	3.74

Familia, número de miembros: El número de miembros de que se compone cada familia nos sirve de guía para juzgar finalmente la directriz del movimiento reproductivo en el grupo estudiado. El cálculo para determinar el número de familiares se hizo añadiendo dos sujetos al número promedio de hijos vivos en la fecha de ingreso de la madre en el dispensario. La tabla 8 contiene los promedios de hijos en todo el grupo, en relación con la duración del matrimonio. El promedio obtenido es de 5.74 miembros por familia; bastante semejante al de 5.64 obtenido entre los mineros blancos de Virginia Occidental. El aumento progresivo del número de familiares, según aumenta la duración del matrimonio, puede estar exagerado por ser este un grupo seleccionado de población.

Las comparaciones dentro del mismo grupo poblacional acentúan

lo ya sabido respecto al tipo de fertilidad. Las familias rurales constan de 5.9 miembros por término medio; las urbanas, de 5.4. Entre las de escasa instrucción, de mediana instrucción e instrucción superior, los promedios respectivos son: 5.9, 5.8 y 5.2; entre los tres grupos ocupacionales: 6.1, 5.4 y 5.1; y en las tres clases de entradas semanales: 5.9, 5.7, 5.2.

Si bien la razón de la elevada fertilidad de la población de Puerto Rico es evidentemente la falta de estímulo cultural y económico que actuaría obligando a limitar el número de miembros en la familia, tenemos ciertos datos que parecen indicar que la limitación voluntaria de la prole ha comenzado ya.⁴³ Aunque el argumento pierde algún valor por el hecho de que la selección de este grupo poblacional se hizo teniendo en cuenta el interés de los individuos que lo componen en limitar la prole, no es menos cierto que las personas seleccionadas lo fueron entre las de clase humilde, excluyendo las que vivían en los centros urbanos y no eran muy fecundas. La existencia de diferencias apreciables en el uso de medios anticoncepcionales y en sus resultados dentro de las clases sociales y económicas inferiores de los individuos que componen este grupo y reciben instrucción y consejo en los dispensarios, no pueden ser ignoradas; lo que demuestra que Puerto Rico está actualmente en el prólogo de un proceso ya bien conocido en todo el mundo occidental. Hasta dónde llegará el desarrollo de este proceso sólo el futuro podrá revelarlo; pero de los hechos aquí observados no se desprende que la prolificidad habrá de descender rápidamente en un futuro inmediato.

Con todo, aunque el deseo de poner en práctica medios para limitar la prole está bastante extendido entre las clases más humildes, los esfuerzos desplegados hoy día, en cuanto a información y facilidad de medios materiales al alcance de la población, son muy limitados. A juzgar por lo que ocurre en este grupo poblacional, el procedimiento más general entre el público para evitar la fecundación es el *coitus interruptus*. La reducción de la prole podría impulsarse si el público conociese mejor los procedimientos anticoncepcionales y pudiese adquirir fácilmente los objetos para ello, sobre todo condones. Podría además ser de gran utilidad para estimular la práctica anticoncepcional de manera eficaz una buena campaña y propaganda médica, que trataremos de exponer en las páginas que siguen, esbozando un programa de acción, basando en nuestra experiencia

43. Morales Otero y sus colaboradores ("Health and Socio-economic Studies in Puerto Rico." *P.R.J. Pub. Health & Trop. Med.*, XII [1937], 405), han demostrado que la fertilidad, por grupos específicos de edades, ha comenzado a declinar en Puerto Rico.

todas las deducciones que el programa implica. Queda en pie, sin embargo, el hecho fundamental de que la reducción de la prolificidad no puede proceder con mayor rapidez que la que le imponen las aspiraciones de la vida familiar.

CLASE DE SERVICIOS OFRECIDOS AL PUBLICO

Su origen y organización: El primer intento de organizar en gran escala servicios anticoncepcionales en Puerto Rico fué en el año 1935, por una agencia federal (la *F.E.R.A.: Federal Emergency Relief Administration*) a iniciativas de la Sra. Dorothy D. Bourne, con la ayuda técnica de la Srta. Gladys Gaylord, de la *Cleveland Maternal Health Association*. Pocos meses después que el Gobierno Federal retiró la asignación de fondos en el año 1936, el Dr. Clarence J. Gamble, prestó ayuda económica a la Asociación de Salud Maternal e Infantil de Puerto Rico para proseguir trabajando. Habiendo comenzado con un pequeño dispensario en el Hospital Presbiteriano de San Juan, la Asociación fué extendiendo sus servicios de tal modo que al final del año 1938 había funcionando 28 servicios clínicos, donde se atendían 3,851 familias. Las mujeres que acudieron a estos dispensarios nos proporcionaron la oportunidad de que ingresaron en una fecha determinada, de tal suerte que se pudo continuar pesquisando los resultados posteriores de los servicios rendidos hasta un año después de la fecha del ingreso, antes de comenzar este estudio, en marzo de 1939. Para facilidad de este estudio hemos de considerar todos estos casos como si hubiesen ingresado en 1937.

En el año 1940 el Departamento de Sanidad Insular inauguró un servicio de instrucción anticoncepcional a las mujeres insolventes que padecían ciertas enfermedades que contraindicaban el embarazo, y como consecuencia de esto la labor de la Asociación ha ido disminuyendo sus actividades muy lentamente. El 1° de septiembre de 1941 la Asociación tenía funcionando 3 dispensarios: en San Juan, Humacao y Yabucoa.

El Dr. José S. Belaval actuó de director y consejero de la Asociación y el Servicio fué encomendado directamente a un número de médicos. En los sitios donde esto no fué posible se hicieron cargo del servicio enfermeras de salud pública y trabajadoras sociales adiestradas en asistencia médica, las cuales, bajo la dirección de los médicos, hacían la labor de instrucción y observación continuada de los casos fuera del dispensario, quedando éstos debidamente organizados para prestar un servicio adecuado de esta naturaleza.

Métodos y materiales utilizados. La urgencia del problema poblacional de Puerto Rico y la carencia de datos sobre los medios a emplear, influyeron sobre la naturaleza de los servicios que había que prestar, sobre todo en lo que se refiere a los métodos y materiales utilizados. En el dispensario de San Juan se utilizaron preferentemente el diafragma y la jalea antiséptica, pero en la mayor parte de los otros dispensarios se prescribieron sustancias pulverulentas espumantes y la esponja,⁴⁴ excepto en Lares en que únicamente se aconsejó el uso de jaleas.⁴⁵ Se creyó que procediendo en esta forma se lograría observar la eficacia relativa y el grado de aceptación que obtuvieron los tres métodos empleados. No se adoptaron procedimientos al azar, para poder así comparar los métodos entre sí. Creyóse también que no sería posible extender lo suficiente el servicio anticoncepcional, ni siquiera entre las mujeres en que el embarazo estaba contraindicado, a menos que la instrucción y consejos fueran de suma sencillez para que pudieran encomendarse a las enfermeras y trabajadoras sociales bajo dirección médica. De todos los recursos químicos utilizados, las sustancias pulverulentas espumantes y las jaleas antisépticas, usadas solas, ofrecen resultados prometedores, habiendo sido ensayados de manera adecuada, sin que ofrecieran el menor peligro.

Otro aspecto que hay que considerar y que probablemente ha ejercido influencia en los resultados obtenidos, es la imposibilidad de usar métodos alternados en ciertas mujeres en las que la prescripción primera no satisfizo por algún motivo. En los consultorios de San Juan y Humacao⁴⁶ fué donde únicamente se trató de substituir unos procedimientos por otros, pero aún así no se puso en ello gran empeño.

Examen clínico e instrucción a las mujeres: En los servicios de San Juan y Humacao se le hacía a cada mujer un examen pélvico detenido y minucioso, pero en los demás, los exámenes no eran practicados corrientemente. Cerca de 6.3 por ciento de las 1,962 mujeres se creyó que estaban embarazadas cuando acudieron por primera vez a la consulta, y se las consideró en tal estado al analizar los datos

44. *P. S. Foam Powder*, preparado por Philip Stoughton de Nueva York. La fórmula cuantitativa dada por la casa manufacturera es: almidón, 84.25 por ciento; *Duonol, W. A.*, 14 por ciento; paraformaldehído, 1.75 por ciento. *Duonol, W. A.*, es el nombre comercial de un detergente obtenido por saponificación de "alcohol lauryl".

45. *Lactikol B*, preparado por *Durex Products, Inc.*, de Nueva York. Fórmula cuantitativa: ácido láctico, 2 por ciento; sulfato de oxiquinolina, 0.5 por ciento; glicerina, 16 por ciento. Esta mezcla va añadida de una base de goma vegetal para componer 100 por ciento.

46. Dispensario del *Ryder Memorial Hospital*, atendido por la Dra. Charis Gould.

contenidos en este estudio.⁴⁷ A algunos de estos supuestos casos de embarazo, cuando se practicó el examen, se les impartieron consejos e instrucción anticoncepcionales en fecha posterior al examen.

Las instrucciones⁴⁸ y la prescripción del método a seguir se hacían por la enfermera o por el médico, el cual anotaba cualquier dificultad que encontraba la consultante al ponerlas en práctica. Cuando se prescribía el diafragma se les daba a las mujeres una lección anatómica al instruir las sobre la manera de insertarlo, observando el médico la forma en que lo hacía. Si se aconsejaba el uso de jalea antiséptica, bastaba con la instrucción verbal, enseñándole a la mujer la manera de llenar y vaciar el aplicador volteando la llave adherida al tubo del medicamento. Si el método aconsejado era el de sustancias pulverulentas y espumantes, bastaba con demostrarle a las mujeres la formación de espuma con la esponja y decirles cómo habían de proceder, advirtiéndoles la dosis que deberían usar, haciendo hincapié en que no bastaba una sola dosis para más de un contacto sexual.

Las mujeres que podían adquirir los materiales necesarios contribuían de esta forma al sostenimiento del Servicio en los dispensarios.

Servicio de vigilancia después de la primera consulta: Requeríase a todas las mujeres que repitiesen la visita al dispensario después de dos o cuatro semanas de haber ingresado, y tras esta segunda visita, deberían volver cada dos o tres meses para informar los resultados. Esta repetición de consultas servía además para proveerlas de medicinas o aparatos en caso necesario, y para seguir al detalle la historia de cada caso. Este período después de la primera consulta se continuó durante cierto espacio de tiempo (13.2 meses, como promedio) durante el cual cada mujer hizo varias consultas adicionales (promedio, 3.9), o sea, repitió la consulta cada tres meses aproximadamente (3.4).

Para conocer los efectos de la práctica anticoncepcional no se puede confiar enteramente en la iniciativa de las consultantes, por eso las enfermeras y las trabajadoras sociales verificaban visitas

47. Según el índice de preñez calculado en este grupo estudiado, menos del 5 por ciento de las mujeres deberían estar embarazadas en el momento del ingreso, a no ser que las que estuviesen embarazadas tratasen de ingresar en el dispensario. Al tabular los días transcurridos desde la última menstruación y la primera consulta, podría sospecharse que quizás de 15 a 25 de las 123 mujeres quedaron embarazadas *justamente después* de haber recibido instrucción en el dispensario. Si el error cometido es de tal magnitud, ello no altera las conclusiones que se derivan del análisis en cualquiera de los dos casos.

48. Dickinson, *op. cit.*

domiciliarias cuando las mujeres dejaban de acudir a las consultas en la fecha indicada. El promedio de las visitas a domicilio fué 2.2 por cada mujer, bastante más alto que el de consultas en el dispensario, que fué 1.7. Todas las anotaciones en las historias clínicas mantuvieronse al día hasta que las mujeres abandonaban los métodos prescritos y, frecuentemente, hasta algún tiempo después.

CÓMO ACEPTAN LAS MUJERES LOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONALES QUE SE LES PRESCRIBEN

En anteriores investigaciones sobre procedimientos anticoncepcionales, el concepto que servía de guía preferentemente era la eficacia fisiológica de los mismos, definiendo esta eficacia como una reducción de los riesgos de embarazo por debajo de lo que habría de esperarse cuando no se usaban métodos anticoncepcionales. Nosotros creemos que los riesgos de concepción, cuando se usan medios para evitarla, depende, por lo menos, de dos factores: uno de éstos probablemente invariable, es de orden fisiológico (homogeneidad de la pareja respecto a su aptitud fecundante) y el otro, muy variable, que depende de la actitud (factor humano) de los que practican los métodos. El hecho de que los métodos recomendados y prescritos sean muy bien aceptados y practicados no debe hacernos olvidar que la eficacia fisiológica es el índice más seguro cuando investigamos estas materias.⁴⁹ La adopción de este criterio nos sirve para orientar en una forma más realista los servicios que hayan de prestarse en los dispensarios anticoncepcionales, e influye de dos maneras. En primer lugar: ya no se trata sólo de la eficacia fisiológica de los métodos prescritos, sino también de la observación directa de su uso correcto; y, en segundo lugar, hace que fijemos nuestra atención hacia los factores que puedan modificar su uso correcto, conforme o no a las instrucciones dadas.

En este grupo de población hemos estudiado cada uno de los complejos elementos que influyen sobre la aceptación⁵⁰ o no, de cada uno de los métodos prescritos, de acuerdo con los otros factores

49. Al analizar los datos observados a este respecto se ve la necesidad de encontrar un procedimiento que pueda conferir protección contra el embarazo, por largo tiempo, y que sea absolutamente independiente de la voluntad de los sujetos que lo practican, sobre todo tratándose de la clase social a que pertenecen las mujeres como las de este grupo que estudiamos aquí.

50. G. W. Beebe, *Acceptability of Contraception. A Research Memorandum on and Measurement* (New York: The National Committee on Maternal Health, 1940). (Mimeographed.)

G. W. Beebe, "Measuring the Acceptability of Contraceptives," *Human Fertility*, VI (1941), 102.

individuales en cada caso, que pudieran afectar los resultados. Adviértase que al clasificar el grupo conforme a la clase de método prescrito no se ve una relación directa con las clases económicas-sociales que lo componen. También pudiera ocurrir que la calidad de la atención profesional no haya sido la misma en los tres subgrupos establecidos para los tres diferentes métodos. Siempre que fué posible se tuvieron en cuenta en el análisis estadístico, ciertos factores como los sociales y económicos y la experiencia anterior de la mujer en la práctica anticoncepcional; pero, naturalmente, no siempre el análisis estadístico permite hacer las debidas comparaciones, y como consecuencia, puede observarse que las diferencias no se deben atribuir a las particularidades de los métodos anticoncepcionales empleados, sino, en gran parte, a la heterogeneidad de los sujetos estudiados.

Facilidad de aprendizaje: Una de las preguntas que contenía la tarjeta donde se recogía la historia del caso se refería a la facilidad con que la mujer aprendía el método anticoncepcional. Las contestaciones indicarían el juicio subjetivo del instructor, reflejando al mismo tiempo, tanto su éxito en la enseñanza como el interés y conocimiento demostrados por la persona que la recibía. Además del 2 por ciento de casos en que no se contestó la pregunta, hay 14 por ciento que tuvieron cierta dificultad en aprender y 84 por ciento que aprendieron fácilmente.

El porcentaje de dificultad al aprender se descompone, según los tres métodos, en esta forma: 8 por ciento para el "diafragma con jalea"; 14 por ciento para los "polvos espumantes" y 21 por ciento para la "jalea antiséptica solamente". Si fuéramos a juzgar este resultado desde un punto de vista puramente objetivo, estableciendo las debidas correcciones entre médicos y consultantes, y basándonos en la opinión clínica corriente, hubiéramos predicho justamente un orden inverso de dificultad relativa entre los tres métodos. El resultado no tiene relación con el sitio donde residen las mujeres, pues tanto las de las zonas urbanas como las de las rurales aprendieron más fácilmente el uso del "diafragma con jalea"; entre las que vivían en los campos el uso de la "jalea sola" resultó más difícil de aprender. Comparando los tres métodos con las distintas clasificaciones (grado de instrucción, ocupación y entradas semanales) hechas en este grupo, relativamente homogéneo en cuanto a situación económico-social, manifiéstanse ciertas diferencias, principalmente en las clases más inferiores. Por ejemplo: en las de instrucción más escasa, los porcentajes son 5, 17 y 41 con los tres métodos, según el orden

señalado arriba. Variaciones semejantes se dan también en relación con la ocupación y las entradas. En las clases elevadas, comparadas con los tres mismos factores, los tres métodos parecen haber sido aprendidos con la misma prontitud.

Pudiera argüirse que las diferencias observadas entre las mujeres más pobres se deban a que la atención practicada por el instructor haya sido distinta, o al criterio diferente usado por el médico, pero esta explicación no puede ocultar el hecho de que el método del "diafragma y la jalea", más complicado cuando se aplica (y quizás, por esto, mejor enseñado), lo aprendieron fácilmente las mujeres pertenecientes a las clases más pobres. La dificultad en el aprendizaje del método de la "jalea sola", cosa que no se esperaba, es el primer hecho de una serie de experiencias todavía menos favorables.

Ensayo de los métodos prescritos: Las mujeres deben ensayar por lo menos el método que se les prescribe, si es que desean protegerse contra el embarazo. En nuestro grupo, 12 por ciento de las 1,845 mujeres en las que se investigó, nunca ensayaron⁵¹ los métodos que les fueron aconsejados. Compárese este porcentaje con el 5 por ciento en Nashville (métodos de "diafragma con jalea" y "polvos espumantes"), 10 por ciento en las minas de Virginia Occidental ("jalea solamente") y 19 por ciento entre los agricultores de Kentucky ("jalea solamente"). No es creíble que las mujeres que componen este grupo de la población de Puerto Rico estén menos preparadas para aprender los métodos anticoncepcionales que las de clase similar, instruidas en los Estados Unidos. La cifra inferior, correspondiente a Nashville, depende del excelente servicio de enfermeras de salud pública allí existente, con su sistema de frecuentes visitas domiciliarias.

En la tabla 9 aparece un resumen de las explicaciones que dan las mujeres al rehusar practicar el método prescrito. Al analizar la relativa importancia de las distintas razones, no se observan diferencias de gran valor entre ellas. La tabla demuestra que la tercera parte en 223 casos no tenían necesidad de practicar procedimientos para limitar la prole mientras estaban bajo observación.

El porcentaje de las que afirmaron no haber ensayado los procedimientos, varía respecto a cada uno de ellos. Hubo más mujeres que rehusaron la jalea que las que no usaron los otros dos métodos: 8 rehusaron el "diafragma y la jalea", 11 los "polvos espumantes", y 22 "la jalea sola". El hecho debe tener probablemente cierta

51. Consideramos que la mujer ha ensayado la prescripción, si la ha usado por lo menos una vez con fines anticoncepcionales.

TABLA 9

Porcentajes correspondientes a las mujeres que rehusan ensayar los métodos anticoncepcionales y las razones alegadas para ello

Razones alegadas	Porcentaje
Por no existir riesgo de embarazo: (separación del marido, esterilidad, preñez al ingresar en el dispensario, etc.)	34
Porque no les gusta, por falta de interés en la esposa ^a	29
Por temor a lastimarse ^a	17
Porque el esposo se opone a ello ^a	9
No exponen la razón	9
Muchas otras razones de distinta clase	2
Total	100
Número de mujeres	223

^a Con o sin objeción de parte del otro cónyugue.

significación, porque no depende de la residencia ni del estado social o económico, repitiéndose en la misma forma en las clases más pobres. Así, por ejemplo: entre las familias cuyas entradas semanales son las más bajas, los porcentajes son 12, 12 y 25 para los tres métodos. La menor aceptación para ensayar el uso de la jalea, probablemente indica circunstancias excepcionales en torno a su prescripción más que las características de este método anticoncepcional. La única comparación que puede establecerse dentro de las distintas clasificaciones, la cual expresa una diferencia comprensible entre el uso del "diafragma y jalea" y los "polvos espumantes", fué observada en las mujeres que viven en los distritos urbanos, las cuales prefieren ensayar el método del "diafragma y jalea".

Aparte del método prescrito, el grupo, en total, es relativamente homogéneo con respecto al ensayo de cualquier método. Las diferencias entre las clases de diferente posición económica o social a quienes se aconsejó el uso de un mismo método, son muy pequeñas y no tienen importancia, y por eso se insistió en prescribirlo hasta a las familias más pobres.

Reacción ante el método prescrito: Durante las visitas sucesivas al dispensario, después del ingreso y en las visitas domiciliarias, las mujeres podían expresar su parecer⁵² y el del esposo sobre el método que se había aconsejado. Al verificar el análisis de los datos con-

52. Consideramos que este informe verbal tiene gran interés en la historia clínica de cada caso. Teniendo en cuenta, desde luego, la oportunidad de las preguntas que se hacen a la mujer, el valor de sus contestaciones dependerá a veces del agente investigador que interroga

tenidos en cada historia clínica se tomó en cuenta la satisfacción de la mujer con el método prescrito, durante todo el período de observación, así como cualquier objeción al mismo.⁵³ La aceptación y complacencia absoluta con el método significa que no hubo contra él objeción de monta durante toda la historia clínica, aunque quizás haya alguna de poca importancia.

En la tabla 10 aparecen en detalle las reacciones individuales de las 1,622 esposas que ensayaron el uso de los métodos anticoncepcionales que les fueron prescritos. El porcentaje entre las que no formularon objeción alguna, llega a 69; bastante semejante al de 61 y 80 por ciento obtenidos entre los blancos y negros de Virginia Occidental que usaron "jaleas antisépticas solamente"; parecido también a los obtenidos en Nashville: 57 y 74, para los "polvos espumantes" y "diafragma y jalea", respectivamente; y, asimismo, al de Kentucky: 66 por ciento usando "jalea sola". Comparando las reacciones de las distintas clases económicosociales observóse que las que usan "diafragma y jalea" expresan mucha mayor satisfacción que las que usan "polvos espumantes", y esto, sobre todo, aunque no exclusivamente, en las que pertenecen a las clases más acomodadas. Entre las residentes en zonas urbanas, p. ej., 72 por ciento consideraban satisfactorios el "diafragma y la jalea", y 59 por ciento, los "polvos espumantes". Entre las de instrucción superior, los porcentajes para ambos métodos son, respectivamente, 80 y 63. Los "polvos espumantes" también gozan de menor aceptación entre las mujeres de clase pobre. Porcentajes respectivos: 87 y 74.

Analizando los datos correspondientes a las mujeres a quienes se prescribió "polvos espumantes", se ve que *las más pobres y de menos instrucción de todo este subgrupo* expresan, relativamente, *mayor complacencia* con su uso. En los centros urbanos donde se prescribieron "polvos espumantes" pueden haber intervenido dos factores especiales que hayan alterado los resultados. En Humacao se prescribió durante algún tiempo una clase especial de polvos, muy poco usada en otros sitios; en San Juan, el método preferido fué el de "diafragma y jalea", reservando la prescripción de los "polvos" para ciertos casos únicamente. En los grupos que usaban uno u otro método se obtuvieron los mismos resultados cuando se estudiaron en relación con las entradas económicas. Los porcentajes de mujeres que afirmaron estar satisfechas con el uso del "diafragma y jalea"

53. Quizás al ordenar los datos de las historias individuales hubieran aparecido ligeras diferencias, si se hubiera anotado, por ejemplo, la opinión de las mujeres en su visita final al dispensario.

fueron: 87 en las de clase inferior y 72 por ciento, conjuntamente, en las dos clases más elevadas; en el uso de "jalea solamente" los porcentajes correspondientes son 84 y 60. Entre las mujeres a quienes se aconsejó el uso de "polvos espumantes" los porcentajes 74, 70 y 58 corresponden a las entradas inferiores, medianas y elevadas, respectivamente. Con todo, esta diferencia en cuanto a lo satisfactorio que resulta un método determinado, no es sorprendente, pues en Kentucky, p. ej., el uso de la "jalea sola" resultó más preferido entre las clases más humildes del mismo grupo estudiado. De los datos arriba expuestos parece deducirse que las mujeres pertenecientes a clase superior y de posición más acomodada tienen un criterio más exacto de preferencia y saben mejor la manera de ensayar otros métodos y materiales.

TABLA 10
Reacción de la mujer ante los métodos anticoncepcionales

<i>Reacción de la mujer, según la expresa</i>	<i>Porcentaje de mujeres que pusieron en práctica el método prescrito</i>
Satisfacción	69.4
Dolor, ardor u otra incomodidad atribuida al método	8.5
Asco, o alguna objeción de orden estético	0.8
La esponja y el diafragma producen una sensación de obstrucción	0.5
Falta de confianza en el método o preferencia por otro	3.0
Apatía; es muy complicado y trabajoso; "falta de cooperación" ^a	9.8
Objeción de orden moral o religioso	0.3
Dolor, quemadura, o algún otro inconveniente, además de algunos de los enumerados arriba	1.9
Objeciones no específicas	5.4
No se da contestación ninguna	0.4
Total	100.0
Número de mujeres	1,622

^a Esta es una frase usada por la enfermera o el médico, con la que se quiere indicar la actitud apática o indiferente de un enfermo.

En la tabla 10 aparecen las objeciones formuladas contra todos los métodos anticoncepcionales, las cuales son sorprendentes por dos razones: una, la falta de confianza en un método o la preferencia por otro; otra, el número relativamente grande de mujeres que se quejan de que produce dolor, ardor, o algo parecido. Las objeciones

TABLA 11

Comparación de los porcentajes respectivos de reacciones más salientes ante los métodos prescritos y entre diferentes grupos poblacionales

Reacción de la mujer	Diafragma y jalea		Polvos espumantes		
	Puerto Rico	Nashville	Puerto Rico		Nashville
			Rural	Urbana	
Satisfacción	73	74	72	59	54
Dolor, ardor, molestias, etc.	12	15	6	17	26
Falta de confianza en el método o preferencia por otro	4	6	1	8	11
Apatía, miedo, "falta de cooperación" ^a	6	3	12	7	3
Objeciones morales o religiosas	0	^b	^b	^b	0
Número de mujeres	188	400	977	322	300

Reacción de la mujer	Jalea solamente				
	Puerto Rico	Virginia Occidental		Kentucky	Tennessee
		Negros	Blancos		
Satisfacción	72	80	61	66	57
Dolor, ardor, molestias, etc.	5	2	3	2	17
Falta de confianza en el método o preferencia por otro	3	8	20	18	15
Apatía, miedo, "falta de cooperación" ^a	7	2	4	7	^a
Objeciones morales o religiosas	0	0	2	7	^a
Número de mujeres	135	152	956	328	99

^aNo hay datos sobre esto.

^bMenos de la mitad del uno por ciento.

por motivos morales y religiosos son poco numerosas, lo cual no es de extrañar dada las clases sociales que se seleccionaron para este estudio. Hay un 10 por ciento que encontró los métodos muy molestos, o no tenía deseos de emplearlos, todo lo cual no es sorprendente. En la tabla 11 se comparan los datos de Puerto Rico con los obtenidos en otros sitios respecto a las reacciones más importantes entre las mujeres, en cuanto a los métodos aconsejados. Resultó interesante la semejanza de las cifras referentes a las preferencias por el "dia-

fragma y jalea". En Puerto Rico las mujeres que usaron la "jalea solamente" demuestran con menos frecuencia falta de confianza en el método o preferencia por otro. Comparado con lo que sucede en Nashville, con personas a quienes se les prescribe el mismo método, las de residencia urbana que usan "povos espumantes" reaccionan casi de igual manera, aunque con leves diferencias. Por otra parte, obsérvese que muchas más mujeres de las que usan "povos espumantes", carecen de interés por el método, no tienen confianza en él, prefieren otro, o se quejan de ardor, dolor o de algún otra cosa. Las diferencias observadas parecen indicar que las mujeres de Puerto Rico hacen menos objeciones que las de otros sitios, y posiblemente están menos preparadas para practicar eficazmente los métodos anticoncepcionales. Esta interpretación, sin embargo, no corresponde a las mujeres de las zonas urbanas a quienes se prescribió "diafragma y jalea" y "povos espumantes".

Abandono del método: Una prueba concluyente para juzgar la eficacia del Servicio anticoncepcional ante el público es la buena disposición de las gentes a continuar practicando los métodos que se prescriben. Entre las 1,622 mujeres que informaron haber practicado lo que se les aconsejó, hubo 48 por ciento que ya no hacían uso del método en la fecha en que se las visitó por última vez, lo que da un promedio de 13 meses, después de haber ingresado en el dispensario. Comparando esto con lo que ha sucedido en otros sitios,⁵⁴ este grado de abandono, aunque muy grande, no es excepcional, como puede verse en los siguientes cálculos: entre las mujeres blancas y negras de Virginia Occidental, dejaron de practicar el método anticoncepcional ("jalea sola") 60 y 53 por ciento, respectivamente, las de una y otra raza; en Kentucky ("jalea sola") el promedio es 38 por ciento; en Nashville, donde los métodos fueron "povos espumantes" y "diafragma con jalea", los promedios para uno y otro fueron 71 y 44 por ciento. Este abandono constituye el mayor inconveniente con que tropieza el servicio anticoncepcional entre las personas indigentes, las cuales habrán de recurrir a otros procedimientos a su alcance, poco o nada eficaces para el fin que se desea.

El sitio en que residen las mujeres influye también sobre la continuación o no del método prescrito, como puede verse en los porcentajes, 46 en la zona rural y 53 en la urbana, que abandonaron la práctica ("povos espumantes"). Entre las del campo los "povos espumantes" parecen ser más preferidos, continuando usándolos

54. En las series que nos sirven de comparación, el período de observación es algo mayor, pero el promedio no llega a dos años.

mejor que la "jalea sola"; en cambio, entre las que residen en zonas urbanas no hay diferencia apreciable entre el número de las que prefieren ese método o "diafragma y jalea". Nótase en cambio diferencia entre el uso continuo del "diafragma y jalea", cuando intervienen factores económicos o sociales. La influencia de la instrucción, la ocupación, el salario y la experiencia anterior de los métodos anticoncepcionales demuestra siempre una gran proporción que continúa usando medios anticoncepcionales, entre las personas mejor acomodadas. A juzgar por los datos expuestos, el método que menos aceptación va teniendo es el de la "jalea sola"; pero si relacionamos el grado de aceptación con la posición social y económica, el método del "diafragma y jalea" es el más favorecido; es decir, a mayor nivel económico o social, mejor aceptación del método del "diafragma y jalea".

Explicaciones de las mujeres para dejar de usar el método prescrito:

Las explicaciones que dan las mujeres para dejar de usar el método anticoncepcional forman parte de la ficha de cada una. Ordenadas convenientemente, se ha preparado la tabla 12 en que se demuestra

TABLA 12

Porcentaje de mujeres que suspendieron el uso de métodos anticoncepcionales y las razones que expusieron para ello

<i>Razones por suspenderlo</i>	<i>Porcentaje</i>
Creyeron que no era necesario usarlo solo y regularmente; sin exponer ninguna otra objeción	15.5
Creyeron que no era necesario usarlo solo y regularmente; pero exponiendo alguna otra objeción	6.3
Suspendido antes de salir embarazadas, porque no les satisfacía o por apatía	7.9
Suspendido antes de salir embarazadas, porque era doloroso, o molesto, o por temor a lastimarse	5.2
Por separación del marido, por haberse quedado estéril, o por no existir ningún riesgo de otra clase	4.4
Suspendido antes de caer embarazadas, porque el marido se oponía a ello, no les gustaba, le molestaba, o temía lastimarse, etc.	4.0
Material agotado antes de salir embarazadas	3.0
Otras objeciones e inconvenientes8
Por razones desconocidas9
Total	47.8
Continuaban usándolo en la fecha de la última visita al dispensario	52.2
Total	100.0
Número de mujeres	1,622

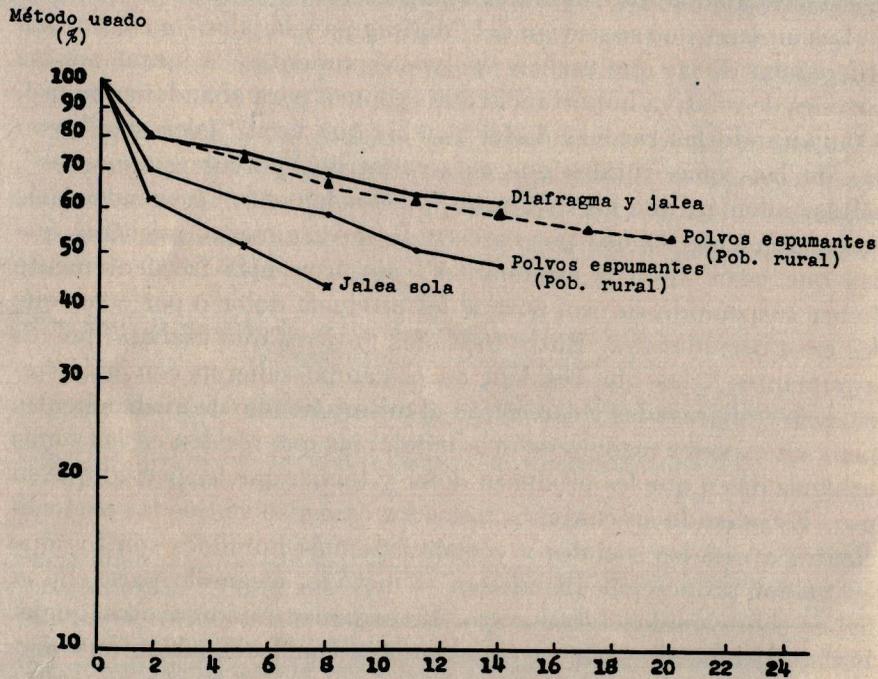
la distribución del 48 por ciento, de acuerdo con las razones alegadas. De los 1,622 casos, hubo 22 por ciento en que sobrevino embarazo mientras se usaba el método anticoncepcional, o sea, la mitad proporcionalmente que en los casos en que se suspendió el uso de procedimientos anticoncepcionales. En la tabla 12 este 22 por ciento aparece repartido en dos partes: 15.5 por ciento no expusieron objeción alguna al método, y 6.3 por ciento alegaron alguna otra razón. El otro porcentaje algo grande (8%) es el de las que alegaron no satisfacerle el procedimiento o lo abandonaron por apatía. Hay además 5 por ciento aproximadamente que dejaron de usarlo, porque lo consideraban doloroso, molesto, o perjudicial.

Las mujeres que se servían del "diafragma y la jalea" no se pueden diferenciar de las que usaban "polvos espumantes" a juzgar por las razones de relativa importancia que exponen para abandonar su uso. Comparando las razones dadas por las que usen "jalea sola", con las de las zonas rurales que se servían de "polvos espumantes", nótase además, que las que usan "jalea solamente" suspenden más frecuentemente su uso por carecer de medicamento, mientras que las que usan "polvos espumantes" alegaron más frecuentemente haber suspendido su uso, porque les producía dolor o por creer que les eran perjudiciales. Entre todas las mujeres que usaban "polvos espumantes", las que residían en el campo salieron con más frecuencia embarazadas y carecieron al mismo tiempo de medicamento, pero sin exponer razones de otra índole; las que residen en las zonas urbanas dicen que les producen dolor y temen que les perjudique su uso. Estudiando en conjunto todos los casos, se ve que las pertenecientes a estados sociales y económicos más humildes son los que en mayor proporción abandonan el método, alegando para ello el haber sobrevenido el embarazo, sin exponer ninguna otra queja. Estas diferencias están en concordancia con lo expuesto anteriormente sobre las reacciones de las mujeres ante los procedimientos aconsejados, y refuerza nuestra opinión de que las que viven en el campo y pertenecen a las clases más pobres adoptan una aptitud más indiferente y ponen menos reparos a lo que se les recomienda. Parece también como si las mujeres rurales tropezasen con más dificultades, o tuviesen menos interés en proveerse de los materiales necesarios, y a este respecto, las que usaban "jalea sola" carecieron más que las que usaban "polvos espumantes".

Proporción de mujeres que usaron los procedimientos anticoncepcionales, en épocas sucesivas, después de ingresar en el dispensario: El dato más útil y comprensivo para medir el grado de aceptación de

que ha gozado un método preciso y determinado es una curva que presenta los porcentajes de las personas que usaron los métodos en diferentes intervalos de tiempo después de serles prescritos. La elaboración de esta curva ha sido descrita en otro sitio.⁵⁵ Se funda en los mismos principios que sirven para preparar las tablas de vida. El grab. 2 representa las cuatro curvas correspondientes a este grupo

DECLINACIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES QUE PRACTICARON LOS MÉTODOS PRESENTES, SEGÚN EL MÉTODO USADO Y LA RESIDENCIA



Meses de riesgo después de ingresar en el dispensario

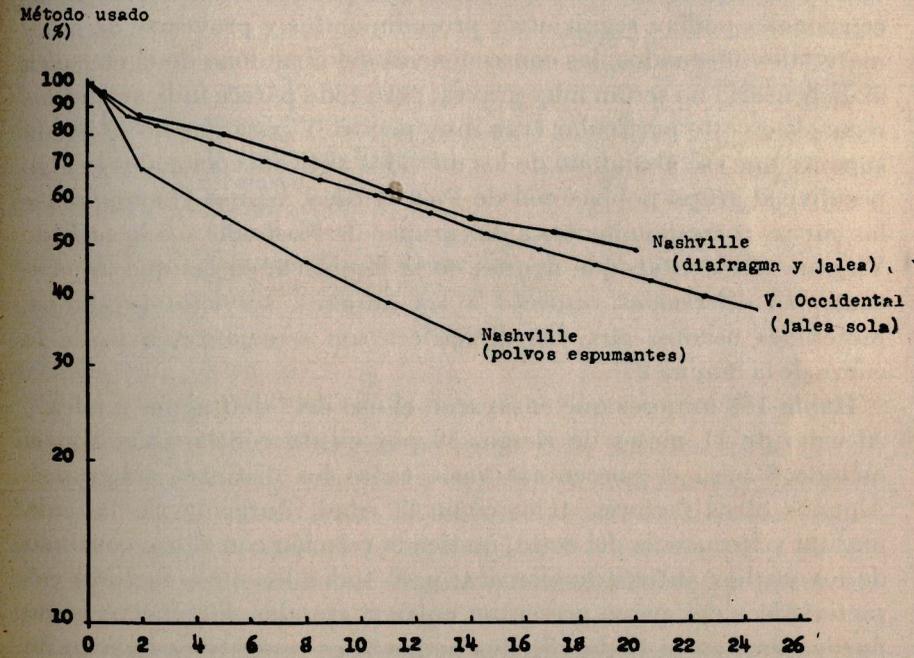
GRABADO 2

de población de Puerto Rico, calculadas a escala semilogarítmica para facilitar la comparación de los índices de declinación. Nótese que el tiempo no es el que ha transcurrido sino los períodos de riesgo

55. G. W. Beebe, *op. cit.*

de embarazo⁵⁶ y que cada una de las curvas es una respuesta a la pregunta siguiente: ¿Si contamos el tiempo por los meses en los cuales era necesario evitar la fecundación, qué porcentaje de mujeres expuestas al riesgo de embarazo en cada mes, después de su ingreso al dispensario, continuó los métodos que se les prescribieron? Hay dos curvas correspondientes a las mujeres que usaron "povos es-

DECLINACIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES, EN DOS SERIES DISTINTAS, QUE USARON LOS MÉTODOS PRESCRITOS



Meses de riesgo después de ingresar en el dispensario

GRABADO 3

56. En esta serie, un mes de riesgo representa 1.3 del mes cronológico. Las mujeres cuyo método cesó de practicarse coincidiendo con el cese permanente del riesgo, han sido eliminadas de nuestros cálculos en tal forma que ello no haga descender la curva, y también hemos deducido de nuestros cálculos un .3 de las mujeres embarazadas en la fecha de la última visita, a pesar de los métodos prescritos. El factor .3 se extrajo en una tabulación especial hecha con las series de Virginia Occidental, y significa que de cada 10 mujeres que salen embarazadas mientras practican los métodos anticoncepcionales, sólo 3 dejan de practicarlos más tarde por ese motivo.

pumantes”, porque la diferencia entre las de zonas urbanas y rurales es muy grande. Las cifras no se refieren a la totalidad del grupo, sino a las 1,845 a quienes se pudo vigilar. Puede verse en estas curvas la prontitud con que las mujeres abandonaban las consultas al dispensario, y ello hace suponer que la influencia de la instrucción anticoncepcional se olvidaba fácilmente. Podría esperarse que por lo menos 50 por ciento seguirían los métodos recomendados al final de los 24 meses de riesgo, o sea, *grosso modo*, hasta 30 meses después de concurrir al dispensario. Pero aún este cálculo parece exagerado respecto a las que usaban “polvos espumantes” y “jalea sola”. Si estas mujeres, después de ser instruídas sobre los métodos anticoncepcionales podían seguir otros procedimientos y proveerse de otros materiales adecuados, las consecuencias del abandono de la consulta al dispensario no serían muy graves; pero todo parece indicar que sus recursos en este particular eran muy pocos. Y para que no se pueda suponer que ese abandono de los métodos anticoncepcionales es algo peculiar al grupo poblacional de Puerto Rico, véanse y compárense las curvas correspondientes a dos grupos de Nashville y a la serie de Virginia Occidental, que figuran en la lámina 3, en las que no obstante las diferencias respecto a las mujeres, servicios prestados, materiales usados, etc., las directrices son semejantes a la de la curva de la lámina 2.

Había 188 mujeres que ensayaron el uso del “diafragma y jalea”. Al cabo de 11 meses de riesgo, 59 por ciento continuaban con el método,⁵⁷ pero el porcentaje varía entre los distintos subgrupos. Algunos otros factores, tales como la edad, duración de la vida marital y frecuencia del coito, no tienen relación con el uso continuo de los medios anticoncepcionales; pero todos los otros factores característicos del grupo presentan entre sí grandes diferencias, como puede verse en la tabla 13. Los porcentajes respectivos indican de manera concluyente que mayor número de mujeres de las de clase relativamente más acomodada continuó practicando los métodos que se les prescribieron. Las cifras son: 51 entre las de instrucción superior y 69 entre las de baja instrucción; 53 y 68, respectivamente, en cuanto a ocupación u oficios; 54 y 72 entre las dos clases de entradas semanales, y 47 y 66, respectivamente, entre las que no

57. Las cifras que figuran en todo el resto de este grupo difieren levemente de las de la lám. 2 por varias razones: quedaron excluídas las mujeres que dijeron no haber ensayado el método; no se reajustó la cifra de las mujeres que quedaron ya permanentemente incapacitadas para salir embarazadas o salieron embarazadas y no fué posible, además, seguir la pista de algunos pocos casos.

tenían experiencia anterior de práctica anticoncepcional y las que tenían algún conocimiento de esta materia. No obstante todo eso, examinando más detenidamente los datos recogidos se puede ver que el elemento determinante del uso de los métodos prescritos no estuvo fundado en motivos estéticos sino en la protección que recibían contra el embarazo.

TABLA 13

Diferencias numéricas entre las mujeres que usaban “diafragma y jalea,” y porcentajes correspondientes al uso de los métodos al final de los 11 meses de riesgo

<i>Factor de comprobación</i>	<i>Grupos</i>	<i>Número de mujeres</i>	<i>Porcentaje de las que usaban “diafragma y jalea”</i>
Instrucción	Menos de 8 grados escolares	105	51
	Mínimum de 8 grados escolares	83	69
Ocupación u oficio	Trabajo manual	111	53
	Trabajo de oficina o similar	77	68
Entradas	Menos de \$15.00 semanales	134	54
	Mínimum de \$15.00 semanales	54	72
Experiencia anticoncepcional anterior	Alguna	118	66
	Ninguna	70	47

Los datos parecen indicar que las mujeres de posición social o económica más elevada y con previa experiencia anticoncepcional, eran las que más se beneficiaban en la práctica de los métodos protegiéndose contra el embarazo, en comparación con las otras menos afortunadas, y prescindiendo de esta diferencia, la aceptación de los métodos fué igual en unas y otras.

Las comparaciones que pueden establecerse entre las 134 que usaron “jalea sola” no arrojan diferencias numéricas apreciables, pero es evidente que las existentes son similares a las que aparecen en la tabla 13.

La menor aceptación del método de “polvos espumantes” entre las que residen en las zonas urbanas, tiende a invertirse en lo que se refiere a los factores que influyen en su uso, como puede verse en la tabla 14. Las diferencias numéricas respecto a la instrucción y ocupación de las mujeres demuestran que, entre el grupo de *escala inferior*, los “polvos espumantes” han tenido *mayor* aceptación. Pero todavía más: las mujeres más jóvenes, a lo que parece, corrían más riesgo de salir embarazadas y preferían con más frecuencia

otros métodos anticoncepcionales; las de más edad y de más larga vida marital demostraron mayor deseo de continuar usando el método de los "polvos espumantes".

TABLA 14

Diferencias numéricas entre las mujeres que usaban "polvos espumantes," y porcentajes correspondientes al uso de los métodos al cabo de 11 meses de riesgo

Factor de comprobación	Grupos	Número de mujeres	Porcentaje de las que usaron "polvos espumantes"
Residencia	Rural	977	62
	Urbana	323	50
Instrucción	Menos de 3 grados escolares	434	64
	De 3 grados escolares como mínimo	866	57
Ocupación u oficio	Trabajo no especializado	805	61
	Trabajo especializado o de oficina	495	55
Edad de la esposa	Menos de 30 años	742	55
	De 30 años para arriba	556	65
Tiempo de casados	Menos de 10 años	666	55
	10 años por lo menos	634	63

Resumen: Los métodos anticoncepcionales parecen ser menos aceptados que lo que pudieran creer y desear los médicos o los especialistas en estadísticas demográficas; pero en Puerto Rico han recibido mayor aceptación entre el público que lo que se pudiera haber predicho, juzgando por lo que se sabe ha ocurrido hasta la fecha en cualquier otro país. Aprender la técnica anticoncepcional que se prescribe, presentó algunas dificultades, y solamente 12 por ciento de las mujeres dejaron de poner en práctica los métodos que se les aconsejaron. Hay 70 por ciento que declaran estar relativamente satisfechas con las prescripciones, y cuando formulan objeciones, éstas son principalmente debidas a que producen dolor, ardor, o, en ciertos casos, las mujeres parecen carecer de interés en la práctica anticoncepcional. Rara vez las mujeres expresan falta de confianza en lo que se les recomienda o demuestran preferencia por otros procedimientos, lo cual indica que las familias dependían del servicio anticoncepcional para obtener en él la debida información y los materiales y drogas que se les prescribían. Quince por ciento, aproximadamente, cambiaron el procedimiento que se les había

prescrito por otro más de su agrado, frecuentemente el *coitus interruptus*.

En la última consulta, a los 13 meses poco más o menos, del ingreso en el dispensario, la mitad de las mujeres que había ensayado los procedimientos indicados, los había abandonado, lo cual fué debido mayormente a que salieron embarazadas en plena práctica anticoncepcional. Por este motivo, al igual que en los Estados Unidos, decreció rápidamente el número de mujeres consultantes. Como quiera que estas mujeres eran las más ignorantes y carecían de medios para proveerse de las drogas y materiales prescritos, la labor del dispensario sólo consiguió hacer disminuir en ellas temporalmente las oportunidades de salir embarazadas. Durante ese intermedio de tiempo, el grado de protección contra la preñez fué tan bajo que ello bastaba para quitarles a las mujeres la ilusión, y por eso abandonaban sus visitas al consultorio. No podemos asegurar, juzgando por los datos obtenidos, que si se hubiese aconsejado a las mujeres la substitución de un método por otro, se hubiesen obtenido mejores resultados, pues únicamente introduciendo cambios importantes en la organización del Servicio pudiera quizás convencerse a muchas mujeres de la conveniencia de la práctica anticoncepcional.

No hay prueba evidente de la aceptación relativa de los distintos métodos, pero podemos establecer la comparación entre ellos, escogiendo grupos relativamente homogéneos y sacar así algunas conclusiones provisionales. El método cuya enseñanza creó menos dificultades fué el del "diafragma y jalea", debido quizás a la mayor experiencia que de él tenían los clínicos; el de la "jalea sola" fué el que tropezó con mayores dificultades de aprendizaje por parte de las mujeres. Entre las de igual o parecida clase social o económica, el "diafragma y la jalea" fué preferido a los "polvos espumantes", y éste más que la "jalea sola". En general, el método del "diafragma y la jalea" tuvo más aceptación siempre que el de los "polvos espumantes" y la "jalea sola", y con ambos métodos se obtuvieron resultados semejantes en Nashville y en Puerto Rico.

En otros aspectos, la "jalea sola" aparece menos preferida que los "polvos espumantes", y éstos menos que el "diafragma y la jalea". Las mujeres que usaban "jalea sola" tuvieron más dificultad en proveerse de materiales que las que usaban "polvos espumantes", pero éstas se veían más frecuentemente obligadas a suspender su uso porque les producía dolor o ardor. Las curvas gráficas demuestran claramente que el uso continuo sufrió más interrupciones entre las mujeres que usaban "jalea sola" y que la experiencia en el uso del

“diafragma y la jalea” es mayor que con los “polvos espumantes” entre las que residían en los centros urbanos. Es interesante observar que, sin embargo, en la curva gráfica, el “diafragma y la jalea”, entre las mujeres más pobres de las *zonas urbanas*, no alcanza más altura que la que tiene en la correspondiente a las mujeres de *zonas rurales* que usaban “polvos espumantes”. Observadas en conjunto, por consiguiente, estas comparaciones refuerzan nuestro punto de vista de que el método del “diafragma y la jalea” fué siempre mucho más aceptable que el de los “polvos espumantes” y éste mucho más que el de la “jalea sola”. Esto, por supuesto, dejando aparte la influencia más o menos importante que puedan tener las diferencias económicas y sociales para preferir un método u otro, lo cual, más que al conocimiento de la técnica anticoncepcional por parte de las enfermas, posiblemente se debió a diferencias en el servicio profesional de los dispensarios. La proporción en que las mujeres rechazan el uso de la “jalea sola” resulta realmente sorprendente, cuando lo comparamos con lo que ha ocurrido en otras series de mujeres de otros sitios.⁵⁸

El estado económicosocial y una previa experiencia de la práctica anticoncepcional tienen considerable importancia por la influencia que ejercen sobre la aceptación o no de los métodos prescritos. No existe relación alguna en cuanto a esto se refiere, respecto a los “polvos espumantes”. Las proporciones de mujeres que se mostraron satisfechas con este método continuaron usándolo hasta el final de los 11 meses de riesgo, después del ingreso en el dispensario; y las cifras decrecen muy bruscamente conforme el estado económicosocial es más elevado, correspondiendo las cifras más bajas a las mujeres de las ciudades. No podemos asegurar si este hecho refleja diferencias en los servicios que se prestan en los dispensarios, o diferente criterio de las personas que los reciben. A menos que éstos hayan sido muy diferentes entre los dispensarios rurales y urbanos, parece como si las mujeres más acomodadas y con experiencia anticoncepcional previa esperaban más del método que lo que en realidad obtenían con los “polvos espumantes”. Las de clases menos acomodadas y sin previas nociones para establecer comparaciones aceptaban de buen grado lo que se les prescribía. Respecto al “diafragma y jalea” la situación es completamente dis-

58. G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

Beebe and Geisler, *op. cit.*

Beebe and Gamble, *op. cit.*

I. F. Stein, et al., “Jelly Contraceptives,” *Am. J. Obst. & Gynec.*, XLI (1941), 850.

tinta. En general, este método fué aceptado con gran complacencia entre las personas más instruidas, de ocupaciones más elevadas, con más recursos económicos y con más conocimientos previos de lo que es la práctica anticoncepcional que las otras, porque, al parecer, se sentían más seguras de no caer embarazadas mientras lo usaban.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS DISPENSARIOS RESPECTO A LA FRECUENCIA DE EMBARAZO

Si una organización de servicios anticoncepcionales ha de cumplir con los fines para que ha sido designada, aquélla debe aceptarse por las personas como una necesidad y sus procedimientos habrán de operar de manera continua, sin que dejen de practicarse por el hecho de que a algunas no satisfaga especialmente. El valor de esta clase de servicios, por consiguiente, no se puede apreciar en grupos restringidos y seleccionados entre todo el personal que recibe los servicios, sino que debe basarse, a ser posible, en el total de datos recogidos en todo el grupo. Para poder comprender las razones del mayor o menor éxito de una organización anticoncepcional quizás sea de gran importancia calcular la reducción lograda en los riesgos de embarazo durante períodos definidos del tiempo total que dura la observación, pero *nada que no sea el estudio de todos los datos durante todo el tiempo constituye una base satisfactoria para este cálculo*. Por estos motivos es que la discusión comienza cuando se trata de valorar los índices de embarazo en relación con los riesgos del mismo, sin distinguir los que han ocurrido mientras se practicaban métodos anticoncepcionales o no. Para poder explicar los resultados se acostumbra a valorar los índices de embarazo correspondientes a los tipos más importantes en todo el grupo, con o sin práctica anticoncepcional. Para poder estimar la reducción que puede experimentar el riesgo de embarazo requiérese establecer previamente un cálculo aproximado del número de embarazos que podrían ocurrir normalmente, y anticipar la cuantía del riesgo cuando no se practican métodos anticoncepcionales. De los índices de embarazo correspondientes a las mujeres antes de ingresar en los dispensarios (v. tabla 5, parte B), hemos calculado *grosso modo* 70 ± 5 embarazos por cada 100 mujeres durante un año de riesgo.⁵⁹ Diez por ciento o algo más

59. Recuérdese que los índices de 67 a 116 en la parte B de la tabla 5 son cumulativos más que específicos y que en ellos se incluye el período inmediatamente posterior al casamiento, cuando son mayores los riesgos de embarazo. Pero del cálculo que deseamos hacer habría que eliminar la influencia de los primeros años matrimoniales y poder apreciar así al período de diez o doce años después del casamiento.

por debajo del índice que habría de corresponder si no existiese práctica anticoncepcional, es lo que hemos calculado cuando los métodos no se practican con frecuencia o cuando se abandonan. Si creyéramos que todo el grupo había aceptado y practicado rigurosamente los métodos anticoncepcionales cuando se organizó el servicio, estos valores numéricos hubiesen sido correspondientemente reducidos, pero en ningún caso, según nuestra opinión, bajarían de 60.

Reducción total conseguida. El índice de reducción de embarazos que habíamos calculado llegaría a 70, descendió hasta 39 en el curso de nuestras observaciones. En la tabla 15, esta reducción de 45 por ciento aproximadamente, aparece comparada con otras series semejantes de sujetos estudiadas por el *National Committee of Maternal Health*. Indudablemente el índice de reducción que habíase calcu-

TABLA 15

Reducción comparada de los riesgos de embarazo durante todo el período de observación en varias series de sujetos de distintos países

Series	Residencia	Método prescrito	Índices de embarazo		Porcentaje de reducción
			Calculado	Observado	
Filadelfia	Urbana	"Jalea sola"	55	17	69
Kentucky	Rural	"Jalea sola"	59	26	56
Nashville	Urbana	"Diafragma y jalea," "polvos espumantes"	40	22	45
Virginia Occidental (blancos)	Rural	"Jalea sola"	73	40	45
Puerto Rico	Rural y urbana	"Diafragma y jalea," "jalea sola," "polvos aspumantes"	70	39	44

^a Embarazos correspondientes a 100 mujeres durante un año de riesgo.

lado, es, sin embargo, tan elevado que la reducción de 45 por ciento no indica sino que durante la primera época la labor anticoncepcional es de poco valor y eficiencia. Lo logrado hasta entonces es mucho menos que lo que el médico trata de conseguir para los casos en que existe contraindicación de embarazo. Una reducción de tal magnitud puede servir para estimular a los que se dedican a estudiar la forma de hacer disminuir el crecimiento de la población de Puerto Rico, pues si en un gran sector de la población se produjese un fenómeno de esta magnitud, la fertilidad sufriría un notable descenso.

Todo el período de observación aparece expuesto en la tabla 16 en relación con la duración de la vida marital, y en comparación con los datos semejantes obtenidos en una serie de sujetos de raza blanca de Virginia Occidental, que usaron "jalea sola" como procedimiento anticoncepcional. Estas dos series siguen una marcha casi idéntica. El índice total de embarazos de 39 en las mujeres de Puerto Rico representa los índices respectivos de 31, 43 y 40 de las mujeres a quienes se aconsejó el uso de los métodos de "diafragma y jalea", "jalea sola" y "polvos espumantes". Las diferencias de valor estadístico entre el índice de 31 y los de 43 y 40 miden el incremento de protección contra el embarazo, de las mujeres que usaban "diafragma y jalea". Si se comparan los niveles sociales y económicos de las mujeres de los distintos grupos, no se encuentran diferencias apreciables entre las que usan uno u otro método, a no ser entre las de instrucción y entradas semanales más elevadas, en que las diferencias son muy grandes. Pero siempre la protección que confiere el "diafragma y la jalea" excede la de los "polvos espumantes."

TABLA 16

Riesgo de embarazo durante todo el período de observación, en relación con la duración de la vida marital, en las series de Puerto Rico y de Virginia Occidental

Años de vida marital ^a	Puerto Rico			Virginia Occidental (blancos)		
	Meses de riesgo	Número de embarazos	Índice ^b de embarazos	Meses de riesgo	Número de embarazos	Índice ^b de embarazos
De 0-4	4,211	182	52	4,765	209	53
5-9	5,178	180	42	4,164	142	41
10-14	4,791	149	37	4,006	111	33
15-19	2,941	77	31	2,666	83	37
De 20 en adelante	1,704	29	20	1,350	20	18
Total	18,825	617	39	16,951	565	40

^a Años de vida marital en la fecha de ingreso en el dispensario. Como el período de observación es breve, los datos pueden considerarse como específicos de la duración del matrimonio.

^b Embarazos por 100 mujeres durante un año de riesgo, o sea, $R = 1,200 \times \frac{\text{embarazos}}{\text{meses de riesgo}}$.

En el grupo poblacional que estamos estudiando, puede observarse en conjunto que solamente el grado de instrucción, el oficio o la ocupación y la práctica previa de la técnica anticoncepcional guardan relación con las diferencias definidas que se dan en los índices de embarazo. En la tabla 17 aparecen los índices normalizados para poder comparar dichos factores, demostrando que los grupos más acomodados son los que están protegidos contra el embarazo. Con-

trastáronse los factores y se averiguó que no tienen influencia sobre la concepción, la residencia, las entradas semanales, la frecuencia del coito, proximidad del último puerperio en la fecha del ingreso al dispensario, regularidad de las prácticas anticoncepcionales antes de ingresar, y frecuencia relativa del embarazo.⁶⁰ Las diferencias insignificantes en cuanto a las entradas semanales, sin embargo, señalan lo que ya se suponía. Obtuvieronse resultados interesantes cuando se establecieron comparaciones dentro de cada uno de los grupos que practicaba un método especial. De manera constante, e independientemente de la pequeñez numérica, las mujeres que usaban "diafragma y jalea" demuestran una relación positiva entre la protección relativa contra el embarazo y la posición social y económica. Entre las que usaban "jalea sola" esta relación sólo se da con el grado de instrucción; y con el gran número de las que usaban "polvos espumantes", la correlación aparece con el oficio y el estado económicosocial. Los índices inferiores a 20 embarazos por cada 100 mujeres, durante un año de riesgo, solamente se dan en el grupo que usaba "diafragma y jalea", llegando el índice más bajo a 16 embarazos por 56 mujeres entre las que percibían entradas de 16 dólares como *mínimum* semanalmente.

Subdivisión del riesgo total de embarazo: Uno de los puntos de más interés es el que se refiere a la escasa reducción obtenida entre las mujeres que no siguen de manera regular la práctica anticoncepcional

TABLA 17

Diferencias de importancia en el riesgo de embarazo durante todo el período de observación entre las mujeres de diferente posición económicosocial y según su práctica previa de los medios anticoncepcionales

Grupos comparados		Riesgo de embarazo ^a durante todo el período de observación
Instrucción	Inferior	38
	Mediana	44
	Superior	30
Ocupación u oficio	No especializado	42
	Especializado	41
	Trabajo de oficina o semejante	27
Práctica anticoncepcional previa	Ninguna	43
	Alguna	34

^a Embarazos por 100 mujeres durante un año de riesgo.

60. Calculada como relación entre embarazos y meses de riesgo en cada caso.

o que acuden a otros métodos no recomendados, de menor eficacia, posiblemente, que los prescritos. El clínico desea saber si la eficacia de cada método responde a lo que espera de él. Para poder establecer comparaciones habría que comparar separadamente los períodos de riesgo y los embarazos ocurridos en cada grupo.

La clasificación de todos los períodos de riesgo y los embarazos ocurridos durante la práctica anticoncepcional, aparece en la tabla 18. Casi el 80 por ciento de los riesgos de embarazo se da durante la práctica del método prescrito; 71 por ciento, cuando se practicaba solamente el método prescrito, y 8 por ciento, cuando se practicaba el método prescrito en combinación con algún otro. A los métodos no aconsejados en el dispensario corresponde el 9 por ciento del total, y sólo 12 por ciento corresponde a las mujeres que no usaban ningún procedimiento anticoncepcional. El elevado porcentaje de riesgos de embarazo destruye la idea de que la reducción total en los riesgos de concepción no pasaba del 45 por ciento a causa de que no se tomaban las debidas precauciones anticoncepcionales. El porcentaje de 88 correspondiente al número relativo de riesgo en las que usaban medios anticoncepcionales, puede compararse con el de 81 entre las mujeres blancas de las minas de Virginia Occidental, con el de 83 entre las campesinas de Kentucky y con el de 94 de la clínica de un hospital de Filadelfia.

TABLA 18

Subdivisiones del riesgo de embarazo después del ingreso en el dispensario, de acuerdo con el mayor o menor cuidado en la práctica anticoncepcional

Práctica anticoncepcional	Meses de riesgo	Número de embarazos	Índice de embarazos ^a
Del método prescrito solamente	13,310	367	33
Alterando el método prescrito	1,560	50	38
Otros métodos anticoncepcionales	1,615	49	36
Sin usar ningún método	2,291	149	78
Sin clasificar	49	2	^b
Total	18,825	617	39

^a Embarazos por 100 mujeres durante un año de riesgo, o sea, $R = 1,200 \times \frac{\text{embarazos}}{\text{meses de riesgo}}$.

^b Cálculo basado en menos de 500 meses de riesgo.

Aunque el elevado porcentaje pudiera rebajarse en gran parte, debido al escaso tiempo que se siguió la pista de los casos, parece lo más lógico que las mujeres hayan hecho todo lo posible por reducir su fecundidad.

TABLA 20

Riesgo de embarazo usando el método prescrito, en series distintas

Método prescrito y series en que se ha usado	Meses de riesgo	Número de embarazos	Índice de embarazos
“Diafragma y jalea”			
Filadelfia ^b	11,219	59	6
Nueva York ^c	8,441	35	9
Nashville ^d	4,336	32	9
Puerto Rico	1,796	43	29
“Jalea sola”			
Filadelfia ^e	726	9	15
Kentucky ^f	2,451	41	20
Virginia Occidental ^g	11,252	354	38
Puerto Rico	921	31	40
“Polvos espumantes”			
Miami ^h	3,995	75	23
Nashville ⁱ	2,476	57	28
Puerto Rico	10,593	293	33

^a Embarazos por 100 mujeres durante un año de riesgo; $R = 1,200 \times \frac{\text{embarazos}}{\text{meses de riesgo}}$. Los índices no han sido corregidos para las pequeñas diferencias de edades.

^b L. Dewees and G. W. Beebe, “Contraception in Private Practice,” *J.A.M.A.*, CX (1938), 1169.

^c R. K. Stix and F. W. Notestein, *Controlled Fertility* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1940).

^d G. W. Beebe and J. Overton, “The Contraceptive Service of the Department of Health, City of Nashville,” *J.A.M.A.*, CXVIII (1942), 1045.

^e G. W. Beebe and C. J. Gamble, “Clinical Contraceptive Results in a Small Series of Patients,” *J.A.M.A.*, CXV (1940), 1451.

^f G. W. Beebe and M. A. Geisler, “Control of Conception in a Selected Rural Sample,” *Human Biol.*, XIV (1942), 1.

^g G. W. Beebe, *Fertility and Contraception in the Southern Appalachians* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1942).

^h G. W. Beebe, “The Effectiveness and Acceptability of Foam Powder in the Miami Experiment, 1935-1938,” Unpublished.

ⁱ Beebe and Overton, *op. cit.*

mantes”. La eficacia máxima obtenida con este método llega a 81 por ciento, y se da precisamente en el grupo de personas más acomodadas. Entre las que pertenecen a esa misma clase social y usan “polveros espumantes” el grado de protección alcanzado es de 44 por ciento, siendo el máximo en cualquiera de los grupos económicos, 68 por ciento.

Podríase objetar que no deberían tenerse en cuenta los casos de uso irregular e incorrecto del método prescrito y que los cálculos debían haberse basado solamente en el número de personas que procedían de manera regular y correcta en la práctica prescrita. En

esta forma los cálculos serían valiosos, pero no pudieron hacerse con los datos y observaciones clínicas obtenidos en esta investigación. Al tratar de clasificar los datos obtenidos en Puerto Rico, teniendo en cuenta la irregularidad y el abandono del método que se había prescrito, hubo que desistir de ello, puesto que se vió bien pronto que las mujeres no confesaban la irregularidad con que procedían hasta después que habían salido embarazadas y muchas contradecían su primer testimonio. Hubo que convenir, pues, en que los embarazos se clasificarían de acuerdo con las explicaciones que daban las mujeres. Aunque no ofrecen mucha garantía, las hemos clasificado en la tabla 21. La clasificación de los porcentajes refuerza el argumento de que es incomprensible cómo pudo ocurrir el embarazo en esas condiciones, pues éste tiene lugar cuando se omite practicar el método o se practica irregularmente. Los embarazos debidos a error de técnica anticoncepcional fueron menos del 10 por ciento del total.

TABLA 21

Distribución de embarazos y métodos prescritos, de acuerdo con las manifestaciones de las mujeres a quienes se prescribieron

Manifestado por las mujeres	Porcentaje de embarazos según los métodos prescritos		
	Diafragma y jalea	Jalea sola	Polvos espumantes
No se exponen razones	36	29	50
Uso irregular	55	47	42
Por haberse quitado muy pronto el diafragma, la esponja o la jalea	2	12	5
Cantidad insuficiente de material usado o inserción incorrecta	7	9	2
Otros errores de técnica	0	3	1
Total	100	100	100
Número de embarazos	43	31	293

La enorme dificultad que supone recopilar los datos adecuados para calcular la eficacia fisiológica de los procedimientos anticoncepcionales demuestra que la práctica perfecta y asidua de los mismos es cosa excepcional, y por eso es de gran importancia el que se atribuyan las variaciones del riesgo de embarazo a la manera cómo las mujeres usan los métodos para evitarlo. Hasta tanto el médico tenga que concretarse a aconsejar los métodos más prácticos en boga,

deberá aceptar el hecho de que todos los conocidos actualmente dependen de cómo los ejecuta la persona que los usa, lo cual es más importante que el método en sí. Teniendo esto presente, todas las características que contribuyan a hacerlo aceptable, a usarlo escrupulosamente, y todos los aspectos de las relaciones que se establecen entre el médico y la mujer que busca consejo para evitar la fecundación, son de importancia para conseguir el fin que se desea. Si no es así, no se podrá asegurar con anticipación que el método prescrito rendirá su máxima protección. Por otra parte, a las mujeres que abandonan el método que se les prescribe puede quizás aconsejarseles que adopten otros, y entonces se puede lograr protegerlas algo más contra el embarazo; pues darlas de alta en la consulta porque abandonaron la prescripción inicial, es ignorar sus deseos de evitar el embarazo, lo que constituye para ellas un riesgo permanente, y es, al mismo tiempo, no enfrentarse con el problema real que consiste en mantenerlas en la práctica anticoncepcional con la cual estarán protegidas.

Como la conducta de las mujeres es el factor determinante de la protección contra el embarazo, que pueden lograr con los métodos prescritos, el diferente grado de protección tiene relación con las distintas clases de mujeres. No obstante su escaso número en este grupo, las más instruidas y mejor acomodadas, así como las que tenían previamente práctica anticoncepcional, son las que más ventajas derivaron con el uso del "diafragma y la jalea". Las diferencias numéricas entre las distintas clases de ocupaciones corrobora los cálculos previos. El índice más bajo es de 15 en el grupo de personas que percibían entradas más elevadas; pero si prorrataemos el margen de error, éste resulta tan elevado que no podríamos menos de sacar la conclusión que, desde el punto de vista estadístico, ello representa un riesgo de embarazo más elevado que los índices (10 como máximo) que se obtienen ordinariamente con el método del "diafragma y jalea" en las series de mujeres que habitan centros urbanos.

Ninguna de las comparaciones que pueden establecerse entre las mujeres que usaban "jalea sola" revela relaciones numéricas de valor estadístico. A pesar de los numerosos datos sobre las que usaron "polvos espumantes", tampoco se ve relación alguna entre el grado de protección que confiere este método y el estado económico y social. Solo dos datos dan diferencias numéricas al compararlos. Primeramente, las mujeres que tuvieron dificultad en aprender el método resultaron menos protegidas contra el embarazo, siendo sus índices 47 y 32. En segundo lugar, pudo demostrarse que entre

mujeres que aparecen visitadas en sus hogares con más frecuencia que las que visitaban el dispensario, el riesgo de embarazo era bastante más elevado. Estos datos tienen importancia metodológica, pues ello corrobora el hecho de que las historias clínicas, basadas en los datos de las visitas voluntarias al dispensario, probablemente no representan el promedio real de las historias clínicas de todas las personas a quienes se instruye en procedimientos para evitar la prole. Si no se hubiesen verificado visitas domiciliarias para completar los datos de las historias clínicas de todas las mujeres, los resultados finales sobre protección efectiva contra el embarazo en todo el grupo hubieran sido muy otros.

DEDUCCIONES DEL ESTUDIO DEL SERVICIO ANTICONCEPCIONAL EN PUERTO RICO

Amplias y múltiples deducciones pueden sacarse de este estudio, aplicables a cualquier campaña anticoncepcionista con miras a reducir la fertilidad de la población de Puerto Rico. La labor inicial supone un evidente esfuerzo, como se demuestra por los datos recogidos sobre la experiencia previa de este grupo de población antes de comenzar los servicios en los dispensarios, el número de personas ingresadas en ellos, así como su capacidad de aprendizaje de los modernos métodos anticoncepcionales y el deseo de protegerse contra el embarazo. No cabe duda de que una parte de la población perteneciente a las capas sociales y económicas más modestas, está dispuesta a limitar la prole, pero ignora cómo ha de proceder. Hubiera sido de gran valor determinar el tamaño de este sector poblacional, pero los datos recogidos sobre este punto no dan mucha luz.⁶¹ Desde luego que las mujeres de posición económicosocial más elevada manifestaron mayor interés y capacidad para aprender la técnica anticoncepcional, y con excepción de las que forman el grupo en que se recomendó la "jalea sola", no hubo en realidad sino deseos de obtener con toda honradez protección contra el embarazo. Los datos en este grupo sugieren la necesidad de seleccionar las mujeres y los métodos, cuando se trata de dar instrucciones anticoncepcionales y, para la enseñanza objetiva de la fisiología y anatomía de la reproducción, deberán utilizarse modelos anatómicos como los de Dickinson.⁶²

61. Es curioso que, según cálculos aproximados verificados en la primavera del año 1939, la proporción de mujeres casadas de edad reproductiva, residentes en los barrios donde estaban instalados los consultorios más grandes, llega en ciertos casos al 10 y al 20 por ciento.

62. R. L. Dickinson, "Models, Manikins and Museums for Obstetrics and Gynecology," *Am. J. Obst. & Gynecol.*, XLI (1941), 1075.

El elevado riesgo de embarazo después del ingreso de la mujer en el dispensario y lo que ello significa en el abandono de los métodos prescritos, son los problemas de mayor importancia en estos asuntos. La reducción de los embarazos al 50 por ciento puede tener gran importancia demográfica, pero sólo a condición de que se mantenga así en una porción respetable de la población. Si se abandonan los métodos, no basta la reducción del 50 por ciento si no se mejora la eficacia de los métodos anticoncepcionales o se encuentran medios más convincentes para mantener a las personas dentro de la práctica anticoncepcional. Hay además otros motivos igualmente importantes que influyen sobre la defección de las mujeres de las prácticas anticoncepcionales, los cuales indican la necesidad de encontrar métodos complementarios y substitutos para evitar se caiga nuevamente en el hábito de no tomar precauciones contra el embarazo. En ningún otro grupo poblacional como éste se ha demostrado tan claramente que no es posible confiar en la prescripción de un solo método para tener éxito, dadas las condiciones aquí existentes.

Las mujeres residentes en el campo, de humilde estado económico-social, sin experiencia previa anticoncepcional, poseen menos base de conocimientos y dependen casi exclusivamente de lo que se les da o recomienda en los dispensarios; esta situación no es igual cuando se trata de mujeres de clase más acomodada. La habilidad y maña de las clases desheredadas para practicar la técnica anticoncepcional es tan limitada, que en cierto modo, es indiferente que pongan en práctica un método cualquiera, con tal de que hagan algo para limitar la prole en una forma u otra. Aunque no son capaces de formular objeciones pertinentes, el fracaso de una técnica las descorazona y las hace abandonarla; por lo tanto, habrá que enseñarles bien cómo deben evitar el embarazo y, si posible fuere, ensayar otros métodos que resulten más fáciles de practicar y sean más eficaces. Cabría ignorar la necesidad que tienen estas personas de protegerse de una manera constante contra el embarazo, sin tener en cuenta que las limitaciones en que viven ofrecen aún menos oportunidades para librarse de él. Los datos aquí indican que estas mujeres tropezaron con muchas más dificultades para proveerse de drogas que las otras mujeres. Contra el método de los "polvos espumantes" se han formulado suficientes objeciones (que producen dolor o ardor, etc.), todo lo cual indica que ello debe investigarse más detenidamente y quizás sea necesario alternarlo con algún otro. No sabemos hasta que punto estas quejas contra los "polvos

espumantes" se basan en datos objetivos, o expresan solamente la opinión verbal de las que los usan.

Las mujeres más acomodadas que residen en los centros urbanos, tienen mayor disposición y habilidad para la técnica anticoncepcional que las otras menos hechas al ambiente urbano de la vida moderna, pero, no obstante, entre este grupo, el éxito con los "polvos espumantes" es mucho menor que el obtenido con el "diafragma y la jalea". Notóse que este método es el preferido, pero, a pesar de eso, lo abandonan también, lo cual indica que debe asimismo alternarse con otros, si se quiere obtener la debida protección. Como son pocos los procedimientos que pueden proteger contra el embarazo en grado comparable a los cálculos que de ellos hacemos, deberíase probar con otros mecanismos de tipo oclusivo, incluso el condón. Es posible también que la experiencia que se haya tenido en Puerto Rico con la "jalea sola" sea algo excepcional y que no represente realmente el grado de protección que podría obtenerse con su uso por otras personas mejor preparadas para usarlo. Habría también que investigar con más detenimiento las numerosas objeciones (dolor, ardor, etc.⁶³) que provoca el uso del "diafragma y la jalea" entre los sujetos de Puerto Rico.

En términos generales, podemos asegurar que las condiciones básicas, fundamentales, para que tenga éxito considerable la práctica de los procedimientos modernos anticoncepcionales, dependen de la diligente y cuidadosa aplicación, de la complicada maniobra de los mismos hasta convertirla en una costumbre, siempre que exista riesgo de embarazo. Estas condiciones, sencillamente, no se dan entre los sujetos que componen este grupo poblacional que hemos estudiado, por impedirlo sus condiciones de vida que limitan sus aspiraciones. Desde el punto de vista demográfico, una reducción de los embarazos en un 50 por ciento es muy importante; pero para que produjese verdaderos efectos, debería mantenerse a ese nivel, lo cual no ocurre, porque se abandonan tan prontamente los métodos anticoncepcionales prescritos, que no es posible obtener con ellos la protección deseada. Por otra parte, es indudable que existen otras influencias que actúan directamente, no sólo sobre las mujeres a quienes se imparte instrucción anticoncepcional, sino también sobre otras, y para una organización anticoncepcional que pretenda desarrollar un vasto programa de largo alcance, pudiera bastar el obtener una protección limitada contra el embarazo y hasta contar con la

63. Estas objeciones no se clasificaron separadamente, cuando se hizo la tabulación.

renovación constante de las personas a quienes se da instrucción, si se demuestra el valor de ésta. Sin embargo, no debe olvidarse que cuando el objetivo que se pretende con la práctica anticoncepcional es con fines terapéuticos, la atención deberá concentrarse sobre la enferma a quien se prescribe, y no habrá que considerar otra cosa si no el método mejor y más efectivo. Por eso algunos procedimientos (tales, por ejemplo, los "polvos espumantes" y la "jalea sola") no deberían quizás prescribirse en casos de enfermedades en que esté absolutamente contraindicada la preñez, a no ser cuando no se pueda usar procedimiento oclusivo y de efecto seguro.

RECONOCIMIENTO

Queremos expresar nuestro más afectuoso reconocimiento a la "Asociación de Salud Maternal e Infantil de Puerto Rico" que recogió los datos contenidos en las historias clínicas con los que hemos podido realizar este estudio, y a la Sra. Carmen R. de Alvarado y a su cuerpo de ayudantes, por la ayuda que nos prestó en ciertos aspectos de esta labor; a la Sra. Trina R. de Calderón, las Srtas. Carmen María Iguina, Georgina Pastor, los Srs. Angel Espinosa y Antonio Rodríguez Maura, quienes codificaron las historias clínicas; a las Srtas. Sonia Risoff y Ann Landau que computaron y comprobaron los datos estadísticos; al Sr. Murray A. Geisler quien además de computar y tabular los datos estadísticos ayudó a la interpretación de los mismos, y al Sr. don Manuel A. Pérez por su cooperación y consejo. Esta investigación no hubiera podido realizarse sin la cooperación del Dr. George W. Bachman, de la Escuela de Medicina Tropical, y sin la subvención económica del Dr. Clarence J. Gamble, del *National Committee of Maternal Health*.

R. L. trad.