

CONTROL DE FECUNDIDAD Y PLANIFICACION DE LA FAMILIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA¹

Dres. Roger W. Rochat,² Leo Morris,³ Willard Cates, Jr.⁴ y Howard W. Ory⁵

Durante el último decenio los programas de planificación de la familia y los servicios de abortos legales en Estados Unidos de América han estado al alcance de la población de todo el país. En este trabajo se revisan las tendencias principales de la fecundidad, se caracteriza a las pacientes que usan los métodos de control de fecundidad y se analiza el descenso de la mortalidad materna y mortalidad por aborto, esta última en relación con la legislación respectiva y con el uso de nuevos métodos contraceptivos.

Introducción

En Estados Unidos de América la fecundidad ha bajado constantemente desde 1800 cuando la población blanca del país tenía una tasa total de fecundidad⁶ de 7.0 (1). La figura 1 muestra que la tasa de 5.0 hijos por mujer durante la Guerra Civil (1860-1865) bajó a 4.0 en 1890, a 3.0 a fines de la Primera Guerra Mundial y luego a 2.1 durante la crisis económica que se inició en 1929. Al final de la Segunda Guerra Mundial la fe-

cundidad aumentó notablemente hasta alcanzar a 3.2 hijos por mujer y se mantuvo alta por 14 años. Durante los últimos 13 años la fecundidad bajó casi el 50%, de 3.6 a 1.9.

Tres lecciones pueden aprenderse a partir de estos datos. Primero, entre 1800 a 1880, mientras la población de Estados Unidos era predominantemente rural (80%), la fecundidad bajó un 40%. Presumiblemente los métodos o medidas principales para el control de la fecundidad fueron el *coitus interruptus*, los abortos inducidos y la postergación de la edad del matrimonio. Segundo, los cambios sociales resultantes de la crisis, la Segunda Guerra Mundial y las mejoras económicas subsecuentes pueden ser responsables de los cambios en el descenso de la fecundidad. Tercero, el rápido descenso de la fecundidad durante los últimos 13 años refleja la rapidez y la precisión con que los estadounidenses planean hoy su procreación mediante la postergación del matrimonio, la separación, el uso de contraceptivos modernos, los abortos legales y las esterilizaciones quirúrgicas. La postergación del matrimonio causó el 14% de la baja de la natalidad total entre 1961 y 1973 (2). El cuadro 1 muestra que en 1970 había una proporción mayor de mu-

¹ Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación Chilena de Ginecobstétricos celebrada en Santiago, del 29 de noviembre al 5 de diciembre de 1975. Asimismo fue presentado en el seminario sobre el Uso de los Métodos de Muestreo en las Encuestas e Investigaciones en Salud, reunido en Sochagota, Boyacá, Colombia, del 1 al 12 de diciembre de 1975.

² Director Adjunto, Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

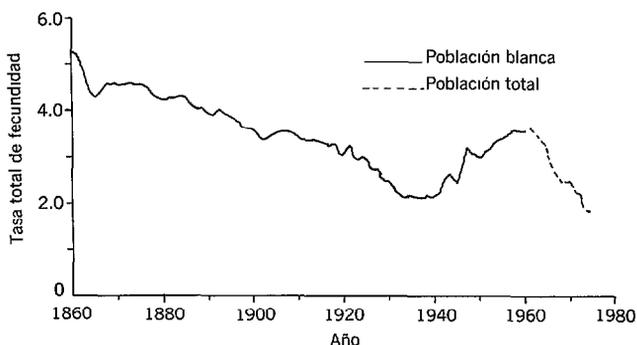
³ Jefe, Program Evaluation Branch, Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades Atlanta, Georgia, E.U.A.

⁴ Jefe, Abortion Surveillance Branch, Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

⁵ Jefe, Epidemiologic Studies Branch, Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

⁶ La tasa total de fecundidad es la suma de tasas específicas de fecundidad por edad y representa el total de niños por mujer, si todas las mujeres reproducen con esas tasas.

FIGURA 1—Tasas totales de fecundidad de la población blanca, 1860-1960,^a y de la población total, 1960-1974,^b E.U.A.



Fuentes:

^a A. J. Coale y M. Zelnik. *New Estimates of Fertility and Population in the United States*, cuadro 2, pág. 36.

^b *Current Population Reports*, Series P-23, No. 36, 16 de abril de 1971, tasas totales de fecundidad de 1960-1970. *Monthly Vital Statistics Reports*, Annual Supplements, tasas totales de fecundidad de 1971-1974.

jeres menores de 25 años no casadas que en 1960.

Desde 1972 la fecundidad bajó a un nivel discretamente inferior al de la fecundidad de reemplazo;⁷ es decir, menor de 2.1 hijos por

⁷ La fecundidad de reemplazo es la fecundidad requerida para renovar la población, esto significa que cada pareja tiene los hijos que necesita para reemplazarse a sí mismos. En Estados Unidos la tasa actual correspondiente es 2.1 nacimientos por mujer.

pareja. Todavía el problema de embarazos no deseados no ha sido solucionado.⁸ Los cinco estudios nacionales de fecundidad de mujeres casadas, que se realizaron entre 1955 y 1973, investigaron la cantidad de embarazos no deseados. El estudio nacional de fecundi-

⁸ Los demógrafos definen el embarazo no deseado como embarazo que una mujer no desea nunca.

CUADRO 1—Distribución porcentual de mujeres de 15 a 44 años de edad, según estado civil, 1960 y 1970, E.U.A.

Grupos de edad	1960				1970			
	Solteras (%)	Casadas ^a (%)	Otras ^b (%)	Total (%)	Solteras (%)	Casadas ^a (%)	Otras ^b (%)	Total (%)
15-19	83.9	13.3	2.4	100.0	88.1	9.2	2.5	100.0
20-24	28.4	63.8	7.8	100.0	36.3	54.4	9.3	100.0
25-29	10.5	81.1	8.4	100.0	12.2	77.0	10.9	100.0
30-34	6.9	83.9	9.2	100.0	7.4	80.6	12.1	100.0
35-39	6.1	83.6	10.3	100.0	5.9	81.2	12.9	100.0
40-44	6.1	81.6	12.3	100.0	5.4	80.3	14.2	100.0

^a Mujeres casadas que viven con sus maridos.

^b Mujeres separadas, divorciadas o viudas.

Fuente: E.U.A. Bureau of the Census. Census of Population: 1970, Detailed Characteristics, Final Report PC(1)-D1, cuadro 203. *United States Summary*.

CUADRO 2—Distribución porcentual de los métodos de contracepción usados actualmente por parejas casadas, 1965 y 1970, E.U.A.

Métodos	Total (%)		Esposas menores de 30 años (%)		Esposas de 30 a 44 años (%)	
	1965	1970	1965	1970	1965	1970
Esterilización de la esposa	7.0	8.5	3.2	3.2	9.5	13.1
Esterilización del esposo	5.1	7.8	2.9	3.0	6.5	12.1
Píldora	23.9	34.2	41.4	49.4	12.8	20.6
DIU	1.2	7.4	1.7	9.2	0.8	5.9
Diafragma	9.9	5.7	6.2	3.5	12.3	7.6
Condón	21.9	14.2	19.2	11.4	23.7	16.6
Coitus interruptus	4.0	2.1	2.3	1.7	5.1	2.5
Espuma	3.3	6.1	4.8	8.0	2.3	4.3
Ritmo	10.9	6.4	7.5	4.2	13.0	8.3
Ducha vaginal	5.2	3.2	4.8	2.3	5.5	4.1
Otro	7.5	4.6	6.1	4.0	8.4	4.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de parejas	3,032	3,810	1,215	1,800	1,817	2,010

Fuente: C. F. Westoff. The modernization of U.S. contraceptive practice, *Fam Plann Perspect* 4(3):9-12, 1972, cuadro 3.

dad llevado a cabo en 1965 demostró que el 19% de los partos ocurridos durante los cinco años anteriores fueron resultado de embarazos no deseados (3). Además, las tasas de natalidad para adolescentes solteras subieron constantemente durante el decenio de 1960. Estos estudios proporcionaron una base racional para los servicios de planificación de la familia en 1967 y para la aprobación de la ley conocida como Ley de Servicios de Planificación de la Familia e Investigaciones de Población de 1970. Su propósito fue asegurar a todas las parejas la misma oportunidad de tener hijos cuando lo desearan. Se esperaba que del cumplimiento de esta ley resultarían madres e hijos más sanos.

Programas y servicios de planificación de la familia

Antes de discutir los servicios organizados de planificación de la familia, se revisarán

las tendencias principales del uso de contraceptivos en las parejas casadas durante los últimos cinco años del decenio 1960-1970. El cuadro 2 resume los métodos de contracepción usados durante ese período (4). En 1960 la píldora contraceptiva hizo su aparición en Estados Unidos. En 1965, era el método más popular y esa popularidad creció entre aquel año y 1970. Los dispositivos intrauterinos (DIU) salieron al mercado en 1964 y ganaron popularidad muy rápidamente. La esterilización—que había sido practicada por décadas—llegó a ser muy popular durante el decenio de 1960, y en 1970 fue el método más utilizado por las parejas en las que la mujer tenía entre 30 y 44 años. El resultado final de este vuelco hacia los métodos más eficaces fue que en 1970 la mitad (52%) de las parejas a riesgo de una concepción no premeditada estaban protegidas por contraceptivos modernos y eficaces (5).

A continuación se analizan brevemente los programas de planificación de la familia y



Para prevenir la fecundidad marital no deseada deben planificarse programas apropiados de educación sexual, y luego ponerse en práctica a nivel nacional. (Foto: OMS/P. Almasy.)

CUADRO 3—Total estimado de usuarias de programas organizados de planificación de la familia, 1968-1974, E.U.A.

Año	Mujeres ^a 15-44 (en miles)	Usuarias ^b (en miles)	Tasa (por 1,000 mujeres de 15 a 44 años)
1968	41,096	966	23.5
1969	41,833	1,240	29.6
1970	42,641	1,650	38.7
1971	43,480	2,250	51.7
1972	44,390	2,850	64.2
1973	45,305	3,253	71.8
1974	46,188	3,968	85.9

^a Las estimaciones de la población de 1968-1973 provienen de *Current Population Reports, Population Estimates and Projections*. Series P-25, No. 519, cuadro 2, abril de 1974. Las estimaciones de 1974, de Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

^b Las estimaciones de las usuarias de programas de planificación de la familia han sido calculadas por interpolación de los datos que aparecen en *Alan Guttmacher Institute Data and Analyses for 1975 Revision of DHEW Five-Year Plan for Fam-*

los servicios correspondientes. Existen datos disponibles de una red de sistemas estatales y locales de registros clínicos de planificación de la familia, los que desde 1971 han sido unificados en un sistema nacional de recopilación de datos. Usando esa información, el Instituto Alan Guttmacher (6) ha estimado que el total de pacientes aumentó de 1 a 4 millones entre 1968 y 1974 (cuadro 3). Esto representó un aumento en la tasa de uso de 23.5 a 85.9 por 1,000 mujeres.

El cuadro 4 demuestra que durante los últimos tres años, en los programas de planificación de la familia las proporciones de adolescentes y mujeres nulíparas aumentaron en

ily Planning Services, mayo de 1975. Las estimaciones de 1974 han sido calculadas por interpolación de los datos provisionales de National Reporting System for Family Planning Services, National Center for Health Statistics, enero a diciembre de 1974, usando la razón entre usuarias registradas y usuarias estimadas para 1973.

CUADRO 4—Distribución porcentual^a de características seleccionadas de mujeres inscritas en los programas de planificación de la familia, según año, E.U.A.

Características de las mujeres	1972 (%)	1973 (%)	1974 (%)
<i>Edad</i>			
<18	12.5	15.3	16.9
18-19	22.2	23.2	22.6
20-24	37.6	36.2	35.0
25 y más	27.7	25.3	25.5
<i>No. de hijos vivos</i>			
0	45.5 ^b	52.7	55.0
1	21.7 ^b	21.8	21.6
2 y más	32.8 ^b	25.5	23.4
<i>Años de estudio</i>			
0	0.9	0.5	0.7
1-8	10.8	9.7	10.2
9-11	31.2	32.9	33.4
12	34.8	34.4	34.2
13 y más	22.3	22.5	21.5
<i>Método contraceptivo</i>			
Píldora	71.3	70.1	71.7
DIU	13.2	11.3	8.9
Esterilización	1.1	1.1	1.2
Otro	8.7	10.6	11.1
Ninguno	5.7	6.9	7.1
No. de usuarias	949,965	1,073,564	1,230,876

^a Los valores desconocidos se han distribuido proporcionalmente entre los valores conocidos.

^b Los hijos vivos desconocidos de 1972 se incluyen en el grupo 0.

Fuente: National Center for Health Statistics. *Provisional Data from the National Reporting System for Family Planning Services 1972, 1973, 1974.*

forma cada vez más notable. En 1974, 4 de 10 usuarias eran adolescentes, más de la mitad no tenían hijos y casi 50% no había terminado su educación secundaria (7). En 1973 los datos presentados en 13 zonas locales (8) demostraron que el 40% de las pacientes estaban casadas, el 51% nunca lo había estado y el 9% habían estado casadas con anterioridad. Aproximadamente el 70% de las inscritas a los programas de planificación de la familia eligieron contraceptivos orales.

¿Cuál pues es el impacto del uso masivo de los contraceptivos orales sobre la salud de las mujeres estadounidenses? El efecto más

importante, pero más difícil de medir, es la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas asociadas con la postergación del primer parto, un mayor intervalo entre hijos y la prevención de embarazos no deseados. Varios estudios han evaluado el efecto de los métodos contraceptivos hormonales (9-22). El cuadro 5 resume el estado actual de esos estudios.

Los contraceptivos orales tienen nueve efectos importantes no relacionados con la contracepción, seis negativos y tres positivos. El efecto negativo más grave es el infarto de miocardio entre mujeres de 40 a 44 años. La

CUADRO 5—Efectos de los contraceptivos orales sobre la salud de la mujer.

Enfermedad	Factores que modifican el riesgo	Riesgo relativo ^a	Riesgo atribuible ^b	Tasa de mortalidad atribuible ^c (por 100,000 años/mujeres de observación)
Enfermedades venosas y tromboembólicas	Dosis Edad	3-11	50-110	1.3-3.4
Trombosis cerebral	No aplicable	9		3.2-12
Infarto del miocardio	Varios (según edad)	(78.4)		
	<40	2.7	7.8	3.5
	40-44	5.7	51.3	43.0
Coleditiasis quirúrgica	Período de uso	2	80	0.5-1.0
Hipertensión	Período de uso Dosis de progesterona	2-6		
Infección del tracto urinario	Dosis de estrógeno Actividad sexual	1.2-1.5		0.2-0.5
Cáncer de mama	No aplicable	1.0	No aplicable	No aplicable
Enfermedad fibrocística de mama	Período de uso Dosis de progesterona	0.25-0.4	-240	
Quiste del ovario		0.07	-35	-0.5
Anemia por deficiencia de hierro		0.6	-700	

^a Riesgo relativo = Riesgo de enfermedad en usuaria de píldora ÷ Riesgo de enfermedad en no usuaria.

^b Riesgo atribuible = Riesgo de enfermedad en usuaria de píldora - Riesgo de enfermedad en no usuaria.

^c Tasa de mortalidad atribuible = Tasa de incidencia de enfermedad en usuarias - Tasa de incidencia en no usuarias (Tasa por 100,000 años/mujeres de observación).

preocupación relacionada con el alto riesgo de infarto de miocardio entre las mujeres mayores de 40 años que usan la píldora contraceptiva no se justificaría a juicio de los autores por tres razones. Primero, en las mujeres mayores de 40 años el riesgo de mortalidad durante el parto es mayor que el riesgo relacionado con el uso de la píldora contra-

ceptiva. Segundo, los factores que aumentan los riesgos en pacientes que la toman pueden ser los mismos que aumentan los riesgos en mujeres embarazadas. Tercero, no hay evidencia para afirmar la existencia de una asociación causal entre el uso de la píldora contraceptiva y el aumento en el riesgo de mortalidad por infarto ya que otros factores,

tales como el uso de cigarrillos y un alto nivel de colesterol sanguíneo, podrían estar indirectamente asociados.

Análisis de estadísticas nacionales

El movimiento para una reforma en la legislación sobre abortos ha seguido un ritmo semejante al movimiento para proveer de métodos contraceptivos a todas aquellas parejas que lo necesiten y deseen. Después de la revocación de las leyes restrictivas sobre abortos en 17 estados entre 1967 y 1972, la Suprema Corte de Estados Unidos decidió, en enero de 1973, que las leyes sobre abortos de Texas y Georgia eran inconstitucionales (23). Como consecuencia, todas las leyes restrictivas sobre abortos quedaron anuladas. En un esfuerzo para prevenir muertes maternas atribuidas a abortos, en 1968 el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta comenzó a reunir y analizar estadísticas nacionales sobre abortos y, en 1972, a investigar todas las muertes registradas atribuidas a abortos. El cuadro 6 muestra que el número de abortos legales registrados, subió de 23,000 en 1969 hasta aproximadamente 730,000 en 1974. Durante este mismo período de cinco años la tasa de abortos por 1,000 mujeres de edad fértil aumentó de 0.6 a 15.8.

En el cuadro 7 se puede observar que entre 1972 y 1974 las mujeres a las que se practicó abortos tenían algunas características similares a las mujeres que utilizaban los programas organizados para la planificación de la familia. Un tercio eran adolescentes, casi la mitad no tenía hijos y tres cuartas partes no eran casadas. El hecho más importante que muestra este cuadro es el aumento de abortos realizados en las primeras ocho semanas de gestación, de 34 a 43.2% de todos los abortos, porque la mortalidad y morbilidad son menores cuanto más temprano ocurre el aborto.

La figura 2 muestra que la mortalidad por abortos es menor que la mortalidad materna

por otras causas. Con la introducción de los antibióticos en 1940, las dos tasas de mortalidad bajaron. Sin embargo, la mortalidad por abortos no cambió entre 1950 y 1965, descendiendo posteriormente en forma notoria. Los autores creen que todas las muertes debidas a abortos pueden ser evitadas (24).

La figura 3 caracteriza las muertes por abortos entre 1972 y 1974 según la condición legal y tipo de aborto (inducido o espontáneo). Se ve allí que la mortalidad debida a abortos inducidos ilegales ha sido casi eliminada, pero no se observa la misma baja en las muertes por abortos inducidos legales y abortos espontáneos. No obstante, en los últimos dos años no ocurrió ninguna muerte como consecuencia de abortos inducidos legales que fueron practicados en las primeras ocho semanas de embarazo en más de 500,000 pacientes. Por eso, los autores consideran que la mortalidad por abortos legales puede ser eliminada por la detección y terminación temprana de embarazos no deseados (25).

CUADRO 6—Abortos legales registrados de mujeres de 15 a 44 años, 1969-1974, E.U.A.

Año	No. de mujeres de 15 a 44 años ^a (en miles)	No. de abortos ^b (en miles)	Tasa (por 1,000 mujeres de 15 a 44 años)
1969	41,833	23	0.6
1970	42,641	193	4.5
1971	43,480	486	11.2
1972	44,390	587	13.2
1973	45,305	616	13.6
1974	46,188	730	15.8

^a Las estimaciones de la población de 1968-1973 provienen de *Current Population Reports, Population Estimates and Projections*, Series P-25, No. 519, cuadro 2, abril de 1974. Las estimaciones de 1974, de Family Planning Evaluation Division, Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

^b Los datos sobre abortos para 1969-1973 provienen de *Abortion Surveillance*, 1973, cuadro 1. Centro para el Control de Enfermedades, mayo de 1975. La estimación de 1974 fue calculada por Jack C. Smith, jefe, Sección de Estadísticas, Family Planning Division, Centro para el control de Enfermedades, Atlanta, Georgia, E.U.A.

CUADRO 7—Distribución porcentual^a de características seleccionadas de mujeres con abortos inducidos según año del aborto, E.U.A.

Características de las mujeres	1972 (%)	1973 (%)	1974 (%)
<i>Edad</i>			
<15	1.4	1.6	1.5
15-19	31.2	31.1	30.9
20-24	32.5	32.0	31.5
25 y más	34.9	35.3	36.1
<i>No. de hijos vivos</i>			
0	49.4	48.6	47.5
1	18.2	18.8	19.7
2 y más	32.4	32.6	32.8
<i>Estado civil</i>			
Casada	29.7	27.4	27.5
No casada	70.3	72.6	72.5
<i>Semanas de gestación</i>			
<8	34.0	36.1	43.2
9-12	48.2	47.3	44.2
13-15	8.4	6.9	6.0
16 y más	9.4	9.7	6.6
<i>Método</i>			
Succión	65.2	74.9	76.0
Curetaje	23.4	13.5	13.5
Histerotomía/histerectomía	10.4	10.4	8.2
Inyección salina	0.6	0.7	0.6
Otro	0.4	0.5	1.7
No. de abortos	586,760	615,831	730,000

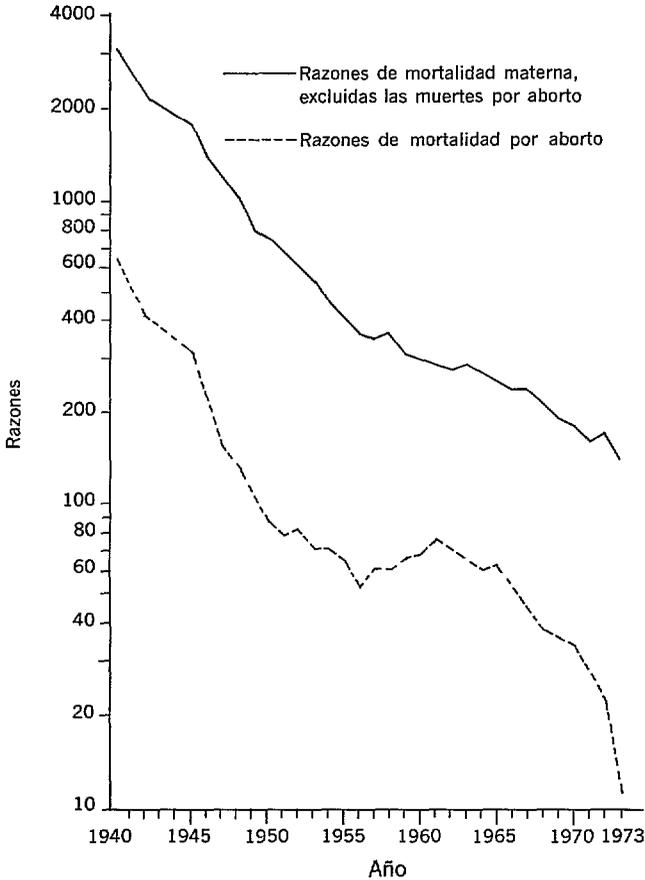
^a Los valores desconocidos se han distribuido proporcionalmente entre los valores conocidos.

Fuente: 1972 y 1973 *Abortion Surveillance Reports*. Los datos de 1974 son provisionales, Family Planning Evaluation Division, Statistical Services Branch.

De los datos en la figura 4 los autores deducen que la mortalidad asociada a los abortos espontáneos podría ser evitada. Entre 1972 y 1974, 51 pacientes murieron como consecuencia de abortos espontáneos. De estas mujeres, 17, o sea el 33%, tenían un DIU cuando ocurrieron sus abortos; de ellos, 13 tenían un escudo de Dalkon, tres, un asa de Lipes y una tenía un Saf-T-Coil. El promedio de edad de estas 17 pacientes era de 26 años, 16 eran multiparas y todos sus abortos ocurrieron durante o después de la duodécima semana de embarazo.

¿Hasta qué punto es real la asociación entre los DIU y estas muertes? Los epidemiólogos Kahn y Tyler (26) estimaron que 3.2 millones de pacientes usaban estos dispositivos en 1973. Si el 2% de las usuarias quedarán embarazadas cada año, y si el 50% de estos embarazos continuaran en el segundo trimestre, se puede estimar una tasa de mortalidad del 17.8 por 100,000 mujeres que tienen un DIU durante el segundo trimestre de su embarazo. Este resultado se compara con la tasa de 0.3 muertes por 100,000 mujeres en Estados Unidos que no tienen un

FIGURA 2—Razones de mortalidad materna (excluidas las muertes por aborto)^a y razones de mortalidad por aborto,^b 1940-1973, E.U.A.



^a La razón de mortalidad materna (excluidas las muertes por abortos) es igual al total de las muertes maternas menos las muertes por abortos.

^b Muertes por 1,000,000 nacidos vivos.

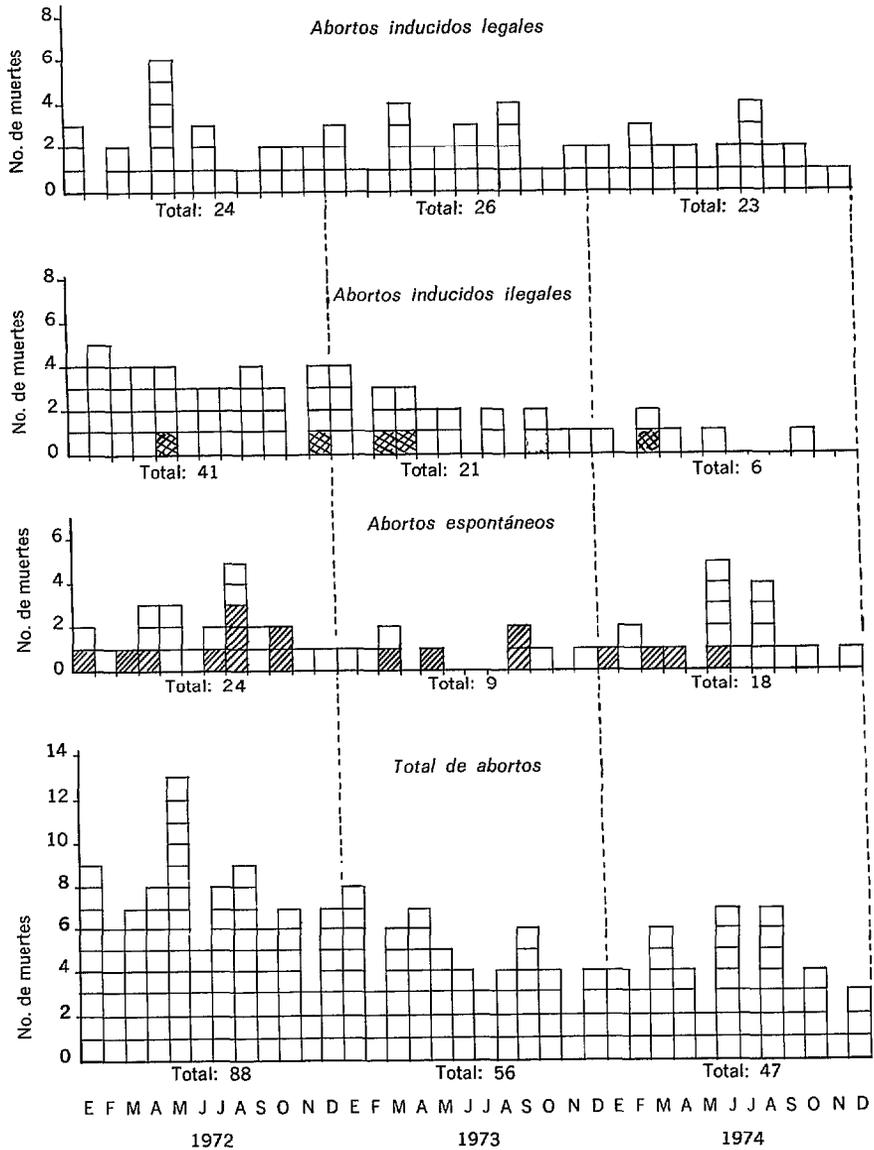
Fuente: E.U.A. Vital Statistics. National Center for Health Statistics.

DIU durante el segundo trimestre de su embarazo. Estos datos sugieren que las pacientes estadounidenses que quedan embarazadas mientras tienen un DIU tienen una probabilidad de morir durante su segundo trimestre de embarazo 50 veces mayor que las que no lo tienen.

Actualmente los autores están haciendo la estimación de los riesgos específicos de mor-

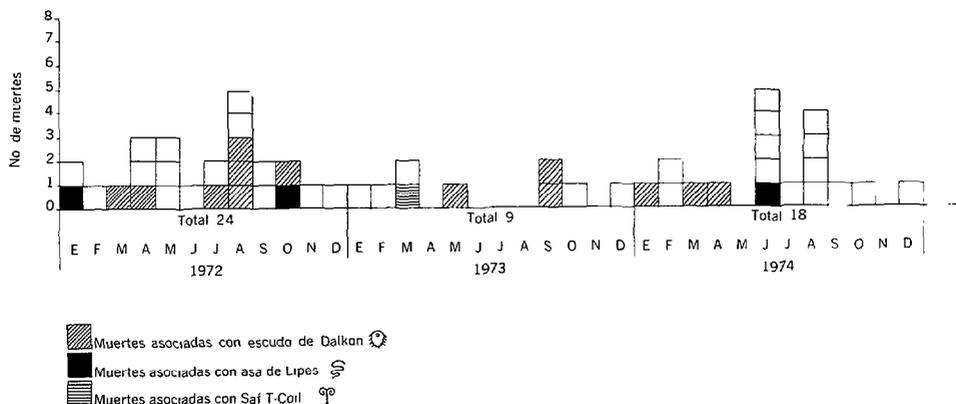
talidad por DIU, lo que será objeto de un trabajo posterior. Por ahora, la observación más importante de esos estudios es que los embarazos ocurridos con DIU tienen una probabilidad mayor de terminar en muerte de la mujer que los que se producen sin su uso. La preocupación por este riesgo hizo que en 1974 se recomendara que si no se ven los hilos del DIU en las mujeres embarazadas,

FIGURA 3—Muertes maternas relacionadas con abortos, por tipo y por mes, enero de 1972-diciembre de 1974, E.U.A.



 Causas desconocidas
 Asociadas a DIU

FIGURA 4—Muertes por abortos espontáneos, por mes, 1972-1974, E.U.A.



este dese ser retirado. Desde que se cumple con esta recomendación no se ha registrado ninguna muerte por aborto asociado con dispositivo intrauterino.

¿Cuáles, pues, son los problemas mayores en el control de la fecundidad que persisten en Estados Unidos? La Encuesta de Fecundidad Nacional de 1970 demostró que la fecundidad marital no deseada bajó un tercio entre 1965 y 1970, pero que todavía representa el 15% de todos los partos de mujeres casadas. Igualmente importante es el hecho de que la fecundidad de mujeres solteras y de adolescentes continúa siendo alta. Deben planificarse programas apropiados de educación sexual para demostrar su efectividad en la prevención de la fecundidad no deseada, que luego deben ser puestos en práctica a nivel nacional. Por fin, la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la reproducción y el control de la fecundidad son problemas importantes que requieren una investigación cuidadosa para identificar los riesgos evitables.

reflejan la larga historia del control de la fecundidad entre las parejas de ese país. La capacidad, recientemente adquirida, de planificar la familia con mayor eficiencia y seguridad resulta, en parte, del uso de métodos contraceptivos más eficaces, de la difusión de esos métodos a través de clínicas de planificación de la familia y de la posibilidad de practicar abortos legales. Estudios epidemiológicos de contraceptivos orales y de investigación de casos de muertes por abortos han aclarado problemas de salud asociados con los mismos, así como con el uso de píldoras, de modo que esos problemas se puedan evitar.

Todavía no se han resuelto otros aspectos relacionados con la fecundidad, tales como la fecundidad no deseada de parejas casadas, la fecundidad de parejas no casadas (que en gran parte es no deseada), y la mortalidad y morbilidad asociadas con el control de la fecundidad. □

Agradecimiento

Los autores agradecen al Sr. Richard Monteith, a la Dra. Tegualda Monreal y al Dr. Silvio Aladjem sus comentarios críticos durante la preparación de este estudio.

Resumen

Los cambios habidos en la tasa total de fecundidad de Estados Unidos desde 1800

REFERENCIAS

- (1) Coale, A. J. y M. Zelnik. *New Estimates of Fertility and Population in the United States*. Princeton University Press, Princeton, 1963.
- (2) Gibson, C. N. Changes in marital status and marital fertility and their contribution to the decline in period fertility in the United States: 1961-1973. Trabajo presentado en la reunión anual de Population Association of America, Seattle, 1975.
- (3) Bumpass, L. L. y C. F. Westoff. The "Perfect Contraceptive" Society. *Science* 169: 1177-1182, 1970.
- (4) Westoff, C. F. The modernization of U.S. contraceptive practice. *Fam Plann Perspect* 4(3):9-12, 1972.
- (5) Westoff, C. F. The yield of the imperfect: The 1970 National Fertility Study. *Demography* 12:573-580, 1975.
- (6) Alan Guttmacher Institute. Data and Analysis for 1975 Revision of DHEW Five-Year Plan for Family Planning Services. Nueva York, mayo de 1975.
- (7) E.U.A. National Center for Health Statistics. Provisional Data from the National Reporting System for Family Planning Services. Informes de 1972, 1973, 1974.
- (8) Centro para el Control de Enfermedades, Atlanta, Georgia. Resumen Anual de los Servicios de Planificación de la Familia, 1973.
- (9) Vessey, M. P. y R. Doll. Investigation of relation between use of oral contraceptives and thromboembolic disease. A further report. *Brit Med J* 2:651-657, 1969.
- (10) Sartwell, P. E., A. T. Masi, F. G. Arthes, G. R. Greene y H. E. Smith. Thromboembolism and oral contraceptives: An epidemiological case-control study. *Amer J Epidemiol* 90:365-380, 1969.
- (11) Inman, W. H. W. y M. P. Vessey. Investigation of deaths from pulmonary, coronary, and cerebral thrombosis and embolism in women of child-bearing age. *Brit Med J* 2:193-199, 1968.
- (12) Inman, W. H. W., y M. P. Vessey, B. Westerholm y A. Englund. Thromboembolic disease and the steroidal content of oral contraceptives. A report to the committee on safety of drugs. *Brit Med J* 2:203-209, 1970.
- (13) Royal College of General Practitioners. *Oral Contraceptives and Health*. Pittman, Nueva York, 1974.
- (14) Oral contraception and increased risk of cerebral ischemia or thrombosis. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. *N. Engl J Med* 288:871-878, 1973.
- (15) Mann, J. I. y W. H. W. Inman. Oral contraceptives and death from myocardial infarction. *Brit Med J* 2:245-248, 1975.
- (16) Mann, J. I., M. P. Vessey, N. Throgood y R. Doll. Myocardial infarction in young women with special reference to oral contraceptive practice. *Brit Med J* 2:241-245, 1975.
- (17) Greenblatt, D., M. Levi y H. W. Ory. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Oral contraceptives and venous thromboembolic disease, surgically-confirmed gall bladder disease, and breast tumors. *Lancet* 1:1399-1404, 1973.
- (18) Ramcharan, S., N. Pellegrin y E. Hoag. The occurrence and course of hypertensive disease in users and non-users of oral contraceptive drugs found in oral contraceptive and high blood pressure. Fregley, M. J. y M. S. Fregley, Eds. Gainesville, Florida: Dawson Press, 1974.
- (19) Ory, H. W., P. T. Cole y B. McMahon. Oral contraceptives and reduced risk of benign breast diseases. (Trabajo aceptado Para su publicación en *N Engl J Med*).
- (20) Vessey, M. P., R. Doll y P. M. Sutton. Oral contraceptives and breast neoplasia: A retrospective study. *Brit Med J* 3:719-724, 1972.
- (21) Vessey, M. P., R. Doll y K. Jones. Oral contraceptives and breast cancer. *Lancet* 1:941-944, 1975.
- (22) Ory, H. W. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Functional ovarian cysts and oral contraceptives. (Nota bibliográfica). *JAMA* 228:68-69, 1974.
- (23) Centro para el Control de Enfermedades. *Abortion Surveillance: 1973*. Mayo de 1975, Atlanta, Georgia, E.U.A.
- (24) Cates, W., R. W. Rochat, J. C. Smith y C. W. Tyler. Trends in national abortion mortality. United States: 1940-1974, implications for prevention of future abortion deaths. *Advances in Planned Parenthood* 11:106-113, 1976.
- (25) Cates, W. y R. W. Rochat. Illegal abortions in the United States, 1972-1974. *Fam Plann Perspect* 8:86-92, 1976.
- (26) Kahn, H. S. y C. W. Tyler. IUD insertion practice in the United States and Puerto Rico, 1973. *Fam Plann Perspect* 7:209-212, 1975.

Fertility control and family planning in the United States (Summary)

The changes registered in the total U.S. fertility rate since 1800 reflect the long history of fertility control among the couples of that country. The recently acquired capacity to plan one's family more efficiently and safely has resulted, in part, from the use of more effective contraceptive methods, from the dissemination of those methods through family-planning clinics and from the possibility of legal abortions. Epidemiological studies of oral contraceptives and studies

investigating deaths due to abortion have clarified the health problems related both to the latter and to the use of pills and thereby shown that those problems can be avoided.

Still to be solved, however, are such other aspects of fertility as the unwanted fertility of married couples, the fertility of unmarried couples (which is largely unwanted), and mortality and morbidity as related to fertility control.

Controle de fecundidade e planejamento da família nos Estados Unidos da América do Norte (Resumo)

As variações que se notam na taxa total de fecundidade dos Estados Unidos desde 1800, são um reflexo da longa história do controle da fecundidade entre os casais desse país. A capacidade recentemente adquirida, de poder planejar a família com maior eficiência e segurança é consequência, parcialmente considerando o assunto, do uso de métodos anticoncepcionais eficazes bem como da difusão desses métodos através do trabalho de clínicas de planejamento da família como também da possibilidade de praticar abortos legais. Os estudos epidemiológicos sobre anti-

concepcionais orais e a pesquisa de casos de mortes causadas por abortos, têm ajudado a esclarecer os problemas de saúde associados com estes, bem assim como o uso das pílulas, de tal maneira que esses problemas se possam evitar.

Não se puderam resolver ainda outros aspectos relacionados com a fecundidade, como por exemplo a fecundidade não desejada entre esposos, a fecundidade de casais não casados (que na maioria das vezes não é desejada), e a mortalidade e morbidade associadas com o controle da fecundidade.

Contrôle de fécondité et planification de la famille aux Etats-Unis (Résumé)

Les changements qui ont eu lieu dans le taux total de fécondité aux Etats-Unis depuis 1800, reflètent la longue histoire du contrôle de fécondité parmi les couples de ce pays. La capacité, acquise récemment, de planifier la famille plus sûrement et efficacement est, en partie, le résultat de l'utilisation de méthodes contraceptives plus efficaces, de la diffusion de ces méthodes à travers des cliniques de planification de la famille et de la possibilité de pratiquer des avortements légaux. Des études épidémiologiques de

contraceptifs oraux et d'enquêtes sur des cas de morts par avortement, ont éclairé les problèmes de santé associés à ceux cités ci-dessus ainsi que l'utilisation de pilules, de façon à pouvoir les éviter.

Cependant, d'autres aspects relatifs à la fécondité n'ont pas encore été résolus, comme par exemple la fécondité non désirée de couples mariés, la fécondité de couples non mariés (qui, en grande partie, n'est pas désirée) et la mortalité et morbidité associées au contrôle de la fécondité.