

Cómo Mejorar la Planificación Familiar y Salvar Vidas Mediante un Enfoque Basado en las Diferentes Etapas de la Vida Reproductiva

Por Malcom Potts, Judith Rooks y Bethany Young Holt

Las mujeres jóvenes que residen en países en desarrollo con frecuencia enfrentan obstáculos insalvables cuando procuran servicios de atención de salud reproductiva. Ningún país en desarrollo cuenta con los recursos médicos suficientes para satisfacer las necesidades de una atención completa de salud reproductiva para todas las mujeres en edad fértil. La mayoría de los países tienen algunas clínicas de planificación familiar, generalmente ubicadas en las ciudades más grandes, y algunos cuentan con una amplia red de clínicas más pequeñas.

Estas clínicas centran su atención básicamente en prestar servicios a las mujeres fecundas que tienen una pareja estable. Tienden a atender principalmente a la población de más edad, generalmente mujeres casadas, y por lo general no son el primer lugar adonde acuden las solteras jóvenes, que quizá se encuentran viviendo los tumultuosos años de sus primeras experiencias sexuales y tienen vergüenza de acudir a estos centros. Además, la especialización de que se requiere para diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH, y el elevado costo de los análisis de laboratorio, han desalentado a la mayoría de las clínicas de planificación familiar a ofrecer estos servicios.

La organización de los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, deberá ser repensada y alterada en forma drástica para darle una atención prioritaria a la mujer al comienzo de su vida reproductiva, puesto que ella generalmente es la que sufre los más graves problemas sociales y de salud. En este "punto de vista", nos proponemos plantear una estrategia innovadora para lograr un mejor uso de los limitados recursos humanos y financieros que actualmente se dedican a las clínicas especializadas de servicios de planificación familiar.

Cuatro categorías de atención

Para que los programas puedan prestar servicios de planificación familiar y de salud reproductiva en forma más eficaz y efectiva, proponemos que se plantee el problema teniendo presente las necesidades de las personas que requieren de estos servicios, dividiéndolas en cuatro grupos: aquellas que son fecundas pero que aún no son sexualmente activas; las mujeres sexualmente activas que no tienen hijos y que aún no desean tenerlos; las mujeres que están en la fase materna, que están embarazadas, que tratan de quedar embarazadas o que han tenido el primer hijo y planean tener más hijos; y las mujeres que aún son fecundas pero que definitivamente no desean tener un hijo o más hijos.

Las situaciones de vida y los problemas y metas reproductivos de estos cuatro grupos son diferentes, y son igualmente dispares los servicios de que necesitan y las oportunidades para servir esta población con mayor eficacia. Las personas del primer grupo, que no son sexualmente activas, requieren de educación y consejería. Estos servicios probablemente sean suministrados de la mejor forma y con la mayor eficacia en un entorno que no sea necesariamente la clínica.

Para aquellas que son sexualmente activas pero que desean postergar la procreación, dos factores que tendrán un gran impacto con respecto a las oportunidades y problemas que las afectarán a lo largo de su vida son el momento de su primer parto y el posible contagio de una ETS a esa edad. Este grupo necesita de información y servicios relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ETS; de anticonceptivos de emergencia; de diagnóstico de embarazos; y de educación, consejería y apoyo que aborden la serie de problemas que puedan surgir de los diversos aspectos sexuales de su vida.

El aborto inducido es una cuestión par-

ticularmente importante para este grupo. De acuerdo con las circunstancias locales, debería disponerse de servicios de aborto seguro y de tratamiento para las consecuencias que puedan surgir debido a un aborto realizado con procedimientos inadecuados. En ambos casos, es esencial contar con consejería sobre anticonceptivos inmediatamente después del aborto.

Las vidas de las mujeres en la fase materna están estructuradas de tal forma para adaptarse a sus papeles de madres. Estas mujeres pueden ser servidas en el contexto de los servicios de salud materno-infantil y otras actividades conexas. La información y consejería sobre planificación familiar pueden ser suministradas conjuntamente con la atención prenatal y atención de partos, y se puede prestar servicios informativos sobre la anticoncepción durante las visitas postparto (aunque este tipo de visitas no ocurren en forma regular en muchos países). Además, como la mayoría de los niños en muchos países visitan de rigor las clínicas médicas para recibir sus vacunas, las visitas de niños-sanos ofrecen una oportunidad ideal para ofrecer a las madres servicios de anticonceptivos.

Durante esta etapa de su vida, se les debería ofrecer a las mujeres los métodos anticonceptivos que no interfieran con la lactancia materna o su futura fertilidad. Si bien estas mujeres pueden estar expuestas a las ETS, la prevalencia e incidencia de la mayoría de los tipos de infecciones genitales son relativamente bajas dentro de este grupo.

Finalmente, las mujeres que han completado su etapa de reproducción pueden ser candidatas para usar métodos anti-

Malcolm Potts es Bixby Professor of Population and Family Planning, y Bethany Young Holt cursa estudios de doctorado en la epidemiología—ambos en la School of Public Health, University of California, Berkeley, CA, EE.UU. Judith Rooks es asociada, Pacific Institute for Women's Health, Los Angeles, CA, EE.UU.

Cuadro 1. Características actuales de las clínicas de planificación familiar, características propuestas de las clínicas que atenderán principalmente a las mujeres en sus primeros años reproductivos y características de las fuentes alternativas de atención para la mujer durante sus últimos años reproductivos

Característica	Actual	Propuesta	Fuente alternativa
Lugar	Principalmente urbana	Principalmente urbana	Principalmente urbana
Clientes	Principalmente mujeres con pareja estable	Personas jóvenes de ambos sexos, principalmente no casados, que no han tenido un primer embarazo deseado	Mujeres fecundas en edad reproductiva que han alcanzado el número de hijos deseado
Servicios			
Anticonceptivos orales	Examen de usuarias y seguimiento	Suministrar	Mercadeo social, distribución comunitaria, sector privado
Inyectables	Examen de usuarias y seguimiento	Suministrar	Mercadeo social, distribución comunitaria, sector privado
DIU	Insertar y hacer seguimiento	Poco usado en esta población	Mercadeo social, sector privado, centros de atención primaria de salud
Condomes	Disponible	Activamente promover	Mercadeo social, otros lugares de venta
Aspiración manual	Poco usado	Actividad importante	Poco usado
Diagnóstico y tratamiento de ETS	Poco común	Actividad principal	Clínicas de atención primaria de salud, clínicas privadas, hospitales
Consejería en VIH	Poco común	Actividad importante	Medios públicos de difusión
Esterilización voluntaria	Poco común	No suministrar	Hospitales, clínicas privadas
Pruebas Papanicolaou	Común en algunos lugares	Poco usado en esta población	Hospitales, clínicas privadas
Actividades no clínicas	Ninguna	Realizado de acuerdo con los recursos	Ninguna

conceptivos que son contraindicados o menos adecuados para las mujeres en las otras tres categorías. El personal de salud que trabaje con este grupo debe estar capacitado para enseñar a estas mujeres acerca de los métodos anticonceptivos de largo plazo, incluida la esterilización voluntaria, y también debe estar en condiciones de ofrecerles estos métodos o de referirlas a las clínicas donde pueden obtenerlos. En las comunidades pobres, el mercadeo social subsidiado de píldoras, condones e inyectables podrá satisfacer las necesidades de muchas mujeres en este momento de su vida reproductiva.

Como en el caso del grupo anterior, este grupo tiene una prevalencia e incidencia relativamente bajas de la mayoría de las infecciones genitales y las ETS. Si bien algunas de estas mujeres todavía son madres de niños pequeños, muchas han cambiado para asumir otros roles en la sociedad o la economía. Precisan de servicios de educación con respecto a los problemas de salud que se vuelven más co-

munes a medida que aumenta la edad.

Un enfoque de la prestación de servicios basado en estas cuatro categorías podría hacer uso de los aspectos sociales de la obtención de los servicios de salud. Las mujeres tienen mucho en común con sus pares del mismo grupo, y considerablemente menos en común con las mujeres de las otras categorías reproductivas. Al tratar cada grupo por separado, se podría facilitar la educación y las discusiones en grupo, estimular la formación de grupos para asistir a las mujeres a apoyarse mutuamente para alcanzar las necesidades de salud reproductiva, y facilitar el acceso a otras personas mediante redes de contactos.

Como cada grupo puede presentar tendencias hacia ciertos métodos de anticoncepción, se podría reducir la necesidad de tener que ofrecer una amplia gama de anticonceptivos en cada uno de los servicios de planificación familiar, y los programas podrían verse alentados a vincularse con otros tipos de servicios comunitarias. Al formar categorías de individuos según sus

necesidades, podría también ayudar a eliminar los temores de algunos padres y líderes comunitarios de que las adolescentes sin experiencia sexual podrían estar expuestas a material inadecuado dentro de contextos de consejería y educación en grupo donde se incluyan a mujeres sexualmente activas. Este enfoque podría hacerlo más fácil y eficaz el desarrollo y prestación de servicios que son atractivos a grupos específicos de personas.

Además, el enfoque debe alentar a los proveedores de servicios a pensar acerca de las vidas, estilos de vida y problemas de aquellos a quienes sirven y asistirlos para planear servicios de extensión para satisfacer las necesidades de aquellas personas que deberían estar recibiendo atención pero que carecen de ella. Esto daría por resultado no solamente una mayor eficacia y eficiencia de la atención brindada, sino que también una mejora en la calidad del servicio recibido desde la perspectiva de la usuaria.

¿Quién necesita la mayor atención?

La mitad de la población del mundo tiene menos de 25 años, y el 80% de los 1.500 millones de habitantes que tienen entre 10 y 24 años viven en los países en desarrollo.¹ La edad de la pubertad ha declinado y se encuentra en aumento la edad en que se contrae el matrimonio.² La adolescencia es un período de aprendizaje, en el cual es común cometer errores al elegir la pareja sexual y al controlar la fecundidad. Las consecuencias de estos errores, especialmente para la mujer, pueden durar para toda la vida.

El embarazo no deseado, el aborto inseguro y las ETS se cuentan entre los riesgos de salud más graves que enfrenta la mujer, y los factores biológicos y sociales se interrelacionan para convertir a la mujer joven en víctima particularmente vulnerable frente a estos riesgos. La anatomía de la vagina facilita la exposición prolongada a secreciones infecciosas después del coito a todas las mujeres, pero las mujeres jóvenes pueden ser mucho más susceptibles a la infección del VIH que las mujeres mayores, debido a la inmadurez de sus células cervicales. Además, muchas ETS no presentan síntomas en la mujer (por ejemplo, el 70% de las infecciones de clamidia), por lo tanto, las mujeres infectadas tienen menos probabilidades de buscar asistencia médica que los hombres cuyos síntomas son evidentes;³ el diagnóstico clínico de algunas ETS, tales como la clamidia, resulta dificultoso en la mujer, y los análisis de laboratorio son costosos y de una baja sensibilidad. Además, las

mujeres jóvenes pueden ser física y emocionalmente dominadas por hombres mayores, y de allí sentirse incapaces de evitar el contacto sexual con un hombre que saben que está infectado.

Los datos obtenidos sobre la salud reproductiva de los jóvenes en los países en desarrollo indican que la situación es grave y está poniéndose peor. Aproximadamente un 20% de las mujeres en algunas partes del África y de América Latina están infectadas de una ETS.⁴ En Kenia, la edad promedio del primer coito es menos de 15 años entre las jóvenes y menos de 14 años entre los varones; y entre los jóvenes sexualmente activos, el 40% de las mujeres y 75% de los varones tienen parejas sexuales múltiples.⁵ En algunas zonas metropolitanas del África Oriental, entre la cuarta parte y un tercio de las mujeres que procuran atención prenatal presentan VIH positivo.⁶

Las mujeres de menos de 25 años de edad tienen la tasa más elevada de embarazos no deseados. Como el aborto inducido es ilegal en muchos países en desarrollo y los servicios de abortos legales son inaccesibles en numerosos lugares, las mujeres con frecuencia recurren a personas no capacitadas que hacen abortos en condiciones inadecuadas y abusivas. Los abortos son la causa de hasta el 60% de las admisiones de pacientes a los pabellones de ginecología en Kenia, donde la tasa de mortalidad relacionada con el aborto asciende a 1–6 muertes por cada 1.000 procedimientos registrados.⁷

Enfrentando la crisis

La mujer y el hombre que se encuentran durante las primeras etapas de su vida reproductiva representan el mayor desafío para la salud pública. Los servicios de planificación familiar y la educación y consejería con respecto a las ETS ofrecidos a aquellos que todavía no son sexualmente activos, podrían reducir la morbilidad y la necesidad de tratamiento una vez que inician el ciclo de vida sexual activa. Aquellos que son sexualmente activos pero que aún no desean tener hijos tienen una necesidad apremiante de lograr un mayor acceso tanto a los servicios de planificación familiar como a los del diagnóstico y tratamiento de las ETS; si se desea reducir el contagio del VIH, es esencial mejorar los servicios en este campo. Recomendamos que los países que cuentan con escasos recursos médicos destinen la mayor parte de dichos recursos para satisfacer las necesidades de estos dos grupos. El uso del enfoque de etapas de vida puede facilitar este cambio de las priori-

dades, y al mismo tiempo ayudará a hacer los servicios más eficaces y eficientes para todas las mujeres.

En el Cuadro 1, se indica cómo el trabajo que realiza la clínica típica de zonas urbanas cambiaría de acuerdo con nuestra propuesta, y cómo se atenderían las necesidades de la mujer durante las dos últimas etapas de su vida reproductiva. Actualmente, las clínicas prestan servicios principalmente a las mujeres que tienen relaciones de pareja estable y se centran en suministrarles anticonceptivos y, en algunos lugares, pruebas de Papanicolaou; si las clínicas cambiaran su enfoque hacia la población joven que aún no ha experimentado un embarazo deseado, aún podrían continuar suministrando algunos métodos anticonceptivos a sus clientes, pero al mismo tiempo podrían incrementar el servicio de diagnóstico y tratamiento de las ETS, la consejería sobre el VIH, la promoción del uso del condón y la prestación de servicios de aspiración manual. Las mujeres de más edad aún fecundas que actualmente recurren a estas clínicas podrían a su vez usar una mezcla de operaciones de mercadeo social y de proveedores del sector privado, y recurrirán a las instalaciones de atención primaria de salud—hospitales y clínicas privadas—para las pruebas de Papanicolaou, los diagnósticos y tratamientos de ETS y la esterilización voluntaria.

El éxito de la ejecución de nuestra recomendación requerirá de la colaboración entre los programas verticales de planificación familiar y otros elementos de los programas nacionales de salud, especialmente los servicios de atención primaria de salud y de salud materno-infantil.

Asimismo, requerirá de la creatividad y disposición para probar nuevos enfoques. Este elemento de cambio no deberá ser visto como un aspecto negativo; al contrario, podría ser utilizado para generar nueva energía y entusiasmo y lograr el concurso de personas creativas en las actividades de la planificación familiar. Esto representa un desafío para los líderes de los programas y para todo el personal a todos los niveles, quienes deberán conocer las vidas y circunstancias de sus clientes—y de las mujeres y hombres que necesitan sus servicios pero que no acuden a las clínicas. Este camino no puede conducirnos en otra dirección sino al mejoramiento de los servicios de salud reproductiva.

Los servicios de salud materno-infantil deberían ampliar el ámbito de su función para abordar las necesidades de planificación familiar de la mujer en la fase materna. Las estrategias para satisfacer dichas

necesidades de la mujer que ha completado su ciclo de procreación deberían incluir mayores esfuerzos para facilitar el acceso a la esterilización voluntaria, la mejor difusión de los métodos a largo plazo que requieren de un seguimiento mínimo, el apoyo a la venta de anticonceptivos sin receta, y un mayor uso de los profesionales de salud privados y la distribución comunitaria de los anticonceptivos. Con estas estrategias, se reduciría sustancialmente la necesidad de ofrecer servicios con base en la clínica a este grupo de mujeres, en tanto que bajarían los costos e incrementarían la eficacia y conveniencia de su uso de anticonceptivos.

Varios factores han facilitado cada vez más la prestación de servicios anticonceptivos. En muchos países en desarrollo, más del 90% de las mujeres conocen varios métodos; las de más edad que cuentan con más experiencia pueden aprovechar la ventaja de este conocimiento y asumir una mayor responsabilidad por su propia práctica anticonceptiva. Además, los servicios requeridos para ofrecer métodos seguros y eficaces para las mujeres en las últimas dos etapas de su vida reproductiva han sido reducidos, debido a que la píldora combinada de dosis baja ahora se puede obtener sin receta en algunos lugares, y el uso del método a largo plazo relativamente nuevo de los inyectables tiene muy pocas contraindicaciones. Asimismo, el procedimiento de la vasectomía ha sido simplificado.⁸

Conclusiones

La demanda en aumento de servicios de planificación familiar y la urgencia de combatir la diseminación del VIH son dos importantes temas de la larga lista de necesidades establecidas en el marco de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. Pero como el status quo es inadecuado y los recursos financieros son tan limitados, ¿cómo se puede crear una amplia gama de servicios? Más de lo mismo no es la solución.

En tanto que es esencial continuar buscando por obtener más financiamiento, la reasignación de los recursos existentes en formas nuevas ofrece una solución inmediata a los problemas actuales. Debido a la enorme restricción de recursos, deben fijarse las prioridades para la amplia gama de servicios de reproducción de conformidad con su complejidad, costo e impacto. En el caso de los servicios para limitar la diseminación del VIH, cuya prevalencia puede duplicarse entre las mujeres en tan sólo tres años,⁹ ningún cambio efectivo puede considerarse demasiado radical.

El uso actual de los recursos de las clínicas de planificación familiar no está resolviendo la crisis. Estos recursos deberán ser reasignados de sus funciones actuales para concentrarse en la salud reproductiva de la mujer entre el primer coito y el primer embarazo deseado, y para satisfacer las necesidades de información de las jóvenes que han comenzado a menstruar pero que aún no tienen experiencia sexual. El compromiso para prevenir las enfermedades aumenta la demanda de que estas mujeres reciban una alta prioridad. La inclusión de los diagnósticos y tratamientos de las ETS en los programas actuales de planificación familiar ha sido promovida, pero hasta la fecha han sido

pocos los casos en que esto se ha logrado.

Nuestra propuesta no se limita a darle prioridad a la mujer que aún no ha tenido relaciones sexuales o que todavía no tiene hijos. Creemos que el uso del marco conceptual que ofrecemos en este trabajo estimulará nuevos y más eficaces enfoques que puedan atender las necesidades de la mujer y el hombre a través de sus años de vida reproductiva.

Referencias

1. Datos no publicados de la base de datos internacional, U.S. Bureau of the Census: Washington, DC, 1997.
2. Naciones Unidas, *The World's Women, 1995: Trends and Statistics*, Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
3. Wasserheit JN, Epidemiological synergy: interrela-

tionships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases, *Sexually Transmitted Diseases*, 1992, 19(2):61-77.

4. Ibid.; y Maggwa A y Ngugi E, Reproductive tract infections in Kenya: insights for action from research, en: Germain A et al., eds., *Reproductive Tract Infections*, Nueva York: Plenum Press, 1992, págs. 275-292.

5. Maggwa A y Ngugi E, 1992, op. cit. (véase referencia 4).

6. Ibid.

7. Ibid., pág. 278.

8. Banerjee AK, Bajwa FM y Simpson A, Vasovasostomy: 10 years' experience in a district general hospital showing improved results with luminal dilatation, *Journal of the Royal College of Surgeons*, 1994, 39(3):153-155.

9. Potts M, Anderson R y Boily MC, Slowing the spread of HIV in developing countries, *Lancet*, 1991, 338(8767):608-613.