

Una mirada fresca al nivel de necesidad insatisfecha de planificación familiar en el período postparto, sus causas e implicaciones programáticas

Una justificación fundamental para la promoción de la planificación familiar es el beneficio potencial para la salud de madres y niños. Lograr un adecuado espaciamiento entre embarazos constituye una importante ruta a través de la cual la práctica de la anticoncepción puede producir beneficios. Los embarazos concebidos a menos de 20 meses después de un parto anterior están en un riesgo considerablemente mayor de ser prematuros, presentar un bajo peso al nacer, muerte fetal y muerte neonatal temprana.¹ La importancia de este vínculo se destaca por los hechos de que las muertes neonatales representan el 44% del total de muertes infantiles y que el parto prematuro es la causa más común de ello.² Además de los 2.9 millones de muertes neonatales que ocurren cada año, el 99% en los países de bajos y medianos ingresos, ocurre un número casi igual de partos de feto muerto.³ Un análisis de datos de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de 52 países mostró que los efectos adversos de un espaciamiento inadecuado se extienden más allá del período neonatal.⁴ Esto expresado en términos de intervalos entre partos, los niños nacidos dentro de los 24 meses posteriores al nacimiento de un hermano mayor tienen 60% más riesgo de morir antes de su primer cumpleaños y los nacidos de 2 a 3 años después del hermano mayor tienen 10% más riesgo, en comparación con quienes nacen después de un intervalo de 3 a 5 años. Para niños en edades entre uno y cinco años, el balance de evidencia sugiere que los intervalos de menos de dos años están asociados con un 40% mayor riesgo de morir. Una revisión sistemática, confirmó que la salud de las madres también se ve afectada por un espaciamiento inadecuado.⁵ Específicamente, los intervalos cortos están asociados con la ruptura uterina y los trastornos de hemorragia uteroplacentaria. A pesar del pronunciado aumento en el uso de anticonceptivos en los países en desarrollo, los intervalos entre partos han aumentado en duración solamente un poco a lo largo de los pasados 25 años; según algunas encuestas recientes, el 25% del segundo hijo y de los hijos que nacen dentro de los dos años del nacimiento de un hermano, en comparación con alrededor de 29% que se observaba una década anterior.⁶

Aunque esta evidencia subraya la importancia de la planificación familiar postparto para la salud tanto de las madres como de los hijos, este tema sufrió una prolongada era de desatención que solamente de manera reciente se ha remediado. En 2013, la Organización Mundial de la Salud emitió nuevas directrices para este componente de los servicios anticonceptivos; y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) está fi-

nanciando proyectos que proporcionan servicios postparto.^{7,8} Un factor que ayudó a revitalizar esta agenda fue un estudio de mujeres en 27 países conducido por Ross y Winfrey, en el cual se mostró que la proporción de quienes desearon posponer la llegada de otro hijo por al menos dos años, pero que no estaban usando algún método de anticoncepción estaban, en promedio, al muy alto nivel de 65% en el primer año posterior al parto.⁹ De hecho, su análisis sugirió que el 39% del total de la necesidad insatisfecha de anticoncepción surgió de las mujeres que habían dado a luz en los 12 meses previos.

Por décadas, el concepto de necesidad insatisfecha ha sido la principal forma de asignar prioridad a poblaciones para la prestación de servicios de planificación familiar; y, por lo tanto, el artículo de Ross y Winfrey ha tenido un importante impacto. Sin embargo, sus hallazgos son desconcertantes porque está bien establecido que la mayoría de las parejas desean espaciar la sucesión de sus hijos al menos por dos años⁶ y que el contacto de una mujer con los servicios de salud es especialmente frecuente durante el embarazo, parto y en el primer año de la vida de un hijo. Por lo tanto, la información acerca de los servicios anticonceptivos, así como la demanda de ellos y el acceso a los mismos debe ser alta en esta fase del ciclo reproductivo. Esta incógnita fue la motivación para este estudio. Nuestros propósitos son revalorar el nivel de necesidad insatisfecha en el postparto usando diferentes métodos de medida, comparar la necesidad insatisfecha en el primer año posterior al nacimiento del niño con la necesidad insatisfecha en otros períodos posteriores al parto y analizar las razones de la necesidad insatisfecha en el postparto.

Estimación de la necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres postparto

La definición de la necesidad insatisfecha en mujeres postparto encuentra el problema de que muchas de ellas están total o parcialmente protegidas por la amenorrea de la lactancia o abstinencia postnatal y, por lo tanto, tienen una razón para posponer la anticoncepción independientemente de sus deseos futuros de maternidad. La solución estándar de las EDS es clasificar a las mujeres amenorréicas según su intencionalidad de su parto más reciente.¹⁰ La abstinencia postnatal, un factor importante en algunos países de África Occidental, es ignorada. Para estimaciones agregadas, este enfoque de clasificar a las mujeres amenorréicas es preferible a que sean omitidas de las estimaciones, pero no es satisfactorio para describir la necesidad en el momento de la encuesta. También, tiene la desventaja

Por John Cleland,
Iqbal H. Shah y
Lenka Benova

John Cleland es profesor emérito de demografía médica y Lenka Benova es conferencista, ambos en el Departamento de Salud Poblacional, Facultad de Epidemiología y Salud Poblacional, Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres. Iqbal H. Shah es director del Centro para la Investigación y Evaluación en Salud Reproductiva, Facultad de Salud Pública de Harvard, Boston, MA, EE.UU.

CUADRO 1. Porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual entre 0 y 11 meses postparto con necesidad insatisfecha de algún método anticonceptivo, por medida; e indicadores de contexto seleccionados, por región y país

| País (Abreviatura) | Año de la encuesta | Medida de necesidad insatisfecha | | | Indicadores de contexto selectos† | | |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| | | EDS | Situación actual | Prospectiva | Tasa global de fecundidad | % nacimientos a intervalos <24 meses. | Mediana de meses de no susceptibilidad |
| África Occidental / Central | | | | | | | |
| Rep. Dem. del Congo (CD) | 2007 | 32.4 | 8.3 | 61.2 | 6.3 | 26.0 | 12.1 |
| Nigeria (NG) | 2008 | 19.5 | 8.9 | 65.3 | 5.7 | 23.8 | 13.8 |
| República del Congo (CG) | 2005 | 28.6 | 3.9 | 53.7 | 4.8 | 13.2 | 11.8 |
| Ghana (GH) | 2008 | 50.6 | 10.9 | 82.0 | 4.0 | 14.0 | 12.4 |
| África Oriental/del Sur | | | | | | | |
| Uganda (UG) | 2011 | 47.5 | 13.2 | 75.1 | 6.2 | 25.3 | 11.0 |
| Kenia (KE) | 2008–9 | 36.7 | 11.3 | 63.2 | 4.6 | 22.6 | 10.3 |
| Zimbabue (ZW) | 2010–11 | 14.6 | 3.0 | 26.1 | 4.1 | 8.8 | 12.7 |
| Lesoto (LS) | 2009 | 40.4 | 8.6 | 57.8 | 3.3 | 12.4 | 11.5 |
| África del Norte/Asia | | | | | | | |
| Pakistán (PK) | 2012–13* | 30.5 | 19.3 | 52.9 | 3.8 | 36.6 | 4.4 |
| Jordania (JO) | 2012* | 14.8 | 10.5 | 25.4 | 3.5 | 31.9 | 3.1 |
| Indonesia (ID) | 2012 | 12.6 | 6.2 | 27.9 | 2.6 | 10.5 | 3.8 |
| Marruecos (MO) | 2003–4* | 13.1 | 6.2 | 23.2 | 2.5 | 16.6 | 3.1 |
| América Latina/Caribe | | | | | | | |
| Guyana (GY) | 2009 | 39.8 | 21.3 | 57.4 | 2.8 | 24.8 | 4.3 |
| Rep. Dominicana (DR) | 2007 | 20.8 | 12.3 | 27.7 | 2.4 | 23.4 | 3.4 |
| Perú (PE) | 2012 | 18.9 | 3.0 | 31.9 | 2.6 | 11.8 | 10.4 |
| Honduras (HN) | 2011–12 | 13.5 | 3.7 | 27.2 | 2.9 | 15.3 | 8.6 |

*La muestra solamente incluye mujeres casadas. †Fuente: StatCompiler, MeasureDHS.com.

de que la necesidad insatisfecha en mujeres postparto no puede ser fácilmente comparada con la de otras mujeres, debido a que las mujeres en el primer grupo tienen mucha mayor probabilidad de ser clasificadas con respecto a sus preferencias retrospectivas que las mujeres en el segundo grupo, para quienes la necesidad insatisfecha se basa en gran parte en sus preferencias de maternidad futura.

Una alternativa introducida por Ross y Winfrey, quienes argumentaron que las mujeres amenorréicas podrían no tener una necesidad apremiante de anticoncepción, pero muchas de ellas pronto tendrán tal necesidad y, por lo tanto, puede ser útil clasificarlas como si tuvieran una necesidad insatisfecha, a menos que estén usando un método anticonceptivo.⁹ Bajo este enfoque “prospectivo”, las mujeres que son amenorréicas o que todavía se abstienen después de su último parto se clasifican como mujeres que tienen una necesidad insatisfecha, a menos que deseen tener un hijo dentro de los dos años siguientes o que estén usando un método tradicional o moderno.

Una tercera estrategia para estimar la necesidad insatisfecha en el período postparto es restringir la necesidad insatisfecha a las mujeres que han reanudado su menstruación y las relaciones sexuales, que no practican la anticoncepción, pero que desean posponer la maternidad por dos o más años. En otras palabras, las mujeres amenorréicas o que se abstienen de las relaciones sexuales se clasifican junto con las mujeres que practican la anticoncepción y con las que desean otro hijo dentro de los dos años siguientes como carentes de una necesidad insatisfecha. Este enfoque de “situación actual” se acerca más que la definición estándar de las EDS a la identificación de la nece-

sidad inmediata de anticoncepción que tienen las mujeres, aunque el enfoque está sujeto a la crítica de que depender de la amenorrea no es 100% efectivo.

Para determinar la forma en que el uso de estas definiciones diferentes afecta el nivel de necesidad insatisfecha en el período postparto, analizamos datos de 16 países que tenían una EDS reciente. Los países fueron seleccionados intencionalmente para obtener una distribución geográfica e igual número de países con alta y baja prevalencia de intervalos cortos entre partos. En el Cuadro 1, los primeros dos países en cada grupo regional tienen una alta prevalencia y los segundos dos países tienen una baja prevalencia de intervalos cortos. Posteriormente, aplicamos las tres medidas de necesidad insatisfecha y comparamos los resultados.

Las tres medidas producen diferentes resultados para mujeres entre 0 y 11 meses postparto (Cuadro 1). El denominador para las tres estimaciones son las mujeres actualmente casadas (o en unión consensual) y las tres categorizan a la pequeña minoría (cerca del 3%) de mujeres actualmente embarazadas según la intencionalidad de su embarazo; esto es, quienes reportaron el embarazo como inesperado o no deseado se clasificaron como parte del grupo con necesidad insatisfecha. La medida prospectiva proporciona la estimación más alta de necesidad insatisfecha de cualquier método, con variación de 23% en Marruecos a 82% en Ghana. La media para las 16 encuestas es 47%. Esas estimaciones son similares a las proporcionadas por Ross y Winfrey para un conjunto diferente de encuestas y son el origen de la aseveración de que la necesidad insatisfecha es particularmente alta en el período

postparto.⁹ El método de situación actual resulta en las estimaciones más bajas, con un rango de 3% a 21% y una media de 9%. En cada encuesta, la definición de la EDS produce valores que son intermedios. Dependiendo del enfoque que se prefiera, la necesidad insatisfecha en los 12 meses postparto podría considerarse excepcionalmente alta o excepcionalmente baja—una situación que resulta de poca ayuda.

La definición prospectiva ha influido en las prioridades de los principales donantes y ayudado a revitalizar la agenda de planificación familiar postparto, misma que había sido desatendida desde el final del Programa Internacional Postparto del Consejo de Población (Population Council's International Postpartum Program) en 1974.^{7,11,12} Se puede aducir que la promoción de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración y altamente efectivos (ARLD) o la esterilización en etapas tempranas del período postparto debe tener una alta prioridad debido a que los intervalos cortos entre partos, con sus ampliamente conocidas consecuencias adversas para la salud, siguen siendo comunes. Como se mencionó en la introducción, un análisis de datos de EDS de 72 países encontró que un 25% de los intervalos entre partos, en promedio, fueron inferiores a 24 meses.⁶ Esta sólida base racional de salud podría justificar la promoción de métodos anticonceptivos en etapas tempranas postparto, aun en entornos en donde un prolongado amamantamiento y amenorrea actúan para posponer el embarazo. Siempre y cuando el uso continuo del método sea alto, el problema de la protección redundante, derivado del traslape de la amenorrea con el uso de anticonceptivos, puede ser desestimado.

En cambio, el uso de métodos asociados a una baja continuidad, como en el caso de los anticonceptivos orales e inyectables, en un lapso de unos pocos meses postparto podrían tener poco efecto o, incluso, ser contraproducentes en términos del espaciamiento de nacimientos en poblaciones con prolongada amenorrea de la lactancia. En Bangladesh, las mujeres que adoptaron tempranamente anticonceptivos orales, experimentaron mayores riesgos de embarazo que las que no los usaban debido a la discontinuación del uso alrededor del momento en que quedaban expuestas al riesgo de embarazo;¹³ en Perú e Indonesia, las mujeres que comenzaron el uso de píldoras y (más inesperadamente) DIU en los primeros seis meses postparto tuvieron mayor probabilidad de experimentar un embarazo dentro de los siguientes 24 meses que quienes adoptaron el método de 6 a 11 meses postparto.¹⁴ El traslape del uso de anticonceptivos con la amenorrea, junto con una alta discontinuación, podrían ser responsables del hallazgo de que, en cuatro países de África subsahariana, el uso de inyectables estuvo asociado, a un nivel agregado, con un acortamiento de los intervalos entre partos.¹⁵

La evaluación de los méritos de la definición de estado de situación actual plantea una pregunta central acerca de la planificación familiar postparto. Más allá de las estrictas condiciones del método de amenorrea de la lactancia (MELA), ¿hasta qué punto debe el efecto protector de la

CUADRO 2. Porcentaje de mujeres amenorréicas, sexualmente activas entre 0 y 23 meses postparto que no deseaban tener otro hijo en los siguientes dos años y que expresaron razones seleccionadas para no usar anticonceptivos por región y país

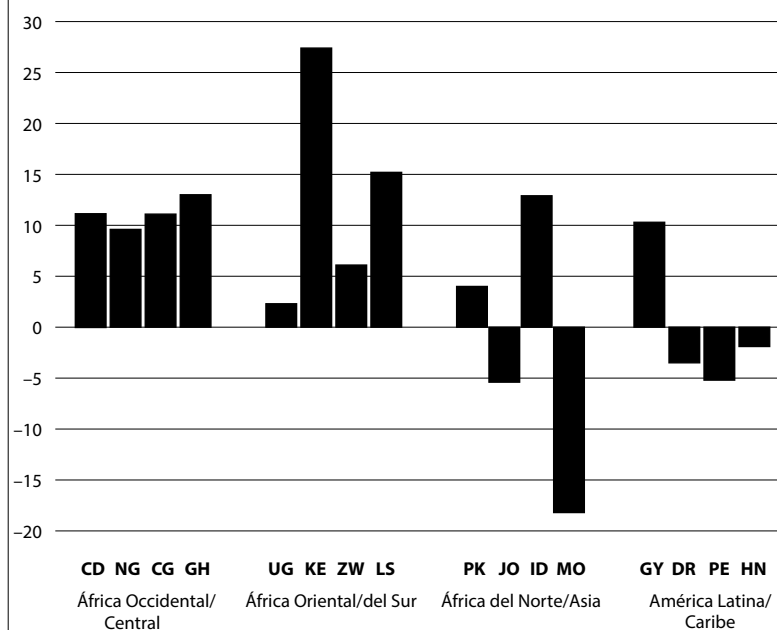
| País | Amenorrea % | Amamantamiento % | Salud / efectos secundarios % | Opposición % | Falta acceso o conocimientos % | Rel.sexuales infrecuentes % |
|------------------------------------|-------------|------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------------|
| África Occidental / Central | | | | | | |
| Rep.Dem.del Congo | 14 | 27 | 19 | 26 | 23 | 8 |
| Nigeria | 1 | 18 | 9 | 39 | 21 | 2 |
| Rep.del Congo | 27 | 25 | 11 | 7 | 18 | 6 |
| Ghana | 12 | 29 | 29 | 18 | 4 | 8 |
| África Oriental/del Sur | | | | | | |
| Uganda | 38 | 29 | 24 | 16 | 8 | 4 |
| Kenia | 10 | 20 | 26 | 19 | 13 | 4 |
| Zimbabue | 8 | 30 | 13 | 28 | 5 | 8 |
| Lesoto | 23 | 21 | 15 | 14 | 13 | 12 |
| África del Norte/Asia | | | | | | |
| Pakistán | 53 | 26 | 10 | 13 | 4 | 6 |
| Jordania | 34 | 36 | 22 | 4 | 2 | 14 |
| Indonesia | 21 | 22 | 13 | 3 | 3 | 8 |
| Marruecos | 53 | 8 | 12 | 7 | 0 | 18 |
| América Latina/Caribe | | | | | | |
| Guyana | 2 | 14 | 23 | 12 | 7 | 7 |
| Rep.Dominicana | 25 | 39 | 15 | 10 | 4 | 6 |
| Perú | 44 | 19 | 12 | 4 | 3 | 21 |
| Honduras | 24 | 38 | 8 | 26 | 7 | 16 |

Nota: Se permiten múltiples razones.

amenorrea ser considerado en las políticas y programas? En los primeros seis meses postparto, las mujeres amenorréicas tienen una muy baja probabilidad acumulativa de concebir, aun si no están amamantando en forma completa, debido a que un importante número de los primeros ciclos son anovulatorios.^{16,17} Un seguimiento estricto de las condiciones del MELA hace poca diferencia en estos primeros seis meses, siempre y cuando la lactancia sea frecuente. El efecto protector de la amenorrea se debilita progresivamente conforme se extiende la duración del período postparto. No obstante, una revisión de nueve estudios realizada por Kennedy y Visness concluyó que, entre las mujeres sexualmente activas, amenorréicas, que estaban amamantando y no practicaban la anticoncepción, la tasa de embarazo acumulada en 12 meses fue solamente 6% en promedio.¹⁸ Este nivel de riesgo no es muy diferente del de los anticonceptivos orales o condones bajo condiciones de la vida real aunque por supuesto, la mayoría de las fallas con las píldoras y condones puede atribuirse a un uso incorrecto, mientras que la concepción durante la amenorrea es un asunto de probabilidad biológica. La estimación de Kennedy y Visness es también consistente con el porcentaje de mujeres en los 16 países incluidos en el Cuadro 1 quienes, al responder a una pregunta directa, afirmaron que su más reciente embarazo había ocurrido antes del regreso de su menstruación. Estos casos variaron del 2% al 11% (no se muestran los datos).

También es claro, a partir del examen de los vínculos entre la amenorrea y la anticoncepción, que muchas mujeres en los países de bajos y medianos ingresos esperan el retorno de su menstruación antes de comenzar a usar

FIGURA 1. Diferencia en puntos porcentuales absolutos en el uso de métodos modernos entre mujeres amamantando y no amamantando entre 0 y 11 meses postparto que habían reanudado relaciones sexuales y menstruación, por región y país



Notas: El grupo de referencia (codificado como 0) consta de mujeres que no están amamantando. Ver Cuadro 1 para abreviaturas de países.

un método.^{12,19,20} En los 6 a 9 meses postparto, las mujeres que están menstruando tienen de dos a tres veces más probabilidad de estar usando un método moderno que las mujeres cuya menstruación no ha regresado.²¹ Con el fin de analizar si el vínculo entre el regreso de la menstruación y el inicio del uso de anticonceptivos es el resultado de decisiones conscientes, utilizamos datos de EDS de nuestros 16 países seleccionados para examinar las razones para no usar los anticonceptivos manifestadas por mujeres amenorréicas que habían reiniciado relaciones sexuales. Dos respuestas interrelacionadas, amamantamiento y amenorrea, fueron las más comúnmente mencionadas en 14 de las 16 encuestas, lo que representa 60% o más del total de razones en siete encuestas y más del 40% en otras cinco encuestas (Cuadro 2, página 23). Estas respuestas fueron menos dominantes en Nigeria, en donde la oposición a la anticoncepción fue citada con frecuencia; en Kenia y Guyana, en donde las preocupaciones por la salud y los efectos secundarios fueron mencionadas por muchas mujeres; y en Zimbabue, en donde las prohibiciones religiosas y el temor a los efectos secundarios fueron razones comúnmente citadas. Dos estudios realizados en la India encontraron resultados similares.^{22,23} La conclusión es clara: las mujeres retrasan conscientemente la anticoncepción hasta el regreso de la menstruación, o quizá hasta que su hijo es destetado.

Para investigar la posibilidad de que, además de la amenorrea, el amamantamiento podría actuar como disuasivo para adoptar la anticoncepción, comparamos el uso de métodos modernos en mujeres que habían amamantado a su hijo y mujeres que habían dejado de amamantar a

su hijo, restringiendo la atención a solo aquellas que habían reanudado las relaciones sexuales y la menstruación (Figura 1). La interpretación debe ser cuidadosa porque solamente pequeñas minorías de mujeres habían dejado de amamantar. Sin embargo, los resultados para los ocho países en África Subsahariana son consistentes. En todos los casos, las diferencias son positivas, lo que indica un mayor uso de métodos entre las mujeres que amamantan en comparación con otras mujeres. Esta evidencia conductual parece ser inconsistente con las razones autoreportadas en el Cuadro 2. Dado que la conducta reportada usualmente supera las razones reportadas para la conducta en términos de credibilidad, es probable que las mujeres que citan el amamantamiento como razón para no usar un método se refieren realmente a la falta de menstruación inducida por el amamantamiento. En los otros ocho países, no hay un patrón claro aparente. La mayor diferencia ocurre en Marruecos, en donde la mezcla de métodos utilizados es dominada por los anticonceptivos orales. En ese país, las mujeres que amamantan tienen mucha menor probabilidad de ser usuarias de anticonceptivos que otras mujeres.

También comparamos la mezcla de métodos utilizados por los dos grupos con un enfoque en el método dominante (no se muestran resultados). En tres países (Perú, Honduras y Lesoto), en donde el uso de la píldora es generalizado, este método fue menos común entre las mujeres que amamantan que entre otras mujeres; pero en Zimbabue y la República Dominicana, en donde el uso de la píldora es igualmente común, no hubo tal diferencia. En otros aspectos, la mezcla de métodos en los dos grupos fue similar en los 16 países. El método dominante fue el mismo entre mujeres que estaban todavía amamantando y las que habían dejado de amamantar a su hijo: por ejemplo, inyectables en Uganda, Kenia y Lesoto; métodos tradicionales en la República Democrática del Congo (RDC), la República del Congo y Jordania; y condones en Guyana y Pakistán. La conclusión general puede establecerse con confianza. Una vez que se toma en consideración el regreso de la menstruación, el amamantamiento no actúa como un disuasivo del uso de anticonceptivos ni influye típicamente en la selección de método, con la excepción de los anticonceptivos orales en algunos países. Esta conclusión se apoya también en la evidencia de las EDS, que indica que la mayoría de las mujeres no asocian el amamantamiento con la reducción de riesgos de concepción.²⁴

Las percepciones más profundas sobre las influencias en el uso de anticonceptivos postparto pueden derivarse potencialmente de estudios que usan métodos de indagación cualitativos o mixtos. Lamentablemente, tales estudios varían en calidad; algunos están demasiado desactualizados y muchos no están completamente publicados. Una de las indagaciones más convincentes indagaciones se refiere a las opiniones de mujeres en el distrito de Matlab en los barrios pobres de Dhaka, Bangladesh en los años noventa.^{25,26} Estas mujeres consideraban que el postparto es una fase de extrema vulnerabilidad para la madre y el infante; y consideraban a la amenorrea como un medio

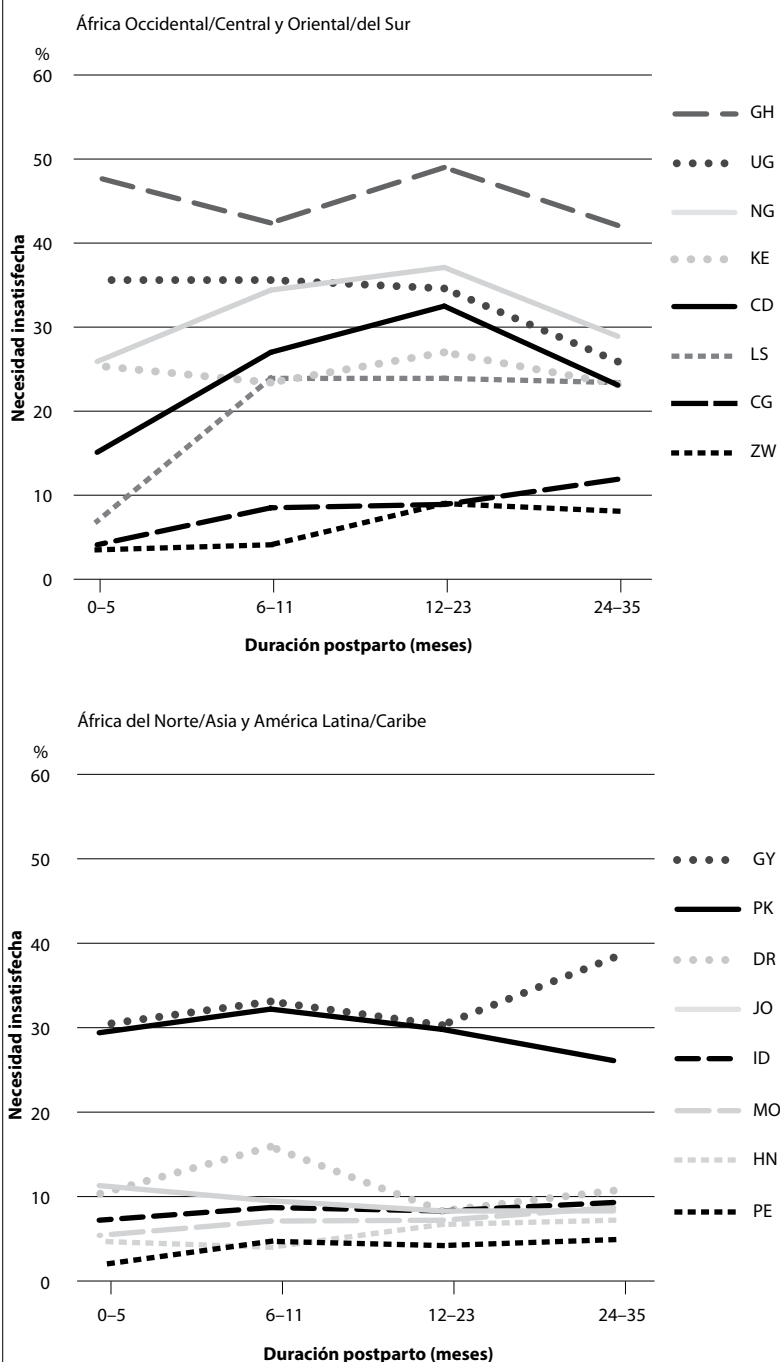
mediante el cual el cuerpo de la mujer se recobraba del esfuerzo del embarazo y parto. El significado del comienzo de la menstruación se entendió como el regreso de la capacidad reproductiva. Se reconoció la posibilidad de concepción durante la amenorrea, pero el riesgo se consideró pequeño. La renuencia a iniciar el uso de métodos modernos antes del regreso de la menstruación se reforzó con la creencia de que los métodos eran “fuertes” y que, en cierto modo eran peligrosos, particularmente en los meses vulnerables después del parto. La consecuencia neta fue que la adopción de métodos fue baja durante la amenorrea, particularmente en Dhaka, y el comienzo de la menstruación actuó como un detonador poderoso para el inicio del uso de métodos.

Estudios coordinados por Family Health International en Ghana, India, Ruanda y Zambia ofrecen una impresión sobre la importancia del retorno de la menstruación como una señal para iniciar el uso de anticonceptivos, similar a la del estudio Salway-Nurani.²⁷ En tres de estos países, entre una cuarta parte y la mitad de las mujeres postparto no estaban conscientes de que una mujer puede embarazarse antes del retorno de la menstruación. En Ghana y Zambia, entre las mujeres que eran amenorréicas y sexualmente activas en los 9 a 12 meses postparto, el uso de anticonceptivos no fue más alto entre las mujeres que estaban conscientes que entre las mujeres que no lo estaban. En Ruanda, tanto la encuesta como las entrevistas a profundidad revelaron que la amenorrea era una razón importante para no usar anticonceptivos.²⁸ Algunas mujeres pensaban que tenían que esperar el retorno de la menstruación antes de que pudieran solicitar un método anticonceptivo y, de hecho, algunos proveedores de servicios de salud insistían en tener una prueba del retorno de la menstruación.

Sin embargo, la creencia en la protección representada por la falta de menstruación no parece ser universal en las poblaciones de bajos y medianos ingresos. Para las mujeres de bajos ingresos en Estambul a principios de los años noventa, la menstruación no era una consideración en la adopción de anticonceptivos en el postparto; solamente el 2% reportó que esperaban el regreso de la menstruación antes de iniciar el uso de método.²⁹ En Ouagadougou, Burkina Faso, las entrevistas semiestructuradas con 33 mujeres sugirieron que la creencia en la amenorrea como una protección contra el embarazo era inexistente, aunque un tercio consideró que el regreso de la menstruación era un factor importante al planificar el inicio del uso de anticonceptivos, quizá debido a restricciones relacionadas con los servicios sobre la elegibilidad para adoptar la anticoncepción.³⁰

No se justifican las generalizaciones empáticas a partir de la evidencia conductual, junto con los hallazgos de las indagaciones cualitativas. Sin embargo, están garantizadas seis conclusiones tentativas. Primero, la fase postparto se considera como un período de vulnerabilidad para la madre y el infante. Por lo tanto, cualquier percepción de que el uso de métodos anticonceptivos modernos podría ser un peligro potencial para la salud, actúa como un desincenti-

FIGURA 2. Porcentaje de todas las mujeres expuestas que no desean un hijo dentro de los siguientes dos años pero que no están usando algún método, por duración postparto, por región y país



vo poderoso para su uso en la fase temprana del postparto. Segundo, depender de la ausencia de menstruación como un indicador de que la concepción es imposible o poco probable es una idea generalizada pero no es universal. Tercero, el nivel de información precisa sobre los riesgos de la concepción antes del regreso de la menstruación es bajo entre las madres y, probablemente, entre el personal de salud. Cuarto, una vez que la menstruación ha regresado, el amamantamiento no constituye un freno para la adopción de la anticoncepción, excepto en algunos países

en donde el uso de anticonceptivos orales es común. Quinto, el personal de planificación familiar podría agravar la confusión y la iniciación retrasada del uso de anticonceptivos al insistir en tener prueba de la menstruación como evidencia de no embarazo antes de ofrecer métodos. Finalmente, el enfoque de situación actual para estimar la necesidad de anticoncepción postparto es consistente con la conducta y creencias de la mayoría de las mujeres en los países de bajos y medianos ingresos.

Los méritos relativos de los enfoques de situación actual y prospectiva para estimar la necesidad de anticoncepción postparto, así como las implicaciones programáticas de cuál enfoque se tome, dependen en gran medida de consideraciones locales. Entre los 16 países presentados en el Cuadro 1, el porcentaje de mujeres de 6 a 11 meses postparto para quienes no ha retornado la menstruación o las relaciones sexuales (o ambas) varía de 2% en Jordania a 64% en Ghana (no se muestran los resultados). Obviamente, una política que considere necesaria la anticoncepción para las mujeres amenorréicas no usuarias de método es mucho más apropiada en Jordania que en Ghana. Comparar los niveles de necesidad insatisfecha de anticoncepción a través de poblaciones en el primer año postparto es una forma obvia de establecer prioridades internacionales para la inversión en provisión de planificación familiar postparto. Bajo la definición prospectiva, los países de África subsahariana tienen la mayor necesidad. De los 16 países del Cuadro 1, los seis principales en términos de necesidad insatisfecha prospectiva son africanos. En contraste, los seis países con la más alta necesidad insatisfecha actual son Guyana, Pakistán, Uganda, República Dominicana, Kenia y Ghana.

Ninguna medida es satisfactoria porque no se toma en cuenta el nivel de fecundidad. El número de partos por mujer es una consideración importante al fijar prioridades, porque define el número de veces que una mujer promedio requerirá protección postparto y la proporción del total de hijos que correrán el riesgo de un espaciamiento inadecuado con hermanos seguidos. Por ejemplo, con una tasa de fecundidad de dos, en promedio solamente la mitad de los hijos corren el riesgo de nacer dentro de los 24 meses siguientes al nacimiento del hermano mayor. Con una tasa de fecundidad de cinco, esta proporción aumenta en un 80%. Por esta razón, es preferible establecer prioridades, no con base en medidas de necesidad insatisfecha, sino con el directo y conveniente producto de multiplicar el porcentaje de intervalos entre partos que duran menos de 24 meses por la tasa global de fecundidad (ver Cuadro 1). Bajo este enfoque en la necesidad relativa, los seis países con más alta necesidad son la RDC, Uganda, Pakistán, Nigeria, Jordania y Kenia. Guyana ahora tiene un nivel bajo de necesidad relativa debido a que la alta proporción de intervalos cortos se compensa con una baja fecundidad, mientras que Ghana se clasifica bajo debido a que la alta fecundidad se compensa con una baja proporción de intervalos cortos.

Diferencias en la necesidad insatisfecha en mujeres expuestas por duración del período postparto

Como ya ha quedado establecido, la necesidad insatisfecha es muy baja en el primer año postparto bajo la definición de situación actual, la cual clasifica a las mujeres amenorréicas y abstinentes como carentes de esa necesidad. Sin embargo, el análisis hasta ahora no ha establecido el nivel de necesidad insatisfecha entre las mujeres postparto que han reanudado sus relaciones sexuales y menstruación, o la forma en que este nivel se compara con el nivel de necesidad en mujeres que están en otras etapas del ciclo reproductivo. En consecuencia, calculamos la necesidad insatisfecha para mujeres que estaban totalmente expuestas al riesgo de concebir en el momento de la encuesta, excluyendo a las no usuarias de método que todavía eran amenorréicas y que no habían reanudado relaciones sexuales, así como aquellas que estaban embarazadas. Los resultados de este enfoque se muestran en la Figura 2, página 25. Para ser precisos, esta cifra muestra el porcentaje de mujeres —entre todas las casadas, fecundas, no embarazadas y que han reanudado su menstruación y relaciones sexuales— que no desean un hijo en los próximos dos años pero que no están usando un método anticonceptivo. En términos a priori, se espera una disminución continua en la necesidad insatisfecha conforme aumenta la duración postparto (i.e., duración de intervalo abierto), debido a la selectividad. Las mujeres que permanecen sin tener un embarazo o parto conforme aumenta la duración tienen una creciente probabilidad de ser usuarias efectivas de anticonceptivos.

Los resultados para las ocho encuestas en África subsahariana, mostradas en el panel superior, indican una amplia variedad de patrones. En estos países, solamente una minoría de mujeres en los 0 a 5 meses postparto había reanudado la menstruación y las relaciones sexuales. Sin embargo, entre esta minoría, la necesidad insatisfecha varía desde cerca del 50% en Ghana hasta cerca del 5% en República del Congo (Brazzaville) y Zimbabue. Estas grandes diferencias reflejan en gran medida variaciones nacionales en necesidad en todas las duraciones del período postparto. En Nigeria y en la RDC, la necesidad insatisfecha aumenta abruptamente de los primeros seis meses a los segundos seis meses postparto y continúa aumentando en los 12 a 23 meses antes de disminuir. En Lesoto, la necesidad insatisfecha es también mucho más alta en los 6 a 11 meses que previamente en el período postparto, pero se nivela a partir de entonces. En la República del Congo, Zimbabue y Kenia, la necesidad insatisfecha permanece constante a través de todas las duraciones, a bajos niveles en los primeros dos países y a mucho más alto nivel en el tercero. En Ghana, la necesidad insatisfecha permanece alta en todas las duraciones, sin una clara tendencia, mientras que en Uganda permanece constante en cerca de 35% en los dos primeros años postparto, pero disminuye a cerca del 25% en el tercer año postparto.

En vista de esta diversidad solamente puede hacerse una generalización amplia sobre las tendencias de la ne-

cesidad insatisfecha entre mujeres expuestas por duración del postparto en estos ocho países africanos. Cuando la atención se enfoca en mujeres totalmente expuestas a los riesgos del embarazo, hay poco apoyo para la perspectiva de que la necesidad insatisfecha es particularmente alta en el primer año postparto. De hecho, el patrón dominante es que la necesidad insatisfecha es más alta en el segundo que en el primer año postparto y en ninguno de estos países es apreciablemente más baja. Los resultados para las ocho encuestas en otras regiones pueden resumirse en un solo enunciado. La necesidad insatisfecha no varía con base en la duración del postparto en mujeres expuestas, con un par de excepciones menores en Guyana y la República Dominicana.

El análisis se repitió con necesidad insatisfecha de un método moderno como el resultado (no se muestran los resultados). El patrón general fue similar al de la Figura 2. También se volvió a repetir después de ampliar la definición de necesidad insatisfecha para incluir a mujeres que reportaron tener un embarazo no planeado (no se muestran los resultados). El efecto predecible de este ajuste fue elevar las estimaciones de necesidad insatisfecha a duraciones más largas postparto, cuando el embarazo se vuelve más común. En siete de los ocho países de África subsahariana, la necesidad insatisfecha bajo esta definición aumentó en sucesión monótona de 0 a 5 meses a 12 a 23 meses postparto. En los otros ocho países las tendencias fueron más similares que en África subsahariana a aquellas para mujeres totalmente expuestas.

Esta comparación de necesidad insatisfecha a diferentes duraciones postparto produce resultados que contrastan notablemente con los del enfoque prospectivo de Ross y Winfrey, el cual encontró que 39% de las mujeres que habían dado a luz en los 12 meses precedentes tienen una necesidad insatisfecha. Cuando el foco de atención se estrecha para incluir a mujeres totalmente expuestas al riesgo de concepción, la necesidad insatisfecha tiende a ser más baja en el primer año postparto que en duraciones más largas. La implicación importante es que una vez que se han reanudado las relaciones sexuales y la menstruación, las madres que han dado a luz recientemente no exhiben una mayor reticencia para adoptar métodos de anticoncepción que quienes están en otras etapas del ciclo reproductivo.

Implicaciones

Lo que establece la provisión de planificación familiar en el período postparto aparte de la provisión en otras fases del ciclo reproductivo es el grado de protección que ofrece el amamantamiento y, en una minoría de países, el que ofrece una prolongada abstinencia sexual. En África subsahariana, la mayoría de los hijos son alimentados con pecho por 20 o más meses y la duración de la falta de susceptibilidad al embarazo postparto en relación con la abstinencia o la amenorrea, aunque se va acortando en el transcurso del tiempo, típicamente permanece cercana a los 12 meses. En otras regiones, las duraciones de la falta de susceptibilidad son mucho más cortas, con frecuencia de solo 3 a 4 meses,

pero son más variables. En los países asiáticos cubiertos por las EDS, las duraciones más largas, de 8 a 9 meses, se encuentran en Camboya, India, Nepal y Vietnam. En América Latina y el Caribe, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras y Perú registran las duraciones más largas (8 a 10 meses).

La lección fundamental que debe extraerse de esta síntesis de evidencia es no menospreciar la importancia de la planificación familiar postparto, sino poner énfasis en que las estrategias de planificación familiar posteriores al nacimiento del niño deben dar mayor atención a las conductas y creencias prevalecientes. En entornos en donde la protección por lactancia dura en promedio solamente de 3 a 4 meses, como en el caso de seis de los 16 países considerados en este documento, la adopción temprana del uso de anticonceptivos debe promoverse sin titubeo.

Sin embargo, algunos dilemas marcados sobre las estrategias óptimas postparto surgen en África subsahariana y, en menor medida, en países como la India, en donde la amenorrea de la lactancia se extiende típicamente a través de los primeros 12 meses después del nacimiento del niño. En tales entornos pueden identificarse tres opciones principales: promover la adopción temprana de ARLD o la esterilización; asesorar a las mujeres acerca del MELA e instar a la adopción del uso de anticonceptivos a los seis meses o antes; así como asesorar a las mujeres con exactitud sobre los riesgos asociados con la dependencia exclusiva de la amenorrea de la lactancia e informarles sobre otras opciones de anticoncepción, a la vez que se les deja decidir sobre el momento más adecuado para ellas de iniciar la anticoncepción. Las primeras dos opciones concuerdan con los protocolos establecidos para el postparto. La tercera opción, sin embargo, se aparta radicalmente de estos protocolos.

La primera opción enfrenta el problema de que el uso de ARLD y los métodos permanentes es poco usual en África y popularizar métodos con los que no están familiarizados es una tarea de grandes proporciones que requiere capacitación, logística y creación de demanda. Se necesita investigación para analizar si existe demanda para servicios de DIU, implante o esterilización inmediatamente o temprano en el postparto. La promoción del uso temprano de los métodos más ampliamente usados, los anticonceptivos inyectables y orales, es un desacertado consejo para la mayoría de las mujeres debido a las altas tasas de discontinuación y bajas tasas de cambio a un método alternativo. En los países africanos con datos relevantes disponibles, la duración mediana de uso de 10 a 11 meses para el inyectable y de 10 a 16 meses para la píldora, excepto en Zimbabue. Además, solo las minorías de mujeres africanas cambian a un método alternativo después de la discontinuación.³¹ La adopción de estos métodos durante, por ejemplo, el quinto mes postparto tendrá solamente un modesto efecto en posponer el siguiente embarazo debido a la alta probabilidad de que el método sea descontinuado antes o poco después de reanudar la ovulación.

La segunda opción parece problemática porque vemos

poca posibilidad de que el asesoramiento sobre el MELA sea efectivo para la mayoría de las mujeres, aunque pueden ser considerables los beneficios para la salud del niño. El amamantamiento exclusivo, sin suplementos líquidos o sólidos, es poco común después del primer par de meses en la mayoría de los países africanos.³²

Las tabulaciones en los informes de las EDS muestran que el suplemento temprano con alimentos semisólidos o sólidos es común y tal vez difícil de cambiar. Por ejemplo, en Nigeria, Ghana, Uganda y Kenia, el porcentaje de niños en edades de 4 a 5 meses que están siendo alimentados con tales suplementos varía de 19% a 38%. No obstante, el amamantamiento frecuente continúa siendo la norma. Más del 90% de las madres en la mayoría de los conjuntos de datos de EDS reportan estar amamantando a sus hijos menores de seis meses al menos seis veces al día.³² Como se mencionó anteriormente, las probabilidades de embarazo en mujeres que amamantan en los primeros seis meses postparto es muy baja y dedicar tiempo del personal a la compleja tarea de explicar el método de la amenorrea de lactancia (MAL) con el propósito de reducir aún más los riesgos de embarazo, parece una inversión inapropiada de tiempo del personal que es un recurso escaso.

La tercera opción es explicar a las mujeres los riesgos de depender de la amenorrea de lactancia y dejar en sus manos las decisiones. Tal estrategia posterior a la amenorrea estuvo alguna vez bajo seria consideración.³³ Sin embargo, nunca se menciona como opción en publicaciones y recomendaciones más recientes. El principio preventivo de promover los métodos altamente efectivos para la prevención del embarazo ha anulado la consideración de los méritos de algunas alternativas algo menos efectivas.

La evidencia revisada anteriormente sugiere que las mujeres sexualmente activas, amenorréicas y que están amamantando, tienen 3% de probabilidad de embarazarse en los primeros seis meses posteriores al parto y 6% de probabilidad en los primeros 12 meses. Las actitudes ante este nivel de riesgo dividen la opinión de los expertos. Kennedy y Visness concluyeron de su revisión que “parece razonable que una mujer dependa de la amenorrea de lactancia sin importar si está amamantando total o parcialmente”.¹⁸ En contraste, una revisión Cochrane de MAL encapsula el consenso prevaleciente que indica “no es aceptable esperar al final de la amenorrea antes de comenzar a usar anticoncepción.”³⁴

Ninguno de estos enunciados toma en cuenta los deseos de las mujeres o parejas. En nuestra opinión, una alta prioridad de investigación es determinar estos deseos. Queda como tema a debatir la capacidad de las mujeres para entender a plenitud las probabilidades de concebir implícitas en una estrategia posterior a la amenorrea y valorar su confianza en cuanto a que podrán obtener un método anticonceptivo tan pronto como su menstruación retorne. La investigación cualitativa es apropiada para investigaciones iniciales. Sin duda, las decisiones que tomen reflejarán las consecuencias percibidas del embarazo y quizás acceso al aborto médico o quirúrgico. Un principio im-

portante de los servicios de planificación familiar es tomar en cuenta los deseos y prioridades de las mujeres y parejas. Esperamos que esta mirada fresca a la anticoncepción postparto represente un pequeño paso hacia este objetivo.

REFERENCIAS

1. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A y Kafury-Goeta AC, Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(15):1809–1823.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) et al., *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2013*, Nueva York: UNICEF, 2013.
3. Lawn JE et al., Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival, *Lancet*, 2014, 384(9938):189–205.
4. Rutstein S, Further evidence of the effects of preceding intervals on neonatal, infant and under-five mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys, *DHS Working Papers*, Calverton, MD, EE.UU.: Macro Internacional, 2008, No. 41.
5. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A y Kafury-Goeta AC, Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 196(4):297–308.
6. Rutstein SO, Trends in birth spacing, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, EE.UU.: ICF Macro, 2011, No. 28.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Programming Strategies for Postpartum Family Planning*, Ginebra: OMS, 2013.
8. Population Services International (PSI), *Enabling the Healthy Spacing of Pregnancy: Programmatic Approaches to Expand Postpartum IUD Access*, Washington, DC: PSI, 2015.
9. Ross JA y Winfrey WL, Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20–27.
10. Bradley S et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EE.UU.: ICF International, 2012, No. 25.
11. Castadot R et al., The international postpartum family planning program: eight years of experience, *Reports on Population/Family Planning*, 1975, 18(1):1–53.
12. Borda M y Winfrey W, *Postpartum Fertility and Contraception: An Analysis of Findings from 17 Countries*, Baltimore, MD, EE.UU.: Jhpiego, 2010.
13. Bhatia S, Becker S y Kim YJ, The effect of oral contraceptive acceptance on fertility in the postpartum period, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1987, 25(Supl.):1–11.
14. Becker S y Ahmed S, Dynamics of contraceptive use and breastfeeding during the post-partum period in Peru and Indonesia, *Population Studies*, 2001, 55(2):165–179.
15. Ngianga-Bakwin K y Stones RW, Birth intervals and injectable contraception in sub-Saharan Africa, *Contraception*, 2005, 71(5):353–356.
16. Short RV et al., Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus, *Lancet*, 1991, 337(8743):715–717.
17. Gray RH et al., Risk of ovulation during lactation, *Lancet*, 1990, 335(8680):25–29.
18. Kennedy KI y Visness CM, Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea, *Lancet*, 1992, 339(8787):227–230.
19. Thapa S, Kumar S y Cushing J, Contraceptive use and needs among postpartum women in 25 developing countries: recent patterns and implications, in: *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, 1991*, Vol. 2, Columbia, MD, EE.UU.: Instituto para el Desarrollo de Recursos/Macro Internacional, 1991, pp. 1149–1154.

20. Gebreselassie T, Rutstein S y Mishra V, Contraceptive use, breastfeeding, amenorrhea and abstinence during the postpartum period: an analysis of four countries, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EE.UU.: Macro Internacional, 2008, No. 14.
21. Borda MR, Winfrey W y McKaig C, Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2010, 14(4 Spec no.):72-79.
22. Rai RK y Unisa S, Dynamics of contraceptive use in India: apprehension versus future intention among non-users and traditional method users, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2013, 4(2):65-72.
23. Population Council, Increasing postpartum contraception in rural Uttar Pradesh: implications for behavior change communication, *Policy Brief*, Nueva Delhi: Population Council, 2010, No. 7.
24. Haggerty P y Rutstein S, Breastfeeding and complementary infant feeding and the postpartum effects of breastfeeding, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, EE.UU.: Macro International Inc, 1999, No. 30.
25. Salway S y Nurani S, Postpartum contraceptive use in Bangladesh: understanding users' perspectives, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(1):41-57.
26. Salway S y Nurani S, Uptake of contraception during postpartum amenorrhoea: understandings and preferences of poor, urban women in Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 1998, 47(7):899-909.
27. FHI 360, *Postpartum Family Planning: New Research Findings and Program Implications*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: FHI 360, 2012.
28. Brunie A et al., Getting to 70%: barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2013, 123(Supl. 1):e11-e15.
29. Bulut A y Turan JM, Postpartum family planning and health needs of women of low income in Istanbul, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):88-100.
30. Rossier C y Hellen J, Traditional birthspacing practices and uptake of family planning during the postpartum period in Ouagadougou: qualitative results, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2014, 40(2):87-94.
31. Ali MM, Cleland J y Shah I, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence for 60 Demographic and Health Surveys*, Ginebra: OMS, 2012.
32. Makuria A, Kothari M y Abderrahim N, *Infant and Young Child Feeding Update*, Calverton, MD, EE.UU.: ORC/Macro, 2006.
33. Potter RG, Kobrin FE y Langsten RL, Evaluating acceptance strategies for timing of postpartum contraception, *Studies in Family Planning*, 1979, 10(5):151-160.
34. Van der Wijden C, Kleijnen J y Van den Berk T, Lactational amenorrhea for family planning, *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, 2003, Edición 4, No. CD001329.

Datos de contacto con el autor: John.Cleland@lshtm.ac.uk