PRB

Planificación familiar: Salvando las vidas de madres y niños

Tercera edición

por
BARBARA SHANE

Índice

Panorama general	*1*
Supervivencia infantil	*2*
Supervivencia materna	*6*
Salud materno-infantil: *La interacción*	*15*
Enfoque especial: Los adolescentes y la salud reproductiva	*16*
La inversión en la salud de madres y niños	*19*
Acciones	*22*
Referencias	*24*

Ediciones anteriores de *Planificación Familiar: Salvando las vidas de madres y niños*

La primera edición de *Planificación Familiar: Salvando las vidas de madres y niños*, publicada en 1986, presentó a políticos, planeadores de programas y periodistas información de alto valor sobre cuáles son los beneficios de la planificación familiar para la salud. Como respuesta a la gran demanda tanto de la primera como de la segunda edición (publicada en 1991), el PRB se honra en presentar la tercera edición de *Planificación Familiar: Salvando las vidas de madres y niños*. Mientras que el mensaje principal no ha cambiado, esta nueva edición ofrece datos de los más recientes estudios relizados sobre la salud materno-infantil en países en desarrollo. También incluye nueva información en cuanto a la relación entre la planificación familiar y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la salud reproductiva, los adolescentes y el aborto.

DICIEMBRE 1996

PORTADA:
BRASIL; M. EDWARDS/STILL PICTURES

Panorama general

Cada año se producen más de 585.000 muertes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, con lo que por lo menos una mujer muere cada minuto. Además, más de 31.000 niños menores de cinco años mueren cada día en los países en desarrollo.

Muchas de estas muertes pueden evitarse si las mujeres tienen a sus hijos en el momento más saludable para ambos, lo que se consigue mediante la planificación familiar, que permite a la pareja decidir cuántos hijos desea tener y el momento más oportuno de hacerlo. La planificación cuidadosa salva vidas.

- La planificación familiar puede prevenir por lo menos un 25 por ciento de las muertes maternas al permitir a las mujeres posponer el inicio de la maternidad; al evitar los embarazos no planeados y los abortos arriesgados; al protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); y al dejar de tener familia cuando haya dado a luz al número de hijos deseado.
- Al poner un espacio de por lo menos dos años entre un parto y otro, la planificación familiar puede evitar un promedio de una de cada cuatro muertes infantiles en los países en desarrollo. Una separación adecuada entre un hijo y otro también puede mejorar las posibilidades de supervivencia del hijo anterior.
- La planificación familiar puede mejorar considerablemente la salud y las posibilidades de supervivencia de las niñas adolescentes al permitirles posponer su maternidad hasta el momento que mejor convenga para su salud y la de sus futuros hijos.

Existen métodos de planificación inocuos y efectivos para todas las mujeres, que pueden proteger su salud y la de sus niños.

Cada año se salvan millones de vidas gracias a que más de la mitad de las parejas en el mundo en desarrollo usan la planificación familiar para espaciar el nacimiento de sus hijos y para tener los hijos que desean.

GHANA; M. EDWARDS/STILL PICTURES

Sin embargo, la necesidad de utilizar métodos de planificación familiar (con la posibilidad de salvar incluso más vidas) es cada vez mayor. Se estima que 150 millones de mujeres en los países en desarrollo desean posponer sus embarazos o dejar de tener hijos, pero siguen sin utilizar métodos de planificación familiar.

Simplemente con satisfacer la demanda actual de planificación familiar se podría reducir el número de muertes y lesiones maternas hasta en un 20 por ciento.

La planificación familiar, que implica un gasto medio per cápita inferior a $2 EE. UU., representa un medio inocuo, asequible y efectivo de poner paro a la lamentable e innecesaria muerte de madres y niños. Los gobiernos del mundo entero están decididos a mejorar los niveles de supervivencia de las mujeres y de sus hijos. El próximo paso es poner en marcha los objetivos que existen y ofrecer a todas las parejas la posibilidad de planificar sus respectivas familias y de tener hijos saludables.

Supervivencia infantil

Causas de mortalidad en la infancia y la niñez

Desde 1960 se han venido reduciendo considerablemente las muertes de niños y lactantes en todas las regiones del mundo *(ver la Tabla 1)*. Las mejoras en los servicios básicos y en el uso de tecnologías de prevención y curación de bajo costo permiten salvar las vidas de millones de niños anualmente. Sin embargo, a pesar de los avances logrados en materia de supervivencia infantil, se estima que 31.000 niños menores de cinco años continúan muriendo a diario, lo que supone una tasa de mortalidad de 11 millones por año[1]. Las principales causas de mortalidad infantil en los países en desarrollo son las infecciones respiratorias, la diarrea, la malaria y el sarampión, aunque éstas raramente son enfermedades mortales para los niños en los países más desarrollados.

Es posible salvar las vidas de millones de niños cada año, simplemente dejando pasar por lo menos dos años entre nacimiento y nacimiento.

Los niños normalmente no mueren de una sola enfermedad, sino que sufren los efectos de una serie de factores relacionados que les hacen pasar rápidamente de la enfermedad a la muerte. La desnutrición es uno de los principales problemas que contribuyen a la mortalidad infantil. Se estima que la mitad de las muertes infantiles están relacionadas con la desnutrición[2]. Muchas de dichas muertes pueden evitarse mediante la inmunización, la alimentación adecuada, el agua potable y los alcantarillados, y la planificación familiar.

Papel de la planificación familiar en la supervivencia infantil

La planificación familiar es un elemento esencial de los esfuerzos por promover la supervivencia infantil. Es posible salvar la vida de millones de niños cada año simplemente dejando pasar por lo menos dos años entre parto y parto, ofreciendo a las mujeres la posibilidad de tener el número de hijos que deseen y restringiendo sus embarazos al período más saludable de su edad fértil.

Los niños que se llevan menos de dos años con su hermano o hermana anterior tienen el doble de probabilidades de morir durante su primer año de vida que los que nacen después de un intervalo de por lo menos dos años *(ver la Gráfica 1)*. En los países en desarrollo, los embarazos con poco tiempo entre sí corren mayor riesgo de dar lugar a niños de bajo peso al nacer, que son más propensos a contraer infecciones y por lo tanto tienen menos posibilidades de sobrevivir[3]. Incluso si sobreviven el primer año

TABLA 1

Tasas de mortalidad infantil

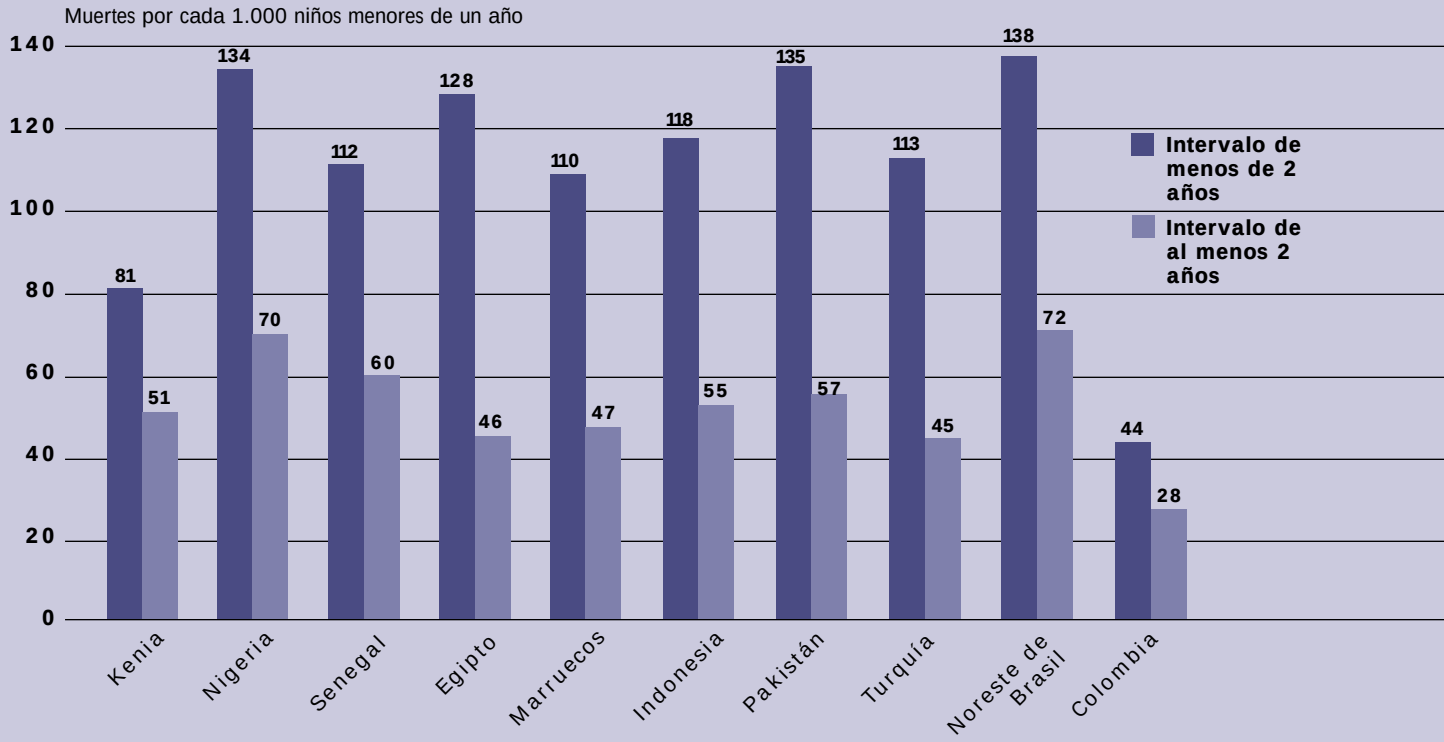
(Número de muertes de niños menores de un año por cada 1.000 niños nacidos vivos en un año)

	1960	1994
Países más desarrollados	31	7
Países en desarrollo	138	68
África subsahariana	153	107
Oriente Medio / Norte de África	156	48
Asia del Sur	146	84
Este Asiático / Pacífico	133	42
América Latina / Caribe	106	38
América del Norte	26	8

FUENTE: UNICEF, *The State of the World's Children, 1996* (Oxford y Nueva York: Oxford University Press, 1996).

GRÁFICA 1

Mortalidad infantil según el intervalo entre los nacimientos



Como promedio, los niños que nacen muy seguidos tienen el doble de posibilidades de morir que los que se llevan dos o más años con su hermano anterior.

FUENTE: Análisis inédito de las Encuestas demográficas y de salud, 1990-1995 (Calverton, MD: Macro International, 1996).

de vida, dichos niños tienen casi 1,5 más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los niños que nacen por lo menos con dos años de separación de sus hermanos.

Los nacimientos muy seguidos también ponen en peligro al hermano anterior. Si la madre de un lactante vuelve a quedar embarazada demasiado pronto, es posible que deje de amamantar al niño, lo que le pone en mayor riesgo de enfermedad y muerte *(ver el Cuadro 1 en la página siguiente)*. Las enfermedades se contagian más fácilmente en los hogares con muchos niños

CUADRO 1

La lactancia materna salva vidas

Se calcula que la lactancia materna salva la vida de seis millones de niños cada año[1]. Los niños que son amamantados por sus madres durante por lo menos los seis primeros meses de vida tienen muchas menos posibilidades de enfermarse o morir debido a la diarrea o a infecciones respiratorias agudas. Si se logra que más mujeres alimenten exclusivamente a sus hijos con leche materna durante los primeros seis meses de vida, y que la lactancia materna no exclusiva dure por lo menos un año, podrán salvarse entre 1 y 2 millones más de vidas al año[2]. Además de prevenir enfermedades, la leche materna es el alimento ideal para los niños durante los primeros seis meses de vida.

La lactancia también sirve para mejorar la salud de la mujer. Existen estudios que indican que la lactancia materna puede reducir el riesgo de hemorragias en la madre después del parto y posiblemente el riesgo de padecer cáncer uterino y de pecho[3]. Asimismo amamantar a los hijos puede ayudar a la mujer a retrasar el próximo embarazo. La lactancia exclusiva está relacionada con la amenorrea lactacional, que es la supresión natural de la menstruación (y por ende de la fecundidad) de la mujer después del parto.

Las madres pueden evitar volver a quedar embarazadas si siguen el Método de Amenorrea Lactacional (LAM) o algún tipo de planificación familiar. Dicho método se basa en las tres condiciones siguientes para ser efectivo: (1) tiene que emperzarse antes de que la mujer comience a menstruar de nuevo; (2) la mujer tiene que alimentar a su hijo con leche materna exclusivamente o la gran mayoría de las veces; y (3) no deben de haber pasado más de 6 meses desde el parto[4].

La promoción de la lactancia materna es una de las intervenciones más efectivas en función del costo para mejorar la salud en la infancia y la niñez[5]. La leche materna es el mejor alimento infantil y el más económico. La lactancia materna reduce el gasto en materia de salud porque sirve para prevenir la enfermedad y la muerte durante la infancia, y ayuda a la mujer a dejar más espacio entre un embarazo y otro.

REFERENCIAS:

1. Sandra Huffman et al., *Breastfeeding Saves Lives: An Estimate of the Impact of Breastfeeding on Infant Mortality in Developing Countries* (Bethesda, MD: NURTURE/ Center to Prevent Childhood Malnutrition, June 12, 1991): 6.

2. Ibid.

3. Miriam Labbok et al., *Breastfeeding: Protecting a Natural Resource* (Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1995): 8.

4. Miriam Labbok, K. Cooney, y S. Coly, *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method - LAM* (Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1994).

5. Wellstart International, *Breastfeeding Promotion: A Cost-Effective Intervention* (Washington, DC: Expanded Promotion of Breastfeeding Program, 1996).

pequeños. Las deficiencias sanitarias, la falta de agua potable y el hacinamiento ponen en peligro la salud familiar. También es posible que los niños que nacen muy seguidos tengan que disputarse los escasos recursos del hogar, incluyendo los alimentos, la ropa y el espacio para vivir.

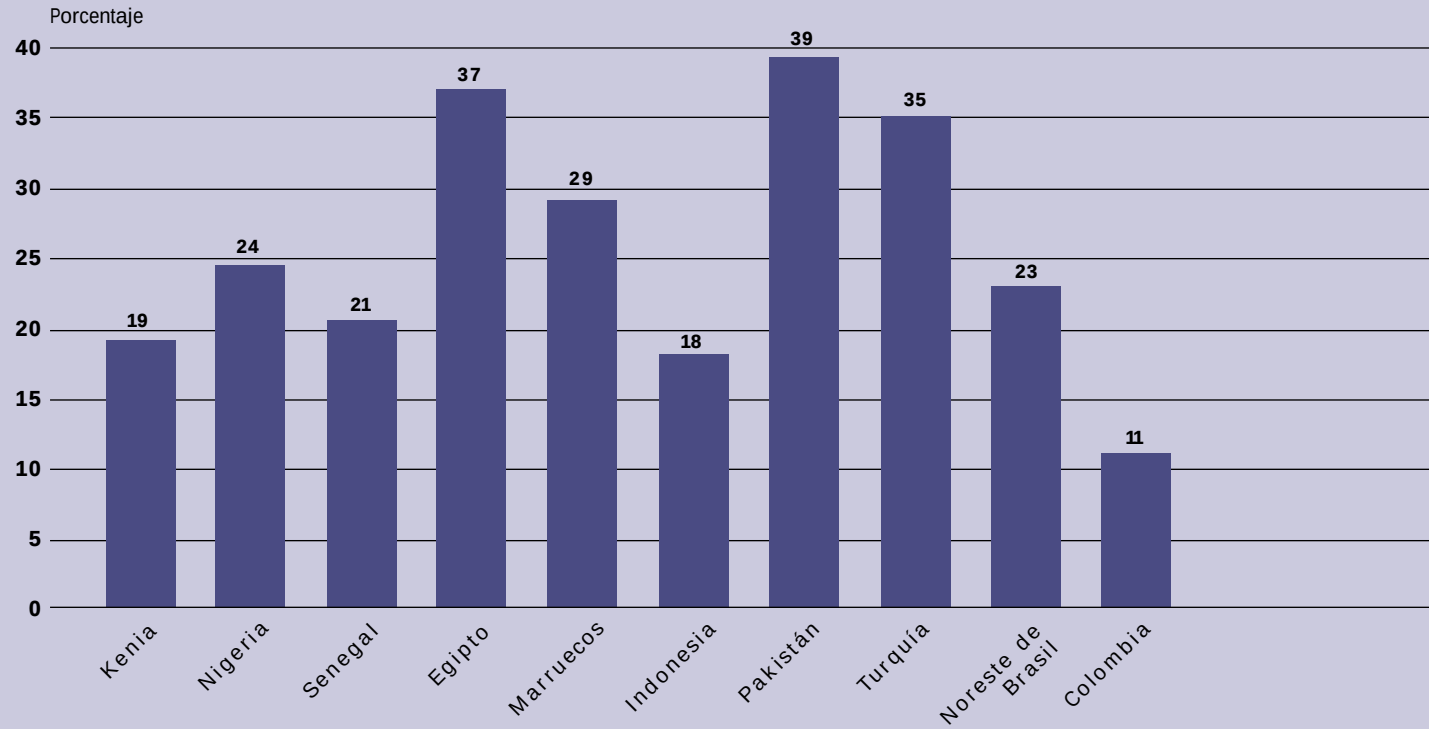
La proporción total de nacimientos con poco intervalo entre uno y otro sigue siendo alta en muchos países, aunque se ha venido reduciendo desde la década de 1970[4]. La mayor separación entre los hijos ha dado resultados notorios, en términos de supervivencia infantil, en los países donde una gran parte de los nacimientos son muy seguidos y existen altas tasas de mortalidad. Al analizar datos procedentes de 25 países en desarrollo se ha visto que por lo general la mortalidad infantil puede reducirse en una cuarta parte si todos los nacimientos tienen lugar con una separación de por lo menos dos años respecto al nacimiento anterior *(ver la Gráfica 2)*.

El riesgo de muertes infantiles también depende de la edad de la madre. Los niños de madres menores de 20 años tienen más probabilidades de morir antes de cumplir su primer año (1,5 probabilidades más en un gran número de países), que aquellos cuyas madres tienen entre 20 y 29 años[5]. Los niños de madres jóvenes con mayor frecuencia son prematuros, tienen bajo peso al nacer y sufren complicaciones a la hora del parto[6]. Por otra parte es más probable que las madres jóvenes no tengan los recursos económicos y sociales necesarios para preservar su salud y la de sus hijos *(ver páginas 16 a 18)*.

También existen mayores probabilidades de muerte en el caso de los niños que nacen cuando la madre tiene más de 40 años, y de los niños

GRÁFICA 2

Reducción en la mortalidad infantil si los nacimientos tuvieran lugar con al menos dos años de separación entre uno y otro



Al dejar pasar por lo menos dos años entre un nacimiento y otro se puede evitar un promedio de una de cada cuatro muertes infantiles.

FUENTE: Análisis inédito de las Encuestas demográficas y de salud, 1990-1995 (Calverton, MD: Macro International, 1996).

que ocupan el cuarto lugar o un lugar posterior[7]. Es más probable que las madres de mayor edad den a luz a niños con defectos congénitos, los cuales corren mayor riesgo de morir en la infancia. Además, el hecho de que las madres mayores han tenido más embarazos y partos conlleva más riesgos tanto para la madre como para su hijo.

De hecho las madres de mayor edad con muchos hijos tienden a ser las mismas mujeres que empezaron a tener hijos desde muy jóvenes y los han tenido muy seguidos.

Supervivencia materna

La planificación familiar también ayuda a salvar las vidas de mujeres. La mayoría de las mujeres desean quedar embarazadas y tener hijos, pero los riesgos de enfermedad y muerte asociados con ambos sucesos son muy altos en algunas partes del mundo. En los países en desarrollo la mortalidad materna es la principal causa de muerte para las mujeres en edad fértil. En ciertas partes del África subsahariana tienen lugar más de 1.500 muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos; en los Estados Unidos la proporción es de 12 muertes por cada 100.000 niños nacidos vivos[8].

PERÚ; D. JOHNSON

Causas de mortalidad materna

Se estima que 585.000 mujeres mueren anualmente por complicaciones debidas al embarazo y al parto, y que el 99 por ciento de dichas mujeres vive en los países en desarrollo *(ver el Cuadro 2)*[9]. Las mujeres en dichos países sufren mayor riesgo durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto, debido a que con mayor frecuencia dan a luz sin la ayuda de personal capacitado y no tienen suficiente acceso a la atención médica adecuada en el caso de que existan complicaciones. Dichas mujeres también tienden a quedar embarazadas con más frecuencia que las mujeres de los países más desarrollados y, por tanto, vuelven a estar expuestas a los mismos riesgos una y otra vez.

Los riesgos asociados con el embarazo y el parto se deben, no solamente a la calidad, a la disponibilidad y al uso de atención prenatal y posterior al parto, sino que también están relacionados con la salud de la mujer y su estado nutritivo, así como con el número de embarazos que haya tenido. El embarazo, el parto y la lactancia materna producen un gran desgaste físico. Las mujeres que se encuentran desnutridas y en malas condiciones físicas antes de quedar embarazadas continuarán en dicho estado después de nacer el niño. Las mujeres que tienen grandes deficiencias nutritivas y vuelven a quedar embarazadas poco después del parto, corren un gran riesgo de enfermarse y morir como consecuencia.

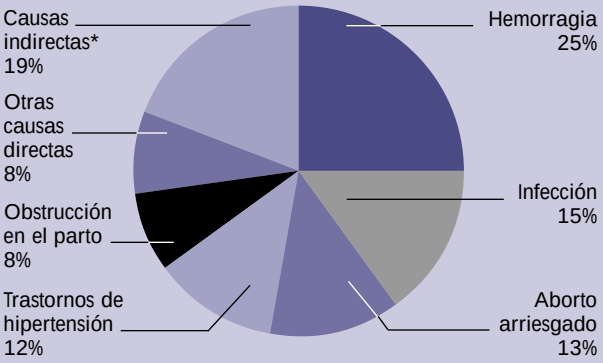
Desde el comienzo de la «Iniciativa para la maternidad sin riesgos» en 1987, muchas organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales han colaborado para reducir el número de enfermedades y de muertes por estas causas. Aunque se ha logrado una pequeña reducción en el riesgo de muerte a nivel mundial, el total de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo o el parto ha ido en realidad en aumento debido al mayor número de nacimientos. Por otra parte, los nuevos métodos para calcular el número de muertes relacionadas con estos procesos han llevado a descubrir que en muchos países la situación es peor de lo que se suponía[10].

CUADRO 2

Mortalidad materna

El embarazo puede ser arriesgado para las mujeres en los países en desarrollo. Una de cada 48 mujeres en dichos países corren el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con la gestación y el parto, mientras que dicho riesgo en los países más desarrollados es considerablemente inferior: 1 de cada 1.800 mujeres[1].

Causas de muerte materna en los países en desarrollo[2]



*De trastornos previos, como la malaria, la anemia, los problemas del corazón, la hipertensión, la diabetes, la tuberculosis y la hepatitis, que se agravaron durante el embarazo.

Algunas de las complicaciones del parto, como la hemorragia, pueden causar la muerte en cuestión de horas. Cuando la causa es una infección u obstrucción en el parto, la muerte puede ocurrir después de días de sufrimiento.

Aparte del riesgo de muerte que el embarazo y el parto suponen, la mujer también puede sufrir complicaciones serias. Por cada mujer que muere de causas relacionadas con la maternidad, hasta 100 mujeres pueden padecer enfermedades que las incapaciten permanentemente[3].

Hemorragia

Una de las principales causas de muertes maternas (146.000 por año) es el flujo de sangre rápido y cuantioso que puede producirse después del parto o cuando se realiza un aborto arriesgado. Si no se interviene rápidamente para cortar la hemorragia, o en algunos casos, realizar una transfusión de sangre es muy probable que la mujer muera.

Infección

Se estima que 87,000 mujeres mueren cada año por infecciones extremas relacionadas con la maternidad, muchas de las cuales pueden evitarse mediante el uso apropiado de antibióticos y si el parto se realiza en condiciones estériles.

Abortos arriesgados

Un mínimo de 76.000 mujeres mueren cada año debido a abortos realizados inadecuadamente. Debido a que muchos abortos son ilegales es difícil calcular con exactitud el número de mujeres que hacen uso de los mismos para poner fin a un embarazo no planeado. Cuando el aborto se realiza en condiciones arriesgadas, frecuentemente da lugar a hemorragias e infecciones.

Trastornos de hipertensión

La hipertensión debida al embarazo y a la preeclampsia se caracterizan por los siguientes síntomas: presión arterial alta, albuminuria y edema en los brazos, piernas y cara. Si dichos síntomas no son descubiertos durante las visitas prenatales de rutina y no se tratan con reposo y con los medicamentos apropiados, pueden dar lugar a trastornos de hipertensión e incluso a la muerte (70.000 por año).

Obstrucción en el parto

Cuando la pelvis es pequeña o existen lesiones en el canal del parto por causa de trauma o enfermedad, y cuando el feto es muy grande o no está colocado en posición normal, la mujer corre mayor riesgo de experimentar obstrucciones en el parto, y en muchos casos muere si no puede hacérsele una cesárea. El índice de mortalidad por esta causa es de 47,000 muertes al año.

REFERENCIAS:

1. OMS y UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, abril de 1996).

2. Anne Tinker y Marge Koblinsky, «Making Motherhood Safe», *World Bank Discussion Paper* no. 202 (Washington, DC: Banco Mundial, 1993): 3.

3. Ibid.

CUADRO 3

Salud reproductiva

La salud reproductiva supone un estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad...[Incluye] el derecho del hombre y de la mujer a estar bien informados y tener acceso a los métodos inocuos, efectivos, asequibles y aceptables de planificación familiar que deseen seguir...y...a disponer de los servicios de salud que permitan a la mujer completar el embarazo y el parto sin riesgo y con las mayores posibilidades de tener un hijo saludable.

Párrafo 7.2, PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Esta definición, aceptada por los gobiernos participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD), representa un cambio en la actitud mundial sobre la salud de la mujer y la planificación familiar. La Conferencia puso un renovado énfasis en la necesidad de garantizar la salud reproductiva de hombres y mujeres de manera integral. Habrá que diseñar programas que satisfagan las necesidades reproductivas de la mujer (incluyendo a las jóvenes adolescentes), al tiempo que se educa al hombre y se permite su participación más a fondo en la planificación familiar y en la crianza de los hijos, y se le hace aceptar una responsabilidad considerable en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual[1].

La atención a la salud reproductiva, según la define el Programa de acción de la CIPD (par. 7.6), incluye lo siguiente[2]:

- Buena asesoría, información, educación, comunicación y servicios de planificación familiar;
- Educación y servicios de prevención del riesgo prenatal, durante el parto y después del parto (incluyendo los relativos a la lactancia materna);
- Prevención y tratamiento de abortos arriesgados, y la realización de abortos sólo donde sea legal;
- Prevención de la infertilidad y tratamiento adecuado;
- Tratamiento de las infecciones del sistema reproductivo y las de transmisión sexual;
- Información, educación y asesoría sobre temas de salud en las áreas de sexualidad, reproducción y paternidad responsable;
- Desaliento de prácticas dañinas, como la circuncisión femenina o la mutilación de los genitales de la mujer; y
- Referencias sobre servicios de planificación familiar, diagnóstico avanzado y tratamiento en casos de complicaciones durante el embarazo, el parto, o como causa de un aborto; así como servicios para el tratamiento de la esterilidad, las infecciones del tracto reproductivo, cáncer de pecho y del sistema reproductivo, y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida.

No todos los programas tienen capacidad para ofrecer la gama total de servicios de salud reproductiva, pero los gobiernos pueden trabajar conjuntamente con las organizaciones no gubernamentales y las empresas privadas para que el público acceda a dichos servicios por una variedad de medios.

REFERENCIAS:

1. ONU, *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo*, 5-13 de septiembre de 1994 (Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994):13-14.
2. Ibid.

Papel de la planificación familiar en la reducción de riesgos en el área de salud reproductiva

Los avances en tecnología médica en los últimos 35 años han permitido que todas las mujeres puedan planear sus embarazos. La planificación familiar generalmente se refiere a la utilización de métodos para retrasar o impedir el embarazo, pero también incluye el esfuerzo realizado por las parejas para lograr que la mujer quede embarazada. Los métodos de planificación familiar incluyen los anticonceptivos orales (la «píldora»), los inyectables, los implantes subcutáneos, los dispositivos intrauterinos (DIU), la esterilización femenina y masculina, los métodos de barrera (como el condón, el diafragma y los espermicidas) y los métodos naturales de planificación familiar, como son el Método de amenorrea lactacional *(ver el Cuadro 1 en la página 4)*.

No hay ningún método de planificación familiar que pueda decirse que es «el mejor». La mayoría de los métodos tienen un bajo índice de fallo, si se utilizan en forma correcta y sistemática, y son totalmente inocuos para la mayoría de los usuarios. Sin embargo, los métodos de planificación familiar varían en su efectividad, comodidad de uso, costo, efectos secundarios, riesgos y beneficios, dependiendo de la mujer en particular que los use. Las personas que utilizan dichos métodos son quienes pueden evaluar mejor que nadie la relativa importancia de cada uno de estos factores, con base a sus objetivos en materia reproductiva, su estado de salud, la relación con su pareja y las condiciones en que viven.

La planificación familiar puede impedir por lo menos el 25 por ciento de las muertes relacionadas con la maternidad[11], y ésta y otros servicios de salud reproductiva permiten a la mujer

TÚNEZ; C. CARNEMARK/BANCO MUNDIAL

reducir al mínimo los riesgos relacionados con la maternidad y mantenerse lo más sana posible *(ver el Cuadro 3)*. Finalmente, la planificación familiar ayuda a prevenir la propagación de las

TABLA 2

Comparación entre el peligro de muerte por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y como consecuencia del uso de métodos de planificación familiar

Peligro de muerte por causas relacionadas con el embarazo y el parto[1]

Región	Riesgo de muerte durante la vida de la mujer
Mundo	1 en 60 casos
Países más desarrollados	1 en 1.800 casos
Países en desarrollo	1 en 48 casos
África	1 en 16 casos
Asia	1 en 65 casos
Europa	1 en 1.400 casos
América Latina/Caribe	1 en 130 casos
América del Norte	1 en 3.700 casos
Oceanía	1 en 26 casos

Peligro de muerte por uso de métodos de planificación familiar[2]

(Entre usuarios del método entre 15 y 44 años de edad)

Método	Riesgo de muerte en un año
Anticonceptivos orales-entre no fumadoras	1 en 63.000 casos
Anticonceptivos orales-entre fumadoras	1 en 16.000 casos
DIU	1 en 100.000 casos
Métodos hormonales de efecto prolongado	1 en 125.000 casos
Diafragma, condón, espermicida, esponja	0
Métodos naturales	0
Esterilización femenina	1 en 67.000 casos
Esterilización masculina - vasectomía	1 en 300,000 casos

Las muertes que se indican se refieren exclusivamente al uso del método de planificación familiar, ya que existen otros riesgos de muerte por embarazo y parto cuando el método falla.

Esta información está basada en el uso de los métodos de planificación familiar en los Estados Unidos. No se dispone de fuentes de información confiables sobre los riesgos de los diferentes métodos en los países en desarrollo. Los resultados obtenidos de un estudio de alcance limitado en Indonesia y Egipto coinciden con los presentados en la tabla anterior[3].

REFERENCIAS:

1. OMS y UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, abril de 1996): 3, 6

2. Robert Hatcher et al., *Contraceptive Technology*, 16ava. edición (Nueva York: Irvington Publishers, 1994): 125; y Susan Harlap et al., *Preventing Pregnancy, Protecting Health: A New Look at Birth Control Choices in the United States* (Nueva York y Washington, DC: The Alan Guttmacher Institute, 1991): 98-99.

3. J. Fortney et al.,«Reproductive Mortality in Two Developing Countries», *American Journal of Public Health* 76 (1986): 134-38, citado por Deborah Maine et al., «Risks and Rights: The Uses of Reproductive Health Data», *Reproductive Health Matters* 6 (noviembre de 1995): 46.

enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida, y también sirve para evitar los abortos ya que reduce el número de embarazos no planeados.

Embarazo y parto

Las investigaciones realizadas indican que el peligro de muerte por utilizar los métodos modernos de planificación familiar es muy inferior a los riesgos relacionados con el embarazo y el parto, especialmente en los países en desarrollo, donde las mujeres tienen menor acceso a cuidados obstétricos *(ver la Tabla 2)*.

Además de evitar embarazos, algunos métodos de planificación familiar ofrecen otros beneficios de salud. Por ejemplo, los anticonceptivos orales pueden proteger a la mujer contra el riesgo de inflamaciones pélvicas y el cáncer ovárico y endometrial, así como enfermedades benignas de las mamas. Cuando se usan correctamente y de forma sistemática, los condones pueden ayudar a prevenir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida.

Los estudios realizados durante décadas sobre los métodos de planificación familiar indican que, aunque no todos los métodos son apropiados en todos los casos, existe un método inocuo y efectivo para cada mujer. Los métodos de planificación familiar pueden mejorar la salud reproductiva de la mujer, al proporcionarle la oportunidad de tomar una decisión libre y fundada sobre el método de planificación familiar que considere más apropiado para su situación particular.

Abortos arriesgados

Muchas mujeres tratan de abortar para poner fin a un embarazo no deseado, resultando en al menos 50 millones de abortos provocados cada año[12]. Este procedimiento no presenta riesgos si lo realiza personal de salud capacitado bajo condiciones estériles; lamentablemente cada año tienen lugar 20 millones de abortos en condiciones arriesgadas* en partes del mundo donde el acceso al procedimiento clínico estéril y bien realizado es limitado. La mayor parte de los abortos arriesgados tienen lugar en los países en desarrollo. Las leyes que restringen el aborto no necesariamente evitan el acceso a este servicio, pero sí dan lugar a un mayor número de muertes y problemas de salud porque se realiza en forma ilegal y en condiciones peligrosas[13]. La posibilidad de morir como consecuencia de un aborto arriesgado es entre 100 y 500 veces mayor que si el aborto se realiza en las condiciones apropiadas. Al menos 76.000 mujeres mueren cada año como consecuencia de abortos arriesgados *(ver el Cuadro 2, página 7)*, y miles más sufren complicaciones serias que pueden ocasionar dolores crónicos e infertilidad.

INDIA; D. JACOBSON

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación familiar...e...instamos a todos... a ampliar y mejorar los servicios de planificación familiar para reducir el uso que se hace del aborto. La prevención de embarazos no deseados tiene que ser la prioridad principal y se deberá hacer todo lo posible para eliminar la necesidad de abortar.

Párrafo 8.25, PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPD

Aparte del alto costo en pérdida de vidas y daños a la salud, los abortos en condiciones arriesgadas representan una gran carga económica. Un alto porcentaje de los escasos recursos de los hospitales de los países en desarrollo se gasta en pacientes internadas que reciben tratamiento por complicaciones relacionadas con el aborto. Un estudio en Nigeria indicó que un 60 por

* «El aborto arriesgado se define como el procedimiento de poner fin a un embarazo no deseado, realizado en condiciones que no cumplen con los mínimos requisitos médicos, o por personas no capacitadas para ello». Notas de la pág. 118 del Programa de acción de la CIPD.

TABLA 3

Prevalencia mundial de la infección por el VIH

Región	Índice de infección en adultos*, mediados de 1996	Porcentaje de mujeres entre el total de los infectados
África Sub-Sahariana	5.000	52 - 55
Caribe	1.400	40
Sur y Sudeste de Asia	500	25 - 33
América Latina	500	18
Norte América	500	14 - 17
Europa Occidental	200	14 - 17
Norte de África y Oriente Medio	120	20
Europa Oriental y Asia Central	15	14 - 17
Asia Oriental y el Pacífico (incluye China)	4	14 - 17

**Número de infectados por cada 100.000 entre 15 y 49 años de edad*

FUENTES: NUSIDA y OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1 de julio de 1996), se puede obtener a través de Internet: http://gpawww.who.ch/.
ONU, *The World's Women 1995, Trends and Statistics* (Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 1995): 74.

ciento de los ingresos en las secciones de ginecología se debía a tratamiento por complicaciones relacionadas con abortos[14]. En el Hospital Nacional Keniatta, en Nairobi, Kenia, se examinan un promedio de 40 casos de abortos todos los días[15].

La planificación familiar ayuda a evitar el aborto porque reduce el número de embarazos no deseados. Un estudio realizado en los Estados Unidos concluyó que por cada incremento de un dólar per cápita en el financiamiento público de servicios de planificación familiar se lograba evitar un aborto por cada 1.000 mujeres[16]. Otros estudios también indican que se reduce el número de abortos a medida que, con el paso del tiempo, el uso efectivo de los métodos de planificación familiar aumenta. En 1960 en Chile, menos de un 3 por ciento de las mujeres casadas estaba utilizando métodos de planificación familiar y el índice de abortos era de 77 por cada 1.000 mujeres casadas en edad fértil. En 1990, el 56 por ciento de las mujeres casadas usaban métodos de planificación familiar y el número de abortos provocados se había reducido a 45 por 1.000[17].

Las mujeres que tienen abortos presentan un alto riesgo de volver a quedar embarazadas sin planearlo. Los estudios realizados indican que la mayor parte de las mujeres que tuvieron abortos, especialmente las mujeres jóvenes, no estaban usando ningún método de planificación familiar, o bien usaban un método que no era lo suficientemente efectivo, o no lo usaban de forma correcta cuando quedaron embarazadas. Sin embargo dichas mujeres se mostraron interesadas en usar servicios de planificación familiar más efectivos cuando éstos les fueron ofrecidos después de un aborto[18]. Los servicios de planificación familiar después del aborto pueden ayudar a impedir que muchas mujeres mueran innecesariamente al romper el ciclo de embarazos no planeados, seguidos de abortos provocados en condiciones de alto riesgo. Sin embargo, debido a que no existe ningún método de planificación familiar que sea el cien por cien efectivo, siempre existirán embarazos no planeados y habrá demanda de procedimientos clínicos de aborto en condiciones médicas apropiadas.

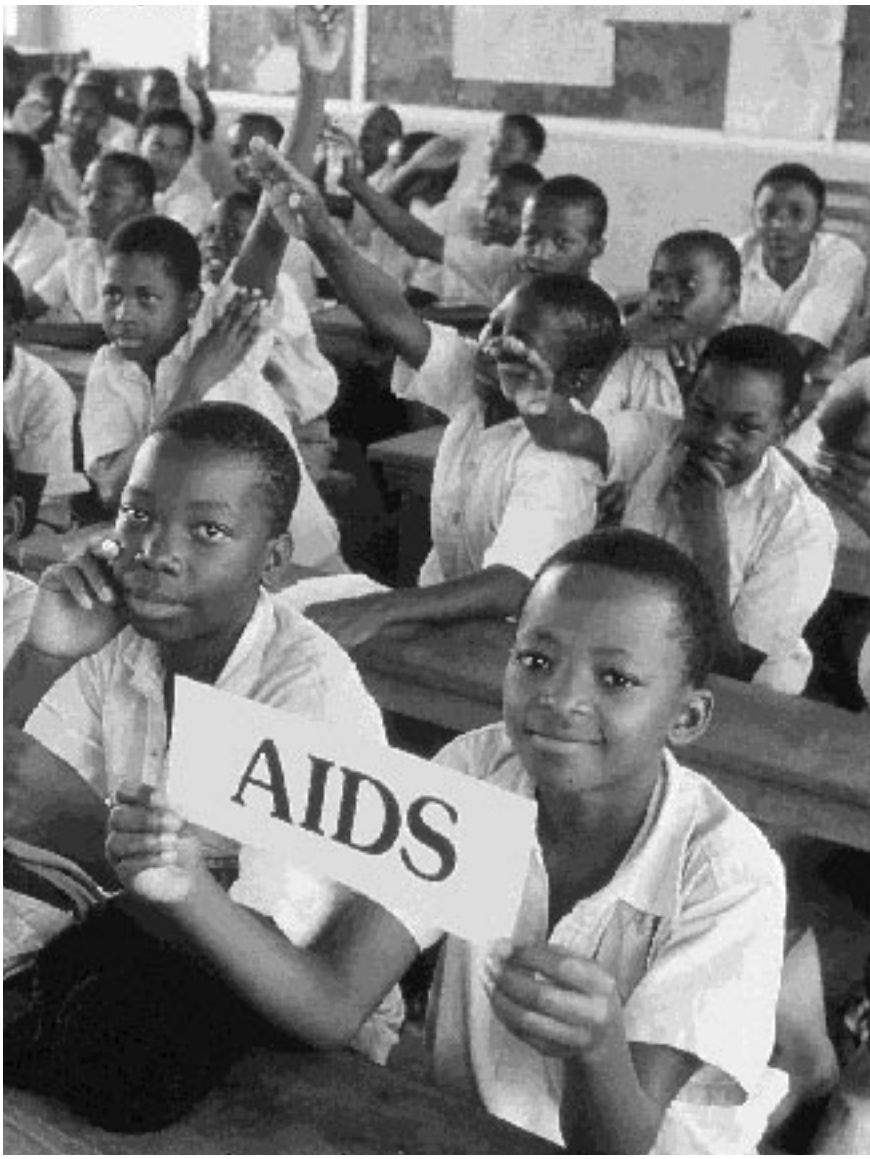
Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida

La planificación familiar promueve la salud reproductiva al reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida. Desde el inicio de la pandemia a finales de la década de 1970, se estima que el sida ha causado la muerte de 5,8 millones de personas. En 1996, aproximadamente 21,8 millones de personas tenían sida o estaban infectadas por el VIH *(ver la Tabla 3)*. En la actualidad más de 7.500 adultos y 1.000 niños son infectados cada día por el VIH[19].

Cuatro de cada diez personas que viven infectadas con el VIH/sida son mujeres (aproximadamente 8,8 millones) y esta proporción va en aumento. Biológicamente las mujeres son más propensas a contraer la infección del VIH, debido a que la transmisión por vía sexual del hombre a la mujer es más efectiva que de la mujer al hombre; y las mujeres que padecen de enfermedades de transmisión sexual tienen todavía mayores posibilidades de contraer el VIH.

En 1996, 830.000 niños tenían el VIH/sida. La transmisión del VIH de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia representa más de un 90 por ciento de todas las infecciones en los niños. Aproximadamente una tercera parte de todos los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH contraen la infección[20].

Se estima que el total acumulativo de hombres, mujeres y niños infectados por el VIH ascenderá a entre 30 y 40 millones en el año 2000, y más de un 90 por ciento de los casos tendrán lugar en los países en desarrollo. La OMS calcula que más de 5 millones de niños menores de 10 años quedarán huérfanos a finales de esta década debido a la muerte de sus respectivas madres relacionada con el VIH y el sida[21]. De momento no existe una forma de curar el sida, y



UGANDA; J. SCHYTTE/STILL PICTURES

los estudios realizados indican que la mayoría de los adultos infectados con el VIH tendrán el sida a los 12 ó 13 años después de haber sido infectados. El período de supervivencia para las personas con sida oscila entre menos de un año en la mayoría de los países en desarrollo y tres años en países más desarrollados cuyos pacientes reciben tratamiento intensivo[22].

La planificación familiar es importante para las mujeres y los hombres con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida, que no desean infectar a sus parejas. Aparte de la abstinencia sexual, los métodos de barrera son los que ofrecen mayor protección contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. Si se usan de forma adecuada, los condones de látex son el medio más efectivo de prevenir la transmisión del VIH, aunque son menos efectivos que otros métodos para evitar el embarazo. Gracias al extenso número de campañas de educación sobre el sida, muchas personas saben cómo prevenir la enfermedad, y el uso de condones está aumentando en el mundo entero.

Muchos de los métodos de planificación familiar que no son de barrera, aunque pueden ser muy efectivos para evitar el embarazo, no ofrecen protección alguna contra las infecciones de transmisión sexual. Las parejas que deseen protegerse lo más posible, tanto de infecciones como contra la posibilidad de un embarazo no deseado, pueden usar dos métodos: condones o espermicidas para prevenir la infección y otro método para evitar el embarazo. Los riesgos y los beneficios de cada método respecto a la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual dependen de la situación de cada individuo y deben considerarse basándose en sus necesidades y objetivos.

Las opciones a disposición de la mujer para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual son el uso de espermicidas y el condón femenino; sin embargo la efectividad de estos métodos contra la infección por el VIH está todavía en proceso de estudio. La investigación que se está llevando a cabo para crear un gel vaginal (microbicida), que protege contra varias enfermedades de transmisión sexual, parece prometedora[23]. Todavía queda mucho por hacer para obtener métodos que impidan la infección y permitan a la mujer quedar embarazada.

Entre las formas de incrementar el acceso de la mujer a la información sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual se encuentran los programas de planificación familiar que ofrecen asesoría y educación sobre la prevención de las mismas; la promoción del uso de condones; los exámenes médicos para detectar la presencia de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de dichas enfermedades o la transferencia de los pacientes a centros más capacitados para ello; y, cuando sea apropiado, realizar orientación individual y examenes de VIH, en forma voluntaria, anónima y confidencial. Los programas de planificación familiar y de combate a las enfermedades de transmisión sexual están en mejores condiciones de satisfacer todas las necesidades de salud reproductiva si operan de forma integrada.

Salud materno-infantil: *La interacción*

La salud de la madre puede afectar la salud de sus hijos. Si una mujer muere durante el parto o poco después del mismo, las posibilidades de supervivencia del recién nacido y de los demás niños pequeños que pueda tener se ven reducidas. Incluso si la madre sobrevive, los niños de madres muy jóvenes o de mujeres mayores, y los niños que nacen muy seguidos, tienen mayores posibilidades de morir durante su primer año de vida. Algunos problemas de salud, como las deficiencias nutritivas y las enfermedades de transmisión sexual pueden poner en riesgo la vida de la madre y del niño.

Muchas mujeres en los países en desarrollo sufren un ciclo de salud delicada que comienza antes de su nacimiento, continúa en su vida adulta y que se transmite de generación en generación[24]. La salud delicada en las mujeres embarazadas, ya sea por causa de infecciones o desnutrición, aumenta el riesgo de que tengan niños enfermizos. Debido a su mal estado de salud, estas mujeres con frecuencia no pueden satisfacer adecuadamente las necesidades de los recién nacidos y de sus otros hijos. Así mismo, la salud y la nutrición de las niñas puede verse dañada debido a costumbres discriminatorias; por ejemplo, en muchos países las mujeres son las últimas en comer, lo que frecuentemente significa que comen menos. Dicha carencia alimenticia a una edad temprana da lugar a un crecimiento y desarrollo deficientes en muchas niñas adolescentes, que comienzan a procrear en malas condiciones de salud.

CAMBOYA; S. SPRAGUE

La atención a la salud reproductiva durante los momentos críticos del nacimiento, la adolescencia y los años fértiles de la mujer, puede ayudar a romper este círculo de mala salud. El «Paquete de la Madre y el Niño» *(The Mother-Baby Package)* es una estrategia concebida por la OMS que concentra la atención en las intervenciones esenciales para mejorar la salud durante la maternidad y la niñez, y consiste en servicios de planificación familiar, buena atención prenatal, partos en condiciones higiénicas y sin riesgo, y acceso a los servicios obstétricos esenciales[25].

Los adolescentes y la salud reproductiva

Actualmente casi una quinta parte de la población mundial (más de 1.000 millones) está constituida por jóvenes entre las edades de 10 a 19 años, la mayoría de los cuales se encuentra en el período de la adolescencia, que comienza en la pubertad o madurez biológica de la persona y termina en la edad considerada culturalmente como el inicio de la vida adulta (madurez social e independencia económica). Existe una gran diversidad de experiencias entre las adolescentes y jóvenes entre estas edades: algunas ya están casadas y son consideradas adultas por la sociedad donde viven, otras todavía van a la escuela y se las considera niñas. Muchas tienen relaciones sexuales e incluso hijos, pero es posible que todavía no hayan alcanzado la edad adulta, según la defina la ley de su país o estado.

BARBADOS; D. JACOBSON

Aunque la adolescencia generalmente es un período sano de la vida, muchas mujeres jóvenes sufren las consecuencias de inadecuada planificación familiar e insuficiente atención a la salud en el área reproductiva, por lo que las mujeres entre las edades de 15 a 19 años mueren principalmente de complicaciones debidas al embarazo, al parto y a abortos arriesgados[1]. Más de 15 millones de niñas entre las edades de 15 a 19 años dan a luz cada año, y 2 millones tienen abortos en condiciones arriesgadas. Por otra parte las adolescentes corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida.

Matrimonio y relaciones sexuales

Entre un 20 y un 50 por ciento de las mujeres de los países en desarrollo se casan antes de los 18 años de edad[2]. Algunas incluso se casan antes: entre el 8 y 18 por ciento ya se han casado antes de cumplir los 15 años[3].

Muchas mujeres jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales antes de casarse, con frecuencia en contra de su voluntad. Los estudios realizados a este respecto muestran que el promedio de las mujeres menores de 20 años que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio es del 43 por ciento en el África subsahariana y del 20 por ciento en Latinoamérica. La actividad sexual en este grupo es incluso mayor en algunos países más desarrollados: el 68 por ciento de las jóvenes en los Estados Unidos y el 72 por ciento en Francia han tenido relaciones sexuales antes cumplir los 20 años[4].

Embarazo y parto

En los países en desarrollo el promedio de las mujeres que dan a luz antes de los 20 años de edad es del 40 por ciento; esta proporción oscila entre un 8 por ciento en el Asia Oriental y un 56 por ciento en el África Occidental. En las regiones más desarrolladas la proporción media de mujeres que comienzan a tener hijos a tan corta edad es de solamente de un 10 por ciento; sin embargo, en los Estados Unidos el porcentaje de mujeres jóvenes y adolescentes que tienen hijos es mucho más alto, ya que un 19 por ciento de ellas da a luz antes de cumplir los 20 años[5].

El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es muy alto para las adolescentes. Los índices de mortalidad materna entre las mujeres comprendidas en el grupo de 15 a 19 años de edad son el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años[6]. El embarazo y el parto suponen mayor peligro para las jóvenes adolescentes porque es posible que todavía no hayan alcanzado su altura definitiva y que el tamaño de su pelvis no haya llegado al punto de máximo desarrollo, por lo que es más probable que sufran obstrucciones en el parto que ocasionen la muerte de la madre o del bebé[7]. También es más probable que las mujeres jóvenes tengan trastornos de anemia e hipertensión relacionados con el embarazo. La probabilidad de que las mujeres entre 10 y 14 años de edad mueran durante el embarazo y el parto es cinco veces mayor que entre las mujeres de 20 a 24 años[8].

Aunque todas las mujeres corren más riesgos en su primer parto que en los siguientes, en el caso de las adolescentes el peligro es mucho mayor. Esto se debe a que tienen menos experiencia, recursos y conocimientos que las mujeres adultas, con lo que es más probable que no obtengan la atención médica prenatal necesaria para tener un embarazo y un parto sin problemas[9]. También hay mayores probabilidades de que los niños sufran, ya que los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de contraer enfermedades y morir, comparados con los de las madres de 20 a 29 años *(ver pág. 4)*.

Información y servicios de planificación familiar

Existen menos probabilidades de que las adolescentes utilicen servicios de planificación familiar que las mujeres de otras edades. Las jóvenes no obtienen o usan métodos de planificación familiar por diversas razones: falta de información, miedo a los efectos secundarios y por impedimentos de tipo geográfico, social y económico, en lo que se refiere a sus posibilidades de acceso a los mismos y a la oportunidad de usarlos. La mayor parte de los servicios de planificación familiar están diseñados para atender

las necesidades de las mujeres adultas casadas, aunque los especialistas médicos han llegado a la conclusión de que todas las mujeres, sin importar su edad o estado civil, deben ser consideradas bajo los mismos criterios a la hora de proporcionarles dichos servicios. Además, los beneficios de la planificación familiar generalmente superan cualquier riesgo relacionado exclusivamente con la edad de la persona que los utiliza[10]. Lamentablemente, incluso si no existen impedimentos legales para que las jóvenes y adolescentes usen los servicios de planificación familiar, el personal de atención a la salud no siempre está dispuesto a proporcionárselos. Los varones, que con frecuencia tienen relaciones sexuales antes que las mujeres y con más parejas, se enfrentan aún a mayores dificultades para obtener información y asistencia que las mujeres[11].

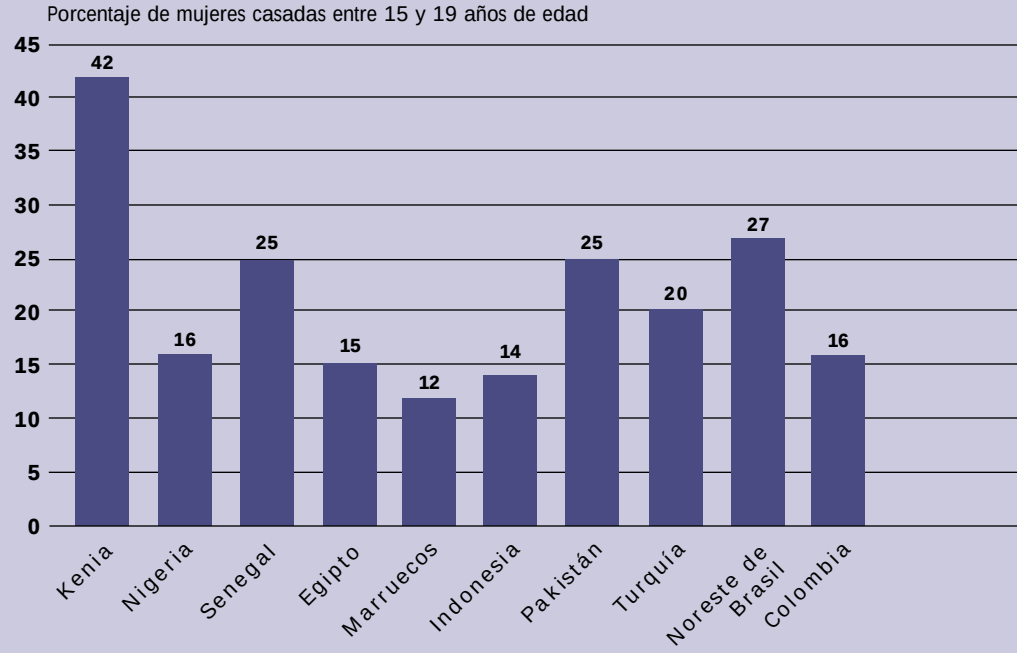
Los estudios realizados indican que entre un 12 y un 42 por ciento de las mujeres adolescentes casadas en los países en desarrollo desean dejar pasar más tiempo entre un embarazo y otro, o establecer un tope en el número de hijos que van a tener, sin embargo no están utilizando métodos de planificación familiar *(ver la Gráfica)*; esto se traduce en: 3 millones de mujeres adolescentes en el África subsahariana; 8,6 millones en el Asia, el Oriente Medio y el Norte de África; y más de 1 millón en Latinoamérica[12]. Las cifras sin duda serían aún superiores si se incluyera a las adolescentes y jóvenes solteras que están teniendo relaciones sexuales.

El aborto

Por lo menos 2 millones de adolescentes se someten cada año a abortos en condiciones arriesgadas para poner fin a un embarazo no deseado, y los estudios realizados indican que el número de abortos entre adolescentes va en aumento en muchos países[13]. Incluso en los lugares donde se pueden obtener abortos en buenas condiciones, el acceso a dicho servicio está restringido en el caso de las mujeres jóvenes, con lo que recurren a abortos arriesgados; además, con frecuencia lo hacen en los últimos meses del embarazo, en un desesperado intento de evitar las consecuencias de tener hijos demasiado pronto. Los abortos de este tipo, a veces provocados por las propias embarazadas, con frecuencia causan enfermedades graves e incluso la muerte.

En algunos países las complicaciones derivadas de abortos arriesgados son la principal causa de muerte entre las mujeres adolescentes y jóvenes. Un estudio en Nigeria descubrió que un 72 por ciento de todas las muertes de mujeres menores de 19 años es consecuencia de dichos abortos[14], y las mujeres que sobreviven el aborto con frecuencia sufren complicaciones que las dejan infértiles. Esto puede tener graves consecuencias para una mujer adolescente cuyo futuro quizás dependa de su capacidad para tener hijos.

Necesidad de planificación familiar no satisfecha* entre las mujeres casadas de 15 a 19 años de edad.



Como término medio, una de cada cinco mujeres casadas entre las edades de 15 a 19 años necesita métodos de planificación familiar.

**Las mujeres que desean dejar pasar más tiempo entre un embarazo y otro, o poner un tope al número de hijos que van a tener, pero que no están usando ningún método de planificación familiar.*

FUENTE: T. McDevitt et al., *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World* (Washington, DC: U.S. Bureau of the Census, marzo de 1996): Tabla 19; y Encuestas demográficas y de salud de Egipto, Marruecos, Indonesia, y Colombia (Calverton, MD: Macro International, 1996).

Enfermedades de transmisión sexual

Los índices más altos de infección debidos a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH, se encuentran entre la población joven de 20 a 24 años, seguidos por el grupo de 15 a 19 años[15]. La OMS calcula que la mitad de las personas infectadas por el VIH tienen menos de 25 años de edad y, en los países en desarrollo, hasta un 60 por ciento de los nuevos casos de infecciones se dan entre los jóvenes de 15 a 24 años[16]. Los adolescentes tienen mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual porque con frecuencia tienen relaciones sexuales por períodos cortos y no usan condones sistemáticamente para protegerse.

Los adolescentes con frecuencia no tienen la información necesaria ni suficiente confianza en sí mismos para tomar medidas para protegerse en contra de dichas enfermedades. Las campañas de educación y los servicios de prevención y tratamiento a este respecto normalmente van dirigidos a los hombres y las prostitutas, con lo que no se facilita la obtención de atención a la salud por parte de la mujer joven, a quien tampoco le es sencillo conseguir que su pareja use condones o que se abstenga de tener relaciones.

Circuncisión femenina

Se calcula que entre 85 y 114 millones de mujeres en más de 30 países han sido sometidas a algún tipo de circuncisión o mutilación de sus genitales (el corte y separación de la totalidad o parte de los genitales externos de la mujer)[17]. Aunque en algunas culturas existe la creencia de que es una parte importante de la iniciación de la joven a la condición de mujer, la circuncisión femenina puede tener serias consecuencias psicológicas, sociales y de salud. Normalmente la realizan circuncisores que ejercen la profesión por tradición, y se tiende a hacer bajo condiciones poco salubres que dan lugar a hemorragias, infecciones, shock, e incluso a la muerte. Las complicaciones incluyen cicatrices, daño a la uretra y al ano, coito doloroso, infecciones del tracto urinario, y mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de tener obstrucciones en el parto[18]. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que tuvo lugar en 1994 reconoció que la circuncisión de la mujer o la mutilación de los genitales de la mujer constituye una violación de sus derechos humanos así como de los principios de ética médica, y por lo tanto debe ser eliminada.

Soluciones

En varias conferencias y convenciones internacionales en las décadas de 1980 y 1990, incluyendo la convención de 1989 sobre los Derechos del Niño, los gobiernos expresaron repetidamente su voluntad de apoyar un temario de acción a nivel mundial para mejorar la salud de los adolescentes.[19]

- Proporcionar educación sobre la salud a los hombres y mujeres adolescentes, incluyendo información sobre: sexualidad, conducta sexual responsable, reproducción, abstinencia, planificación familiar, abortos arriesgados, enfermedades de transmisión sexual, y el VIH/sida, y el papel de uno y otro sexo en la sociedad.
- Alentar la participación de los padres y promover la comunicación y la relación entre adultos y adolescentes.
- Usar a gente joven como educadores para lograr una mejor comunicación con los grupos de su edad.
- Proporcionar servicios integrados de asistencia a la salud que incluyan información y servicios de planificación familiar para adolescentes que tienen relaciones sexuales, y que promuevan la abstinencia sexual voluntaria.
- Asegurarse de que exista confidencialidad, privacidad, consentimiento fundado y respeto en la manera en que se proporcionan dichos servicios, para que los adolescentes se sientan cómodos.
- Aumentar las oportunidades de trabajo y educación para la mujer.
- Eliminar la circuncisión femenina.

REFERENCIAS:

1. IPPF, *Understanding Adolescents* (Londres: International Planned Parenthood Federation, 1994): 8.
2. AGI, *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 1995):17.
3. IPPF, *Understanding Adolescents*: 3.
4. AGI, *Hopes and Realities*: tabla 4.
5. Jeanne Noble, Jane Cover y Machiko Yanagishita, *La juventud del mundo 1996* (Washington, DC: Population Reference Bureau, Inc., 1996); y ONU, *The World's Women 1995, Trends and Statistics* (Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 1995): 69.
6. Noble et al., *La juventud del mundo 1996*.
7. Herbert L. Friedman, «Reproductive Health in Adolescence», *World Health Statistics Quarterly* 47, no. 1 (1994): 31-35.
8. Noble et al., *La juventud del mundo 1996*.
9. P. Senanayake y M. Ladjali, «Adolescent Health: Changing Needs», *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 46 (1994): 138.
10. OMS, *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, WHO/FRH/FPP/96.9, 1996): 11.
11. Noble et al., *La juventud del mundo 1996*.
12. Thomas McDevitt et al., *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World* (Washington, DC: US Bureau of the Census, marzo de 1996): 42-44.
13. Noble et al., *La juventud del mundo 1996*.
14. Judith Senderowitz, «Adolescent Health», *World Bank Discussion Papers 272* (Washington, DC, Banco Mundial, 1995): 17.
15. Noble et al., *La juventud del mundo 1996*.
16. OMS, *Women and AIDS: Agenda for Action* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995): 1.
17. OMS, *Safe Motherhood Newsletter, 15* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, julio-octubre 1994): 9; Angela Hawke, *Lifting the Veil on Female Genital Mutilation*, UNICEF, 1995, se puede obtener en Internet: http://www.oneworld.org/unicef/first_sept/fgm.html.
18. Asha Mohamud, «Female Genital Mutilation: A Continuing Violation of the Human Rights of Young Women», *Passages* (marzo de 1992).
19. María José Alcalá, *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (Nueva York: Family Care International, 1995).

La inversión en la salud de madres y niños

Demanda de servicios de planificación familiar

Existe una amplia y creciente demanda de servicios de planificación familiar. En todo el mundo más de la mitad de las parejas casadas practican algún método de planificación familiar, aunque la proporción de usuarios varía desde porcentajes de menos de un 10 por ciento en muchos países del África subsahariana a más del 70 por ciento en la mayoría de los países más desarrollados. Se estima que 150 millones de mujeres en el mundo en desarrollo quieren posponer el nacimiento de sus hijos, o dejar de tener hijos, pero no están utilizando métodos de planificación familiar[27]. En algunos países más de una cuarta parte de todas las mujeres casadas necesitan seguir algún método de planificación familiar, pero no lo hacen *(ver la Gráfica 3, página siguiente)*. Aparte de esto, existen millones de mujeres casadas y solteras que necesitan métodos más apropiados y efectivos para alcanzar sus objetivos de reproducción. Si se satisface la demanda de servicios de planificación familiar en los países en desarrollo se reducirá el número de embarazos hasta en un 20 por ciento, con la consiguiente reducción en el número de muertes y lesiones maternas[28].

EGIPTO; S. SPRAGUE/PANOS PICTURES

«El acceso a los métodos de planificación familiar no es únicamente una cuestión de lo apartado que esté el hogar, o del costo del servicio de transporte...Tenemos que preguntarnos ¿cuál es la actitud del marido,...de la suegra,... del vecino, de la familia, de la ciudad, de la sociedad en general respecto a la mujer que utiliza dicho método?»

Dr. Aníbal Faúndes, BRASIL[26]

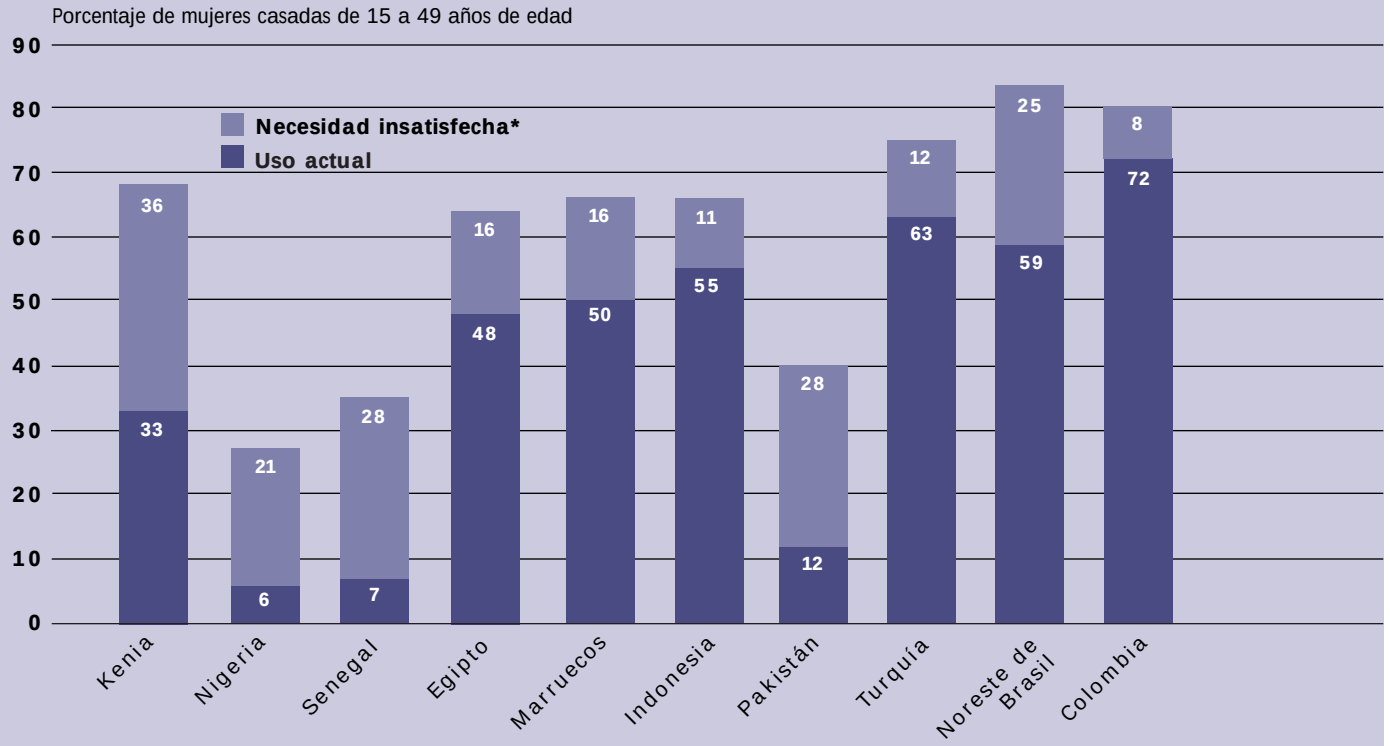
Desafortunadamente muchas personas no están lo suficientemente informadas, por lo que, cuando se pregunta a las mujeres que necesitan servicios de planificación familiar por qué no los usan, las respuestas más comunes son la falta de conocimiento, el temor a los efectos secundarios, y la falta de consentimiento del marido. El reducido número de métodos para uso de los varones y lo inadecuado de la información que se proporciona a los hombres también impide a muchas parejas utilizar dichos métodos. Aunque está comprobado que la falta de acceso a los servicios de planificación familiar reduce su uso, ello no constituye un obstáculo insalvable. Muchas mujeres quieren poder decidir el número de hijos que van a tener, pero no pueden superar una serie de impedimentos de tipo social, familiar, financiero, religioso y médico.

Las necesidades de planificación familiar de la pareja cambian a lo largo del período fértil de sus vidas. Si bien es apropiado que las parejas que desean poner más espacio entre un hijo y otro utilicen un método temporal, quienes ya tienen el número de hijos deseado necesitan

GRÁFICA 3

Demanda de servicios de planificación familiar

(Demanda = Uso actual + Necesidad insatisfecha)



Existe una gran demanda de servicios de planificación familiar entre las mujeres casadas de los países en desarrollo, y dicha demanda va en aumento.

** Mujeres que desean dejar pasar más tiempo entre un embarazo y otro, o dejar de tener hijos, pero que actualmente no están utilizando un método de planificación familiar.*

FUENTE: Encuestas demográficas y de salud, 1990-1995 (Calverton, MD: Macro International).

métodos de acción prolongada o de efecto permanente; y en el caso de que ocurra un accidente relacionado con el método, o que se tengan relaciones sin protección, muchas parejas pueden utilizar de forma inocua y efectiva un método anticonceptivo de emergencia para evitar un embarazo no deseado. Sin embargo pocas mujeres están familiarizadas con los métodos de emergencia a su disposición y el personal de salud que los proporciona es reducido[29].

Muchas parejas que usan planificación familiar necesitan mayor información o un método más apropiado. Las razones principales que las mujeres dan por haber dejado de usar un método es que les preocupa su salud, o que quieren evitar los efectos secundarios. Si se ofrece a la

pareja una gran variedad de métodos y se le informa cabalmente de los posibles efectos secundarios hay mayores posibilidades de que continúe con la planificación familiar y de que cambie a otros métodos cuando sea necesario.

Costo de la planificación familiar

La planificación familiar constituye una intervención de salud que es efectiva en función del costo y que redunda en beneficios inmediatos para las mujeres, los niños y sus familias. Aparte de evitar muertes, puede reducir la incidencia de enfermedades entre las mujeres y los niños, con lo que los costos de atención a la salud, también son menores.

Es posible proporcionar un mínimo de servicios clínicos y de salud pública esenciales, incluyendo la planificación familiar, a un costo anual per cápita de aproximadamente $15 EE.UU.[30]. Se calcula que dicha inversión reduciría en un 25 por ciento el total de enfermedades en los países en desarrollo, con lo que se evitarían 9,3 millones de muertes infantiles[31]. El componente de planificación familiar tendría únicamente un costo anual per cápita de entre $0,90 y $2,20 EE.UU.[32].

Aunque dicha inversión sea efectiva en función del costo, sigue suponiendo un gasto fuerte para la mayoría de los países en desarrollo, donde el promedio de inversión en servicios de atención a la salud es de $21 EE.UU. per cápita. Actualmente sólo una parte de dicha cantidad se utiliza en servicios de salud pública efectivos. Si se reasignan las cantidades que cubren actualmente servicios menos efectivos en función del costo, se incrementan las contribuciones de los donantes, y se consigue que exista mayor uso de los servicios del sector privado entre las personas que tienen suficientes medios económicos, será posible cubrir el costo de proporcionar servicios básicos de atención a la salud para todos[33].

Aproximadamente tres cuartas partes del costo de las actividades de planificación familiar son actualmente cubiertas por instituciones públicas y privadas en los países en desarrollo, y el resto lo proporcionan donantes internacionales. Un 90 por ciento de esta última porción procede solamente de ocho países: los Estados Unidos, Alemania, el Japón, el Reino Unido, Suecia, los Países Bajos, Noruega y Dinamarca. De toda la ayuda internacional (Asistencia Oficial al Desarrollo) que reciben los países en desarrollo, la parte que se asigna a la planificación familiar y a las actividades de población es menos del 2 por ciento[34]. Para poder satisfacer en el año 2000 la demanda de servicios de planificación familiar y lograr los objetivos en materia de reproducción consignados durante la CIPD, el financiamiento total en estos rubros tendría que alcanzar aproximadamente 17.000 millones de dólares EE.UU. anualmente (10.000 millones de dólares EE.UU. para planificación familiar y 7.000 millones de dólares EE.UU. para otros servicios de reproducción)[36]. Si los donantes internacionales contribuyen una tercera parte del total, tal como lo calcula la CIPD, sus aportaciones tendrán que aumentar de aproximadamente 1.200 millones de dólares EE.UU. en 1994, a 5.700 millones de dólares EE.UU. en el año 2000[37]. Los gastos de los países en desarrollo deberán incrementarse a aproximadamente 11.300 millones de dólares EE.UU. en el año 2000.

Actualmente la planificación familiar es la «tecnología» que más redunda en beneficios para la humanidad en función de su costo.

UNICEF[35]

Acciones

El número de parejas que necesitan utilizar métodos de planificación familiar es grande y continúa aumentando. Más de la mitad de las parejas en los países en desarrollo están utilizando actualmente dichos servicios, comparado con un uso de un 10 por ciento hace solamente algo más de tres décadas. A pesar de este drástico aumento debido al rápido crecimiento de la población, actualmente existen más mujeres que hace treinta años que no utilizan métodos de planificación familiar.

INDIA; S. SPRAGUE

Los gobiernos de todo el mundo son conscientes tanto de la necesidad de la planificación familiar como de los beneficios que conlleva. En una serie de conferencias mundiales celebradas antes de 1990 y durante dicha década, los gobiernos renovaron su compromiso de mejorar la salud reproductiva y sexual y los derechos de todos los individuos. Las siguientes acciones fueron acordadas por los representantes de la mayoría de los países, y constituyen el temario internacional de actividades para los dirigentes gubernamentales y no gubernamentales[38]. Si se llevan a cabo estas acciones y se asignan los necesarios recursos, se podrán salvar millones de vidas y se ayudará a las parejas a lograr sus metas reproductivas y a tener hijos saludables.

1 Proporcionar acceso general a la totalidad de los métodos de planificación familiar inocuos y confiables de que se dispone, como parte de los servicios integrales de salud reproductiva y sexual.

2 Eliminar los impedimentos al uso de la planificación familiar, incluyendo los obstáculos legales, médicos, clínicos y normativos innecesarios.

3 Desarrollar políticas y programas para satisfacer la necesidad de proporcionar información y servicios de planificación familiar.

4 Iniciar campañas de educación pública utilizando a grupos de la comunidad, siempre que sea posible, sobre la planificación familiar, la paternidad responsable y los derechos y las opciones reproductivas.

5 Diseñar programas específicos para hombres de todas las edades (incluyendo adolescentes) que proporcionen información, educación y asesoría para promover una conducta sexual y reproductiva responsable.

6 Proporcionar condones tanto para la planificación familiar como para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida.

7 Vincular los programas de planificación familiar a programas más amplios de salud reproductiva, integrándolos especialmente con la salud materno-infantil.

8 Proporcionar asesoría, servicios e información sobre planificación familiar apropiada (incluyendo la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la abstinencia) a adolescentes que estén teniendo relaciones sexuales.

9 Incluir la planificación familiar en todos los servicios de atención a la salud después del parto y del aborto.

10 Promover activamente el uso y el consentimiento voluntarios y fundados en los programas de planificación familiar.

11 Mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar al:

- Asegurarse de proporcionar acceso a servicios aceptables, inocuos, de costo asequible, y fáciles de obtener.
- Asegurarse de proporcionar información confiable sobre la mayor variedad posible de métodos de planificación familiar inocuos y efectivos, así como el acceso a los mismos.
- Proteger el derecho a la privacidad del usuario.
- Proporcionar información completa sobre todos los riesgos y beneficios de los diferentes métodos.
- Asegurarse de tener un suministro continuo y suficiente de anticonceptivos de alta calidad.
- Asegurarse de proporcionar atención después del tratamiento, especialmente para observar los efectos secundarios.

12 Referir a los pacientes a servicios de atención a la salud reproductiva y sexual, incluyendo servicios de atención prenatal y los relacionados con el aborto, y los que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH/sida), así como servicios para corregir la esterilidad.

13 Mejorar la competencia del personal de salud mediante mayor capacitación en planificación familiar y atención a la salud en los aspectos reproductivo y sexual.

14 Aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar, alentando a las empresas del sector privado y a las organizaciones de trabajadores a establecer programas de salud reproductiva para sus empleados y miembros.

Referencias

1. OMS, *The World Health Report* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996).

2. UNICEF, *The Progress of Nations, 1996* (Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1996): 24.

3. National Research Council, *Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World* (Washington, DC: National Academy Press, 1989): 63.

4. J. Hobcraft, *The Health Rationale for Family Planning: Timing of Births and Child Survival* (Nueva York: United Nations Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, 1994): 20.

5. Thomas McDevitt et al., *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World* (Washington, DC: U.S. Bureau of the Census, marzo 1996): 8

6. Ibid.

7. George Bicego y Omar B. Ahmad, «Infant and Child Mortality», *Demographic and Health Surveys Comparative Studies* 20 (Calverton, MD: Macro International, 1996): 20,24.

8. UNICEF, *The Progess of Nations, 1996*: 52-53.

9. OMS y UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and UNICEF* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, abril de 1996).

10. OMS, *Safe Motherhood Newsletter* 3, no. 19 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995):1.

11. FNUAP, *Family Planning: Saving Children, Improving Lives* (Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1992).

12. AGI, *Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 1995): 31.

13. OMS, *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, Segunda edición (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994).

14. Stephen Kinoti et al., *Monograph of Complications of Unsafe Abortion in Africa* (Tanzania: Reproductive Health Research Programme of Commonwealth Regional Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, 1994): 18.

15. Khama Rogo, «Induced Abortion in Sub-Saharan Africa», *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health* 1, no. 1 (marzo de 1996):15.

16. P. Donovan, «Public Funding of Family Planning Leads to Moderate Reductions in Underweight Births and Infant Deaths», *Family Planning Perspectives* 27, no. 2 (marzo/abril 1995): 92-93.

17. John Paxman et al., «The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America», *Studies in Family Planning* 24, no. 4 (julio/agosto 1993); y AGI, *Clandestine Abortion: A Latin American Reality* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 1994).

18. Janie Benson et al., «Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions», *Issues in Abortion Care* 2 (Carrboro, NC: IPAS, 1992).

19. NUSIDA y OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996* (Ginebra: Organización de las Naciones Unidas, 1 de julio de 1996), puede obtenerse en Internet: http://gpawww.who.ch/.

20. Ibid.

21. FNUAP, *AIDS Update: 1995, Report on UNFPA Support for HIV/AIDS Prevention, 1996* (New York: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, 1996).

22. NUSIDA y OMS, *The HIV/AIDS Situation in Mid-1996*.

23. USAID, *USAID Responds to HIV/AIDS, A Report on the Fiscal Year 1994 HIV/AIDS Prevention Programs of the United States Agency for International Development* (Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 1995): 20.

24. Beverly Winikoff, «Women's Health: An Alternative Perspective for Choosing Interventions», *Studies in Family Planning* 19, no. 4 (julio-agosto 1988).

25. OMS, *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, WHO/FHE/MSM/94.11,1994).

26. OMS y la International Women's Health Coalition, *Creating Common Ground* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1991): 16.

27. Macro International, Comunicación personal (Calverton, MD: Macro International, noviembre de 1996)

28. UNICEF, *The Progress of Nations, 1996*: 5.

29. PATH (Program for Appropriate Technology in Health), «Emergency Contraceptive Pills: Safe and Efective but Not Widely Used», *Outlook* 14, no. 2 (septiembre de 1996); y Robert A. Hatcher et al., *Contraceptive Technology*, 16va. ed. (Nueva York: Irvington Publishers, 1994): 414.

30. Banco Mundial, *World Development Report, 1993* (Nueva York: The Oxford University Press, 1993): 68.

31. Ibid.

32. Ibid: 117.

33. Ibid: 67.

34. Shanti R. Conly y James E. Rosen, «International Population Assistance Update: Recent Trends in Donor Contributions», *Occasional Paper 2* (Washington, DC: Population Action International, septiembre de 1996).

35. UNICEF, *The State of the World's Children 1992* (Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1992): 58.

36. ONU, *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 de septiembre de 1994* (Nueva York: Organización de lasNaciones Unidas, A/CONF.171/13, 18 de octubre de 1994): 13-14.

37. Conly et al., *Occasional Paper 2*.

38. María José Alcalá, *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action* (Nueva York: Family Care International, 1995).

Agradecimientos

Esta edición de *Planificación Familiar: Salvando las vidas de madres y niños* fue escrita por Barbara Shane. Otro personal del PRB también contribuyó al proceso de investigación y revisión del documento. El PRB desea expresar su gratitud a Martin Wulfe, Encuestas Demográficas y de Salud / Macro International, y a Mary Lung'aho, Wellstart International, por su ayuda en la parte de investigación; y a Paul Feldblum, Family Health International, por sus comentarios. El PRB agradece a las siguientes personas sus valiosas sugerencias y asesoramiento: Barbara Crane, Mahmoud Fathalla, Marge Koblinsky, Ann McCauley, Claudia Morrissey, Roberto Rivera, Jeannie Rosoff, Jim Shelton, Susheela Singh, Ellen Starbird y Ann Way. Este documento recibió el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Diseño:
Dever Designs, Inc.
Laurel, MD

Impresión:
Sauls Lithograph Company, Inc.
Washington, DC

Traducción al francés:
Pascale Ledeur

Traducción al español:
Angeles Estrada

. . . informando al público sobre temas de población desde 1929.

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520
Washington, DC 20009 EE. UU.

Tel: (202) 483-1100
Fax: (202) 328-3937
Correo electrónico: popref@prb.org
Página en la Web: http://www.prb.org/prb/