



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (2): 39-40

Barreras médicas para la anticoncepción

MOISES HUAMÁN

Introducción

A nivel mundial se observa el aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos (AC) y el fortalecimiento de los programas de Planificación Familiar (PF); sin embargo, cientos de millones de parejas -más del 50% en los países subdesarrollados- no tienen acceso a los servicios de PF a pesar de querer hacerlo, con el consecuente embarazo no deseado, el aborto clandestino y la muerte materna^{2,4,5,10}.

En la actualidad, se considera como meta primordial de la PF el mejoramiento de la saludreproductiva de las parejas, mejorar la calidad de vida y propiciar la libre y bien formada elección de algún método anticonceptivo, si lo requiere^{2,9,12}. Existen muchas barreras que impiden o alteran el acceso y la calidad de la atención en PF.

Consideramos el acceso como el grado de facilidad en cuanto a esfuerzos y costos con lo que la gran mayoría de la población alcanza los servicios y suministros de PF. La calidad de la atención se refiere, además del fácil acceso, al nivel de información y consejería que permite la elección y selección de la anticoncepción con la completa satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, a tal punto que los clientes se conviertan en promotores del programa.

Barreras médicas más comunes

Existen muchas barreras que obstaculizan el avance de la anticoncepción; son éstas de tipo cultural, social, religiosa, económica, política, geográfica, legal, reglamentaria, logística, otras. Todas ellas, de alguna manera, generan las llamadas BARRERAS MEDICAS, definidas como los obstáculos para la anticoncepción que no tienen base científica demostrada y que dificultan el acceso y la calidad de la atención en PF^{6,10}.

Entre las barreras médicas más frecuentes, podemos citar:

- La prohibición de AC hormonales a mujeres mayores de 35 años, concepto superado en la actualidad, incluso demostrando efectos beneficiosos indirectos^{8,9}.
- Limitación de AC a aquellos que sólo contienen progestinas a mujeres que lactan⁹.
- Demorar el inicio de un método AC, por ejemplo, esperar la regla o un periodo muy largo postaborto o post parto.
- Exigir exámenes de laboratorio innecesarios para indicar algún método AC.
- Requerir muchas visitas previas o de control del método.
- Limitar la aplicación del DIU al médico, cuando hay otros profesionales de salud capacitados.
- Exigir trámites largos, costosos o el consentimiento del esposo para la esterilización quirúrgica.
- Exagerar las contra indicaciones absolutas: Mujeres con enfermedad tiroidea, diabetes,HTA controlada, pequeñas várices, otras, para AC hormonales.
- Establecer limitaciones absolutas por la edad o paridad para la utilización de algún método.
- Restringir los proveedores de los servicios de PF exclusivamente a médicos especialistas y los métodos quirúrgicos sólo a centros quirúrgicos de hospitales, cuando deberían ser servicios ambulatorios.



- Falta de información y capacitación al personal médico, paramédico, administrativo de servicios de salud y proveedores; quienes se convierten en verdaderos obstáculos del programa de PF.
- Reglamentación dentro de los servicios que posterga o dificulta las actividades de PF.

Origen de las barreras médicas

- Falta de información adecuada al personal responsable del programa.
- Información equivocada o desactualizada; ejemplo: creer que el AC hormonal se relaciona con el cáncer ginecológico (mama, endometrio, otros), relación actualmente descartada; del DIU como microabortivo o productor de cáncer de endometrio y/océrnix, también totalmente descartado. Muchas opiniones interesadas, algunas de médicos, son rechazadas por la experiencia científica, remarcando el grave daño que hacen al avance del programa de PF nacional, en un país como el nuestro, con un grave problema poblacional^{3,8-10}.

La reciente participación de un viaje de observación y estudio del programa de PF desarrollado por la Asociación Médica indonesia (en Yakarta y Surabaya) y el intercambio de experiencias con médicos de Filipinas, Bangladesh, Singapur, la India, mostró que el trabajo coordinado entre los profesionales de la salud, los organismos públicos y privados, la comunidad, la industria farmacéutica y los organismos internacionales (como el invaluable apoyo en comunicación, información y capacitación de la universidad de John Hopkins), han hecho posible un significativo avance en salud reproductiva y calidad de vida en ese país en menos de una década. Es una clara demostración de cómo pueden superarse muchas barreras cuando se comparte un objetivo superior en bien de la población.

Las creencias religiosas y bajo nivel cultural, muchas veces, crean serias barreras médicas, como la resistencia a la aceptación, a pesar de la convicción de la necesidad para utilizar métodos seguros y duraderos, sobre todo, en nuestro país, en el que el 64% de mujeres en edad fértil ya no desean tener nunca más hijos⁷ y más de la mitad de embarazos son no deseados⁵, en que el aborto clandestino es alarmante⁴ y constituye la primera causa de muerte^{1,2,11}, con mayor impacto actual en adolescentes^{11,12}.

El marco legal, tal como la ley política de población vigente, considera en un sólo concepto el aborto y la esterilización, lo cual debe diferenciarse por tener orígenes y fines totalmente diversos. El Colegio Médico del Perú y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología se han pronunciado públicamente en contra del aborto ilegal en el respeto al marco legal existente y han sugerido entre otros aspectos, la discusión multisectorial de lo relacionado al aborto terapéutico y la esterilización voluntaria.

Cómo reducir las barreras médicas

- Mejorar la información sobre salud reproductiva y anticoncepción en todos los niveles (profesionales, trabajadores de servicios de salud y población en general con énfasis en usuarias).
- Mejorar la capacitación del personal integrado en el programa, resaltando la importancia de los líderes comunitarios.
- Ampliar la selección de métodos.
- Mejorar el acceso a los servicios de PF.
- Aplicar las normas del ente rector del programa de PF (MINSA), y revisarlas con la participación de los sectores involucrados.
- Mejorar la calidad de los servicios.
- Capacitar a los proveedores de insumos, quienes deben convertirse en verdaderos promotores.
- Movilizar a los profesionales de salud con una cruzada en favor de la PF.
- Abordar los problemas políticos, religiosos, legales y económicos que retrasan el avance del programa.
- Propiciar la investigación, sobre todo operativa, que demuestre en nuestro país, que muchas barreras, convertidas en mitos son falsas.



Referencias Bibliográficas:

1. Callaham D. Debate sobre el aborto: ¿puede curarse esta enfermedad pública crónica? *Clínicas Obstet y Ginecol* 1992, 4:741.
2. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú, 1988, 62.
3. Chevenack F, Me Cullogh L. ¿Qué es la ética en obstetricia? *Clínicas Obstet y Ginecol* 1992, 4:39.
4. Fernando D. Aborto clandestino en el Perú, 1994.
5. Huamán M, Pacheco J. Embarazo no deseado y aborto ¡legal. *Ginecol y Obstet* 1994, 4:31.
6. Huamán M, Consejería y anticoncepción postaborto. *Ginecol y Obstet* 1994, 40:31.
7. INE encuesta demográfica y de salud 91-92 Perú.
8. Parker K. Anticoncepción para los años de transición de las mujeres mayores de 40 años. *Clínicas Obstet y Ginecol*, 1992, 4: 809.
9. Peterson H, Leen N. Efectos anticonceptivos orales sobre la salud. *Clínicas Obstet y Ginecol*. 1989, 2: 329.
10. Shelton J, Angle M, Jacobstein R. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 1992, 340:1334
11. Tang L y col. El aborto en el Perú. *Ginecol y Obstet* 1992, 340:1334.
12. Távara L, Benavides A. *Reproducción Humana* 1991.