



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1996; 42 (1): 57-58

Salud reproductiva

DR. ROBERTO REDHEAD

Las necesidades fundamentales de la salud de la mujer se manifiestan desde la niñez y son influenciadas por la nutrición, estatus socioeconómico y el rol sexual (el rol asignado por la sociedad) y el medio ambiente. Bajo estos presupuestos, la salud reproductiva está estrechamente vinculada con los derechos básicos y fundamentales de la persona.

Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Según este principio universal, la salud reproductiva significa: Que toda persona tiene la facultad de reproducirse y de regular su fertilidad, con el total conocimiento de las consecuencias personales o sociales de sus decisiones y tiene, además, el libre acceso a los medios que los implantan; las mujeres deben estar en condiciones necesarias para llevar adelante su embarazo y parto con seguridad y que el resultado final sea satisfactorio y de bienestar familiar; la pareja debe ser capaz de tener relaciones sexuales, libre de un medio de embarazo no deseado o de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

En el transcurso de las últimas décadas, tanto los gobiernos como los profesionales de la salud fueron impactados con el concepto de "la explosión demográfica" y sus consecuencias sobre la salud y el desarrollo de los pobladores. Ambos vieron urgente la necesidad de regular el número de nacimiento como la mejor respuesta a esta amenaza; por lo que creyeron indispensable implementar centros de planificación familiar como única y exclusiva medida de lucha.

Las personas aludidas por estas disposiciones se sintieron vulneradas y defendieron sus derechos, exigiendo educación, igualdad de oportunidades de trabajo, servicio de salud adecuada, entre otros. Decían que, pretender solucionar este problema tan complejo con el uso de anticonceptivos solamente, significa considerar a las mujeres como simples fábricas de niños, cuya producción debe ser controlada, e ignorar que son personas que asumen sus propias decisiones y responsabilizan de ellas.

La mayoría de estos programas de planificación familiar, a pesar de haber mejorado mucho, todavía no sirven adecuadamente a las usuarias. En la mayoría de los casos, el personal que presta servicios no está adecuadamente preparado, está desmotivado, recibe mínima supervisión o simplemente carece de ella; tiene bajos salarios y objetivos ambiguos. Estas circunstancias hacen que se rutinice y disminuya, más aún, la calidad de la atención. Las usuarias deben esperar largas horas, para recibir una atención de mala calidad y, lo más importante, no tiene oportunidad de ser informadas sobre los distintos métodos disponibles, porque algunos programas están mal abastecidos o porque el asesoramiento es muy pobre.

Si nosotros analizamos la contribución que han hecho los programas de planificación familiar a la disminución de la fecundidad en los países de desarrollo, se puede decir que es muy difícil separar los efectos logrados por la provisión de métodos anticonceptivos de los cambios económicos y sociales que se han operado simultáneamente; existe una encrucijada conceptual cuando, junto con el reparto de anticonceptivos se aprecia una ligera disminución de la mortalidad materna e infantil, la esperanza de vida aumenta el porcentaje de los que viven en extrema pobreza, sin acceso a los servicios de salud primaria; la desocupación aumenta, el estándar de vida disminuye y las epidemias (el cólera y la malaria son buenos ejemplos) vuelven.

En un intento por cuantificar el efecto relativo que produce los cambios económicos y sociales y el que produce los programas planificación familiar sobre la declinación de la fertilidad, se ha concluido que el 60% de éste tiene



relación con los primeros y sólo el 40% con los programas. Cuando las dos acciones se conducen simultánea y planificativamente, tienen más que un efecto aditivo, un efecto sinérgico: "uno potencia al otro".

Se ha cuestionado repetidamente si, con el sólo hecho de entregar anticonceptivos, se puede crear la costumbre del uso sostenido de los mismos. En muchos países, este hecho ha contribuido a que continúe el crecimiento acelerado de la población; porque, muchas usuarias los discontinúan por desconfianza o los usan mal por desconocimiento o por falta de motivación; terminan teniendo más hijos de los que deseaban.

Además, en los países de alta prevalencia de uso, no significa, necesariamente, que existen simultáneamente altos índices de calidad de la atención de la salud. Recientes estudios en Brasil, donde el 70% de mujeres con pareja usan anticonceptivos, demuestra que de un tercio a la mitad de las usuarias tenían un riesgo de moderado a severo para el uso de la píldora: eran fumadoras, tenían más de 35 años de edad, sufrían hipertensión arterial u otros problemas cardíacos, o tenían alguna otra condición que las ponían en riesgo (Costa, S. H. Martins I. R. Da Silva Freitas et al. Rev de Saude Pub. 25, (2) abril 1991).

Además, cuando las condiciones económicas no mejoraban, la familia numerosa es vista como proveedora de economía y seguridad, sobre todo en áreas donde la mortalidad infantil sigue siendo alta. Tener muchos hijos es el mejor camino para asegurarse que, los que sobreviven, se convertirán en ayuda para el soporte familiar. Al contrario, en muchas sociedades, los cambios en las condiciones económicas han mejorado las oportunidades de las mujeres para educarse, alimentarse mejor, mantenerse saludables, competir en el mercado del trabajo en igualdad de condiciones; simultáneamente, han declinado los promedios de fertilidad.

La correlación positiva más constante que existe se observa entre la educación y las familias pequeñas. La exacta relación de esta asociación no es muy entendida; pero está perfectamente demostrado que la educación de una niña contribuye a mejorar sus habilidades para decidir, responsablemente, sobre su propia vida en la etapa adulta, mejorar su status social y aplazar la edad para tener descendencia. En muchos casos, el motivo para tener una familia corta aparece cuando se hacen factibles las oportunidades de bienestar y progreso. Parece definitivamente cierto que el desarrollo es el mejor anticonceptivo.

Es de esperar que los conceptos sobre los programas de planificación familiar cambien, para bien de todos, y que de un simple concepto de distribución de anticonceptivos, mejore la calidad de la atención y, fundamentalmente, la consejería, la investigación sobre los riesgos y beneficio de su uso y el estudio sobre las motivaciones para usarlos o dejarlos de usar.

Con la ayuda de concepto, universalmente aceptado, de la existencia de la pandemia del HIV y además de transmisión sexual, se ha priorizado la idea de trabajar a favor de la salud reproductiva, que debe constituir el modelo más eficaz para la solución integral de los problemas de salud de la población de un país; sobre todo, en el contexto económico del subdesarrollo.

Una propuesta amplia de salud reproductiva, desde esta perspectiva, es preferible a un programa de salud materna y planificación familiar, por razones siguientes:

1. Es difícil definir con exactitud dónde empieza la salud materna; ¿acaso, el organismo de una mujer cuenta desde el momento que empieza el embarazo? Es que las condiciones, buenas o malas, ya están instaladas con anterioridad a ese evento?
2. Los problemas de la salud materna no son otra cosa que la repercusión de las condiciones establecidas desde la niñez: nutrición desarrollo, educación, medio ambiente y otros.
3. La muerte materna, es cierto, es el indicador más sensible de un país; pero, es sólo la punta del iceberg, construido, sobre la base del secular descuido de la salud que hace que la muerte materna sea el último paso obligado, en un camino previamente trazado por las condiciones socioeconómicas desmejoradas. Situación de Draper reconoce como la cadena letal de causa que hacen vulnerable a estas mujeres en el embarazo o parto, por lo que ha instado a los gobiernos a abordar el problema con criterio multidisciplinario y no únicamente médico, mucho menos obstétrico. De otra manera, sólo se soluciona el epílogo de una serie de eventos con muchos componentes y que no son de responsabilidad ni del hospital ni del médico, exclusivamente.
4. Muchas mujeres de los países subdesarrollados padecen de una serie de condiciones mórbidas que son exacerbadas durante el embarazo. Reconocerlas, antes del inicio, de un embarazo, es la única forma de evitar el embarazo de riesgo alto, causa principal de los guarismos altos de mortalidad materna y perinatal, a despecho del uso de la tecnología moderna, sofisticada y cara.



5. Finalmente, la naturaleza y extensión de la morbilidad de la mujer después del parto, hasta el momento no ha sido suficientemente estudiada; pero, se estima que en los países en desarrollo, por cada mujer que muere en el parto, 10 ó 15 sufren serias complicaciones que las deja en inferioridad de condiciones de subsistencia.

Referencias bibliográficas

1. OPS/OMS. Documento de referencia sobre estudios y prevención de la mortalidad materna. Noviembre 1986.
2. OPS/OMS. Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Agosto 1987.
3. OMS. La prevención de la tragedia Internacional sobre la maternidad sin riesgo. Nairobi, Kenya. Febrero 1987.
4. International Journal of Gynecology & Obstetric, Supplement 3 (1989)
5. Population Policies Reconsidered (Health, empowerment, and rights). March 1994.
6. Special challenges in Third World women's health. Chicago, Illinois. October 1989.
7. Ford Foundation. Reproductive health: A strategy for the 1990. New York. June 1991.
8. Mahler H. Maternidad sin riesgo. Nairobi 10-13 feb 1987.
9. The Culture of silence (Reproductive tract infections among women in the 3rd World). 1991.
10. OPS/OMS. Documentos básicos: Reproducción humana. Setiembre 1986.