

LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO COMPONENTE DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Gonzalo Echeverry, M.D.
Bogotá, Colombia

Desearía comenzar con una breve cita del excelente artículo de Exkhholm y Newland publicado en *Population Reports* en Marzo de 1977 bajo el título de "El Factor de Planificación Familiar en Salud":

"Desde hace mucho tiempo se ha reconocido al agua pura, al ambiente sano y a la alimentación nutritiva, como los requisitos esenciales de la buena salud. Recientemente, las investigaciones médicas han revelado que hay otro componente esencial de las estrategias de salud: la planificación familiar . . ."

" . . . Hoy día, ningún programa de salud puede considerarse completo mientras no ofrezca fácil acceso a medidas adecuadas de planificación familiar para todos los padres en potencia . . ."

" . . . El tener los hijos muy pronto o muy tarde en la vida, el tener demasiados hijos o el tenerlos a intervalos de tiempo muy cercanos, coloca a las madres y a los hijos mismos en situación de alto riesgo . . ."

No creo que el objeto de este simposium sea discutir la innegable verdad de las anteriores afirmaciones, como tampoco pienso que ninguno de los distinguidos ginecologistas presentes vaya a estar en desacuerdo con que la planificación familiar es un componente esencial de las estrategias de salud materno-infantil. Bajo estas bases, trataré de analizar la manera como la planificación familiar debe y puede ser una parte integrante de los servicios públicos de salud, a los cuales tiene derecho todo ser humano.

En los países en desarrollo, los servicios de salud están permanentemente enfrentados a innumerables obstáculos, siendo uno de los principales el desequilibrio entre una inmensa demanda originada en las precarias condiciones de nutrición, saneamiento y educación que afectan especialmente a la población rural, y una modesta entrega de servicios debida a escasez de personal profesional, dificultades de comunicación, presupuestos insuficientes, inevitable interferencia política y burocrática.

Las anteriores circunstancias hacen que el cubrimiento poblacional alcanzado en programas de salud sea a veces un poco más que incompleto. Es una situación que no puede ser modificada por el sólo deseo de hacerlo o por la disponibilidad de fondos y, por lo tanto, las estrategias de salud en países en desarrollo han tenido que ser modificadas por la asignación de algunas funciones médicas a personal paramédico y por la utilización de miembros de las comunidades en programas simplificados de salud, para poder alcanzar a una parte un poco mayor de la población. Las modernas tendencias de la medicina simplificada y los programas de atención primaria de la salud no son otra cosa que el resultado de la incapacidad de los programas convencionales para alcanzar a las poblaciones marginadas de las ciudades y del área rural.

Si aceptamos que la planificación familiar es un componente esencial de las estrategias de salud, encontramos que sus campañas y servicios enfrentan los mismos inconvenientes mencionados atrás. La planificación familiar convencional de enfoque clínico con servicios basados en el examen previo de cada usuaria y en la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos por personal médico especializado tuvieron su justificación e importancia en la década de los años 60; sin embargo, los altos costos de operación, la falta de personal profesional adiestrado y una cobertura mínima que apenas alcanzó a una fracción de la población urbana, hicieron imposible establecer más de unas pocas clínicas en las principales ciudades.

Por consiguiente, grandes masas de población quedan por fuera de los servicios: la población rural, los habitantes de la periferia de las ciudades, y los de los centros urbanos menores no servidos por las pocas clínicas en marcha; en otras palabras, aquellas personas que hoy en día se identifican universalmente con el calificativo de "pobres". Además, a la falta de servicios clínicos suficientes hay que agregar factores intrínsecos dependientes de las mismas poblaciones marginales, que hace aún más insuficiente el enfoque clínico tradicional: temor a los exámenes pélvicos, deseo de privacidad, timidez, distancia, falta de tiempo y de dinero. Luego, la prioridad que los gobiernos e instituciones de planificación familiar conceden a las ciudades, tendencia fácilmente comprensible en vista de que los resultados obtenidos allí son fáciles e inmediatamente cuantificables, lo que no pasa en las áreas habitadas por los "pobres". Finalmente, gobiernos, organizaciones privadas o aún individuos, que ni siquiera se dan cuenta de que los "pobres" existen y han sido excluidos de los servicios existentes de salud y de planificación familiar. El fácil éxito de los programas clínicos urbanos polariza su atención y, simplemente, no notan que una gran mayoría de la población se halla carente de todo servicio.

Por fortuna, cada vez se va creando una mayor conciencia de la necesidad de llevar la planificación familiar a los "pobres" de las ciudades y de los campos y, a pesar de la magnitud del problema, va surgiendo una solución agresiva y nueva en forma del concepto de la distribución no clínica de anticonceptivos mediante activa cooperación de elementos de la comunidad. El anterior sistema, ya ampliamente conocido hoy en día como Distribución Comunitaria de Anticonceptivos, se basa en los siguientes principios:

1. Crea y utiliza nuevos canales de comunicación para llevar la información a grupos marginados rurales y urbanos.
2. No depende de personal profesional escaso y costoso, no requiere exámenes médicos que fastidian a la usuaria, conserva la privacidad y el anonimato, elimina el

- gasto de tiempo y dinero requerido para viajar a clínicas distantes, etc.
3. Se dirige al usuario en donde éste reside, en vez de esperar a que el usuario venga al programa.
 4. Utiliza anticonceptivos subsidiados que eliminan la barrera de los altos costos.
 5. Logra la participación de elementos voluntarios de las comunidades en forma que éstas lleguen a considerar que el programa es suyo y no de una institución o gobierno. Cuando se ha logrado constituir un cuerpo de voluntarios debidamente motivados y adiestrados, ellos toman en sus manos el programa, lo mantienen y defienden, y le quitan cualquier matiz de imposición política, institucional o clasista.
 6. El uso de la píldora anovulatoria como un anticonceptivo de carácter no clínico que puede ser puesto en manos de voluntarios no profesionales y distribuido por ellos, ha sido el más atrevido pero a) mismo tiempo el más importante de los pasos que ha habido que dar para este fin. Sin él, hubiera sido imposible implementar un programa comunitario eficaz; y la solución habría estado muy lejos de ser satisfactoria.

Es lo que los "pobres" necesitan y buscan, pero los obstáculos a un enfoque nuevo son siempre numerosos y, desafortunadamente, proviene en su mayoría de la profesión médica. Es por ello que, después de lamentar que circunstancias insalvables me impidieran presentar personalmente estas opiniones, me alegro poder manifestarles en un Congreso de Gineco-Obstetras y poder decir a mis colegas de la especialidad cómo la distribución de la píldora anovulatoria sin prescripción médica y sin servicios clínicos directos no es un pecado tan grande contra la profesión sino un avance que permite llevar la planificación familiar eficaz a grupos poblacionales que, de otra manera, quedarían por fuera de los programas.

Como ginecólogos, sabemos que los potentes esteroides que entran en la composición de la píldora anticonceptiva tienen ciertos riesgos potenciales, pero:

- a) Tenemos que aceptar con toda honestidad que un examen médico previo al uso del método no excluye la posibilidad de reacciones desfavorables y que sólo el uso determina quién ha de padecer efectos secundarios y quién no.
- b) Las contraindicaciones absolutas del método son muy pocas, su frecuencia es mínima y su detección se hace más que todo por el interrogatorio.
- c) En América Latina es un hecho cumplido que las mujeres usan la píldora anovulatoria por auto-prescripción y sin intervención profesional médica: De una encuesta entre directores de Asociaciones de Planificación Familiar de 21 países de América Latina, resultó que en 19 de ellos cualquier mujer puede obtener sin prescripción médica la cantidad de anticonceptivos orales que desee o pueda pagar. Ahora bien, no hay razón para exigir a los "pobres" los exámenes y requisitos a los cuales no se someten quienes tienen a su alcance los anticonceptivos en cualquier expendio.
- d) Se estima que en Colombia 750,000 mujeres están practicando anticoncepción oral. Más del 90% de éstas lo hacen sin prescripción médica, sin que sepamos de ningún caso de fallecimiento por enfermedad trombo-embólica ocasionada por la píldora. Pareciera que el sistema vascular de las mujeres de América Latina reacciona a los estrógenos en forma diferente de como lo hacen las habitantes de los países del Norte.
- e) Los beneficios del método superan, con mucho a los riesgos inherentes. Sea que se trate de diabetes, hipertensión, lesión del hepatocito, enfermedad trom-

boembólica o edad superior a 35 años, el embarazo será siempre muchas veces más peligroso que la píldora.

- f) Por último, al hablar de programas comunitarios de planificación familiar no se pretende ignorar las contraindicaciones o excluir la atención médica cuando esta se requiere, y no es difícil diseñar un sistema de referencia al médico de los casos en que sea necesario, como ocurre con cualquiera de los modernos programas de atención primaria en salud.

Es cierto que lo anteriormente significa el sacrificio de arraigados principios por parte de los médicos y, muy en especial, de los gineco-obstetras.

Pero es también cierto que hoy existe el consenso de que es necesario hacer sacrificios similares para poder adelantar con éxito campañas de atención materno-infantil dentro del concepto de atención primaria de la salud, y que los colegas de la especialidad han acogido complacidos la simplificación de los sistemas y la delegación de funciones para poder llevar aquellos a las áreas rurales remotas que no pueden tenerlos dentro del marco convencional. De la misma manera, debemos aceptar el concepto primario dentro de la planificación familiar y no oponernos sino más bien estimular y respaldar con nuestra autoridad científica los programas de distribución comunitaria de anticonceptivos, para no llegar demasiado tarde a los "pobres" de las áreas rurales o de la periferia de las ciudades. No sólo los médicos sino también los demás profesionales vinculados de una u otra manera a las campañas de atención materno-infantil, tales como sociólogos, psicólogos, evaluadores, comunicadores, administradores, etc., debemos de poner mucho de nuestro orgullo y celo profesionales y tener el valor de apartarnos de tradicionales normas académicas o técnicas para establecer programas en donde el sentido común, el entusiasmo, el deseo de servir a la comunidad y el uso adecuado de los recursos existentes sean los componentes primordiales.

La anterior concepción de un programa comunitario de planificación familiar como parte de los servicios de atención primaria en salud materno-infantil parecería un mejor ejercicio imaginativo, algo irreal, utópico, inalcanzable. Así pareció en Colombia a finales de 1970 cuando PROFAMILIA, una institución privada de planificación familiar, comenzó a llevar información y servicios a la población rural bajo los postulados tantas veces enunciados atrás. Sin embargo, hoy en día, después de ocho años de trabajo, aquella utopía es una hermosa realidad que ha permitido extender la planificación familiar con distribución de tipo comunitario a ciento cincuenta mil usuarias de áreas rurales y urbanas en el país, ampliando así enormemente la siempre modesta cobertura de los servicios clínicos.

Está demostrado que la planificación familiar con distribución comunitaria de los anticonceptivos, incluida la píldora anovulatoria, es factible. Colombia y otros países de América Latina que han seguido su ejemplo adaptando los principios básicos a las circunstancias locales, lo demuestran. La factibilidad se hace aún mayor cuando hay la oportunidad de integrar la planificación familiar con programas simplificados de atención materno-infantil. La experiencia nos enseña todos los días que no están corriendo riesgos graves ningunos y que más bien se está ayudando en forma invaluable a las familias pobres de América Latina que con todo el derecho desean limitar su fecundidad. Nos queda a los ginecólogos el deber de no ser un obstáculo para que quienes se quedaron al margen de los servicios convencionales, puedan también beneficiarse de los adelantos de la tecnología anticonceptiva. Tendremos así la satisfacción de haber prestado un servicio más a las mujeres y madres de nuestra América