

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL SIGLO XXI

Una deuda pendiente

Por Dr. Miguel Alfonso

El acceso a una planificación familiar segura y voluntaria es un derecho humano. La planificación familiar es fundamental para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y es un factor clave para reducir la pobreza. Sin embargo, unos 217 millones de mujeres que quieren utilizar métodos de planificación familiar seguros y eficaces no pueden hacerlo porque carecen de acceso a la información, los servicios o el apoyo de sus parejas o comunidades. Esto amenaza su posibilidad de crear un mejor futuro para ellas mismas, para sus familias y sus comunidades [(OMS (2018), *Planificación familiar, Organización Mundial de Salud, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>*)].

La evidencia acumulada durante varias décadas muestra que cuando existen programas de planificación familiar, las mujeres tienen entre un 5 % y un 35 % menos de hijos y espacian sus embarazos más. Cuando se les brindan recursos y acceso a anticonceptivos asequibles, las niñas y las mujeres obtienen mejores resultados

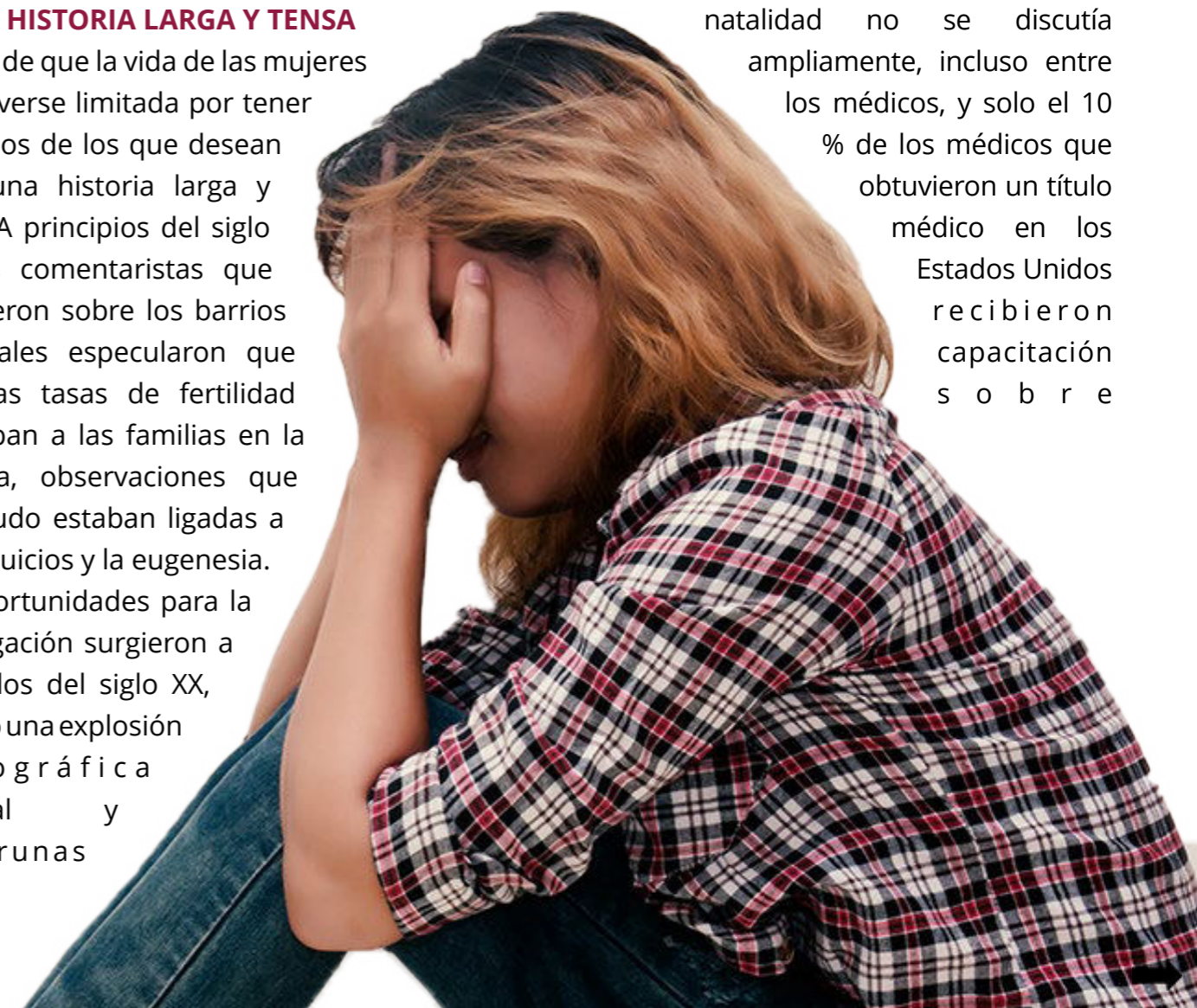
en términos de educación, participación en la fuerza laboral, elección de trabajo, salud y mucho más. Y sus hijos, y a menudo sus comunidades enteras, también se benefician.

1. UNA HISTORIA LARGA Y TENSA

La idea de que la vida de las mujeres puede verse limitada por tener más hijos de los que desean tiene una historia larga y tensa. A principios del siglo XX, los comentaristas que escribieron sobre los barrios marginales especularon que las altas tasas de fertilidad atrapaban a las familias en la pobreza, observaciones que a menudo estaban ligadas a los prejuicios y la eugenesia. Las oportunidades para la investigación surgieron a mediados del siglo XX, cuando una explosión demográfica mundial y hambrunas

simultáneas coincidieron con la creciente disponibilidad, asequibilidad y aceptación de las píldoras anticonceptivas y otras formas de anticoncepción.

Antes de 1920, el control de la natalidad no se discutía ampliamente, incluso entre los médicos, y solo el 10 % de los médicos que obtuvieron un título médico en los Estados Unidos recibieron capacitaciones sobre



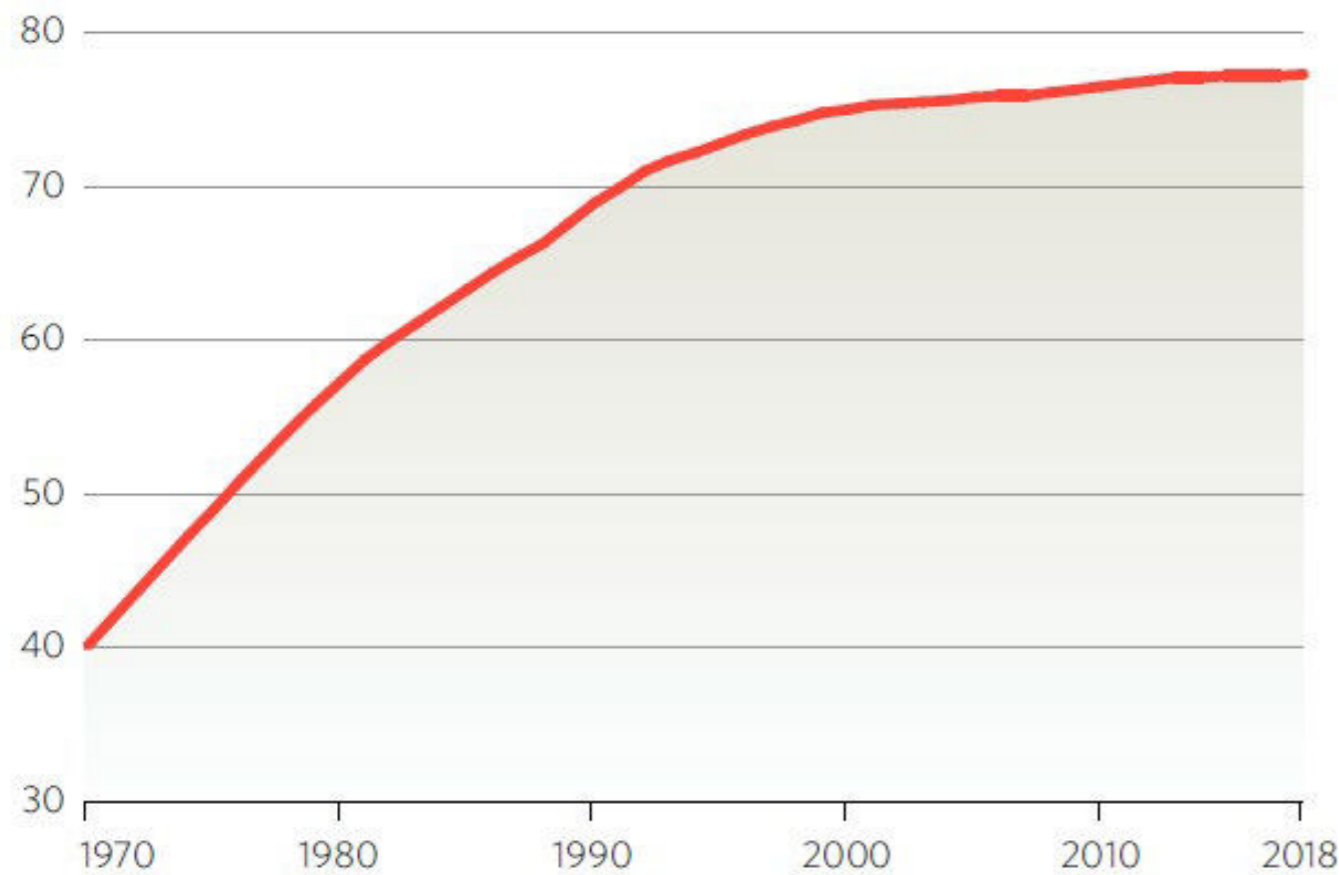


Figura 1. Demanda de planificación familiar atendida con métodos anticonceptivos modernos: porcentaje entre mujeres casadas o en unión libre, 1970-2018 (UNFPA, 2019).

anticoncepción. Pero en 1959, la marea había cambiado y el 73 % de los encuestados en una encuesta de la empresa de encuestas estadounidense Gallup estuvo de acuerdo en que “la información sobre el control de la natalidad debería estar disponible para cualquiera que la desee”. Se estaban produciendo cambios similares en otras partes del mundo. En el decenio de 1990, se estaban ejecutando programas de planificación familiar a gran escala en 115 países (Figura 1).

2. LOS OBSTÁCULOS EXISTENTES

El Programa de Acción del

CIPD reconoció que lo que el mundo necesitaba era proporcionar a las mujeres, las parejas y las familias acceso a una gama de intervenciones de salud sexual y reproductiva, y lograr cambios sociales y económicos que permitieran empoderar a las mujeres, respetar sus derechos y ayudar al mundo a avanzar hacia la igualdad de género.

La agenda global para la salud y derechos sexuales y reproductivos está vinculado a la igualdad de género y al bienestar de la mujer, y afecta la salud de los recién nacidos, niños, adolescentes

y las madres, así como a sus roles en la configuración del futuro desarrollo económico y la sostenibilidad del medio ambiente (Starrs, A. et al. (2018), “Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission.”, *Lancet* (London, England), Vol. 391/10140, pp. 2642-2692, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)).

A pesar de los progresos realizados, algunos servicios de planificación familiar siguen siendo inaccesibles para muchas mujeres y niñas en todo el mundo.

Las normas de género desiguales siguen constituyendo uno de los principales lastres para el progreso de las mujeres y las niñas, e impiden que estas decidan libremente en lo relativo a las cuestiones fundamentales que influyen en su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.

Estas decisiones son inherentemente relacionales, ya que implican la interacción con los demás, especialmente con la pareja sexual o sentimental, pero también con miembros de la familia extensa, miembros de la comunidad o instituciones, como clínicas y hospitales. La capacidad de decisión de una persona en cada relación se experimenta y se determina en distintos planos.

2.1. Desigualdad de los ingresos:

La relación entre la pobreza y la falta de acceso es compleja; si bien los costos financieros de los servicios y suministros de salud en algunos casos pueden obstaculizar el acceso, los ingresos están vinculados a numerosas fuerzas sociales, institucionales, políticas, geográficas y económicas que también pueden influir en las posibilidades de acceso de una persona (Figura 2).

Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado, por nivel de desarrollo, lugar de residencia y quintil de riqueza (año más reciente disponible)

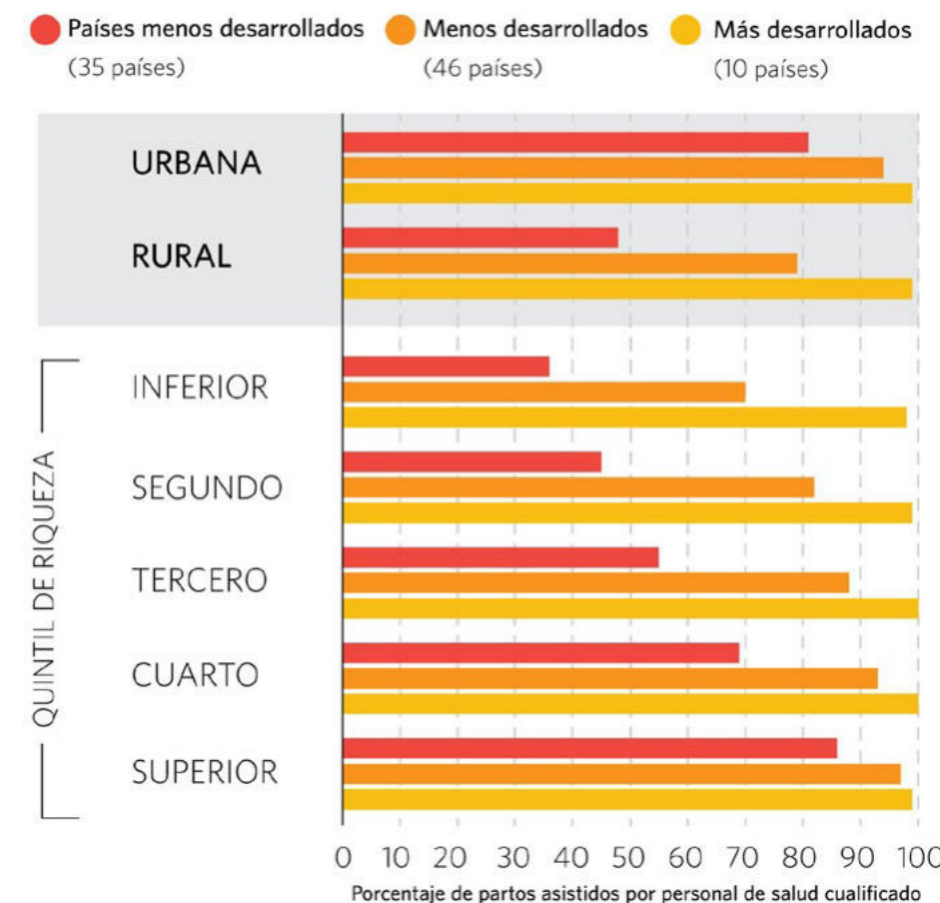


Figura 2. La relación entre la pobreza y la falta de acceso es compleja; si bien los costos financieros de los servicios y suministros de salud en algunos casos pueden obstaculizar el acceso, los ingresos están vinculados a numerosas fuerzas sociales, institucionales, políticas, geográficas y económicas que también pueden influir en las posibilidades de acceso de una persona (Informe de la UNFPA, 2019).

2.2. Falta de instalaciones, proveedores y suministros:

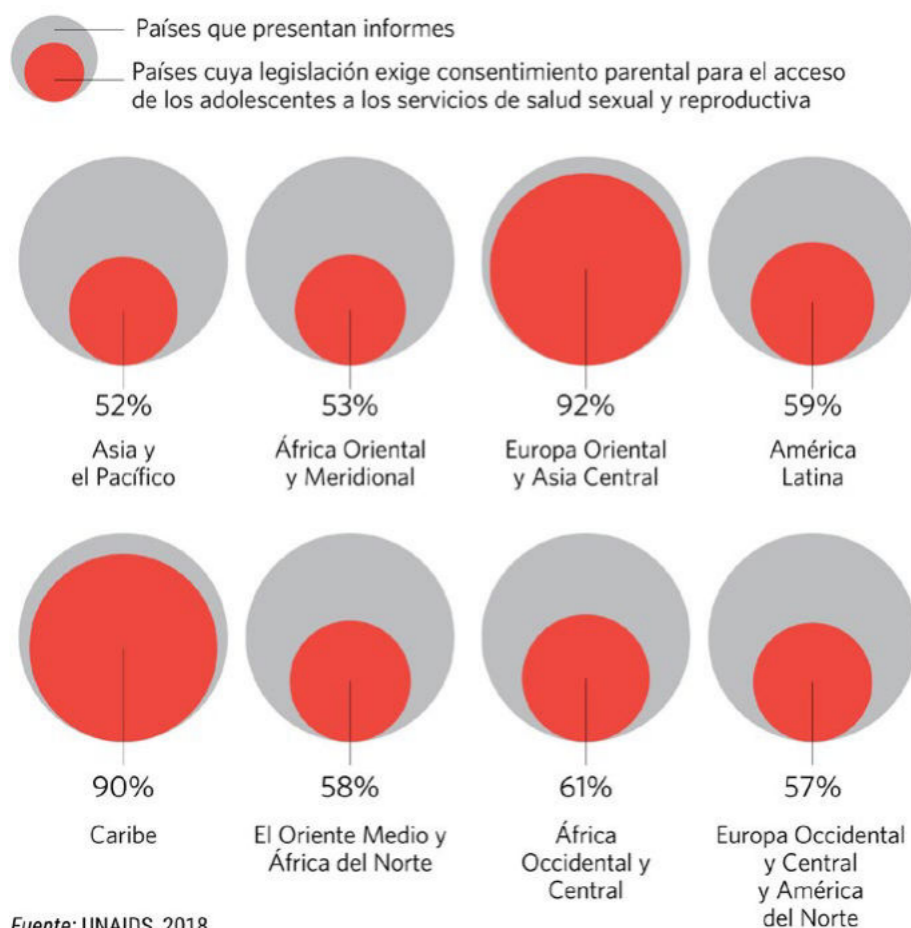
Puede que una mujer que busca información y servicios de salud sexual y reproductiva no encuentre ningún proveedor en su comunidad. Si cuenta con medios para sufragar el transporte a una clínica de una comunidad vecina, al llegar allí quizá descubra que carece de los equipos o suministros adecuados para los servicios que necesita.

Es posible que ese día no trabajen suficientes profesionales de la salud, si es que los hay, que no estén capacitados para ofrecer información o servicios apropiados, o que no estén en condiciones de ofrecer privacidad u otras medidas que le permitirían sentirse segura y respetada.

2.3. Obstáculos jurídicos:

En ocasiones, la legislación exige que las mujeres o los adolescentes que desean

Países cuya legislación establece una edad mínima de libre consentimiento para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, 2018



Fuente: UNAIDS, 2018

acceder a los servicios de salud cuentan con la autorización de terceros. Puede que la legislación penalice las relaciones entre individuos del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas, obligue a las personas a esconderse y les impida que busquen o reciban la información y los servicios que necesitan. Las leyes relacionadas con el acceso al aborto abarcan un amplio espectro, desde la prohibición total a ninguna restricción. Cuanto más restrictivo sea el entorno jurídico, mayor será la

proporción de abortos en condiciones de riesgo (Figura 3).

2.4. Normas, actitudes y prácticas

La marginalización y el temor a ser estigmatizados en su comunidad pueden impedir que las personas soliciten los servicios que necesitan y a los que tienen derecho; como consecuencia, sufren un mayor riesgo de violencia sexual, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.

Figura 3. En ocasiones, la legislación exige que las mujeres o los adolescentes que desean acceder a los servicios de salud cuenten con la autorización de terceros. Puede que la legislación penalice las relaciones entre individuos del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas, obligue a las personas a esconderse y les impida que busquen o reciban la información y los servicios que necesitan. Las leyes relacionadas con el acceso al aborto abarcan un amplio espectro, desde la prohibición total a ninguna restricción. Cuanto más restrictivo sea el entorno jurídico, mayor será la proporción de abortos en condiciones de riesgo (Informe de la UNFPA, 2019).

2.5. Insuficiente educación sexual:

Debido a las percepciones erróneas o la falta de conocimientos acerca de la sexualidad, el cuerpo humano y su desarrollo, los derechos y las cuestiones de género, puede que una persona joven no esté preparada para tomar decisiones acerca de su salud reproductiva.

Los adolescentes a menudo carecen de conocimientos sobre cuestiones de salud y la forma de acceder a la atención de la salud, lo que restringe su capacidad para prevenir tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual (Figura 4). Los prejuicios sociales contra la actividad sexual entre adolescentes antes del matrimonio pueden incrementar los costos

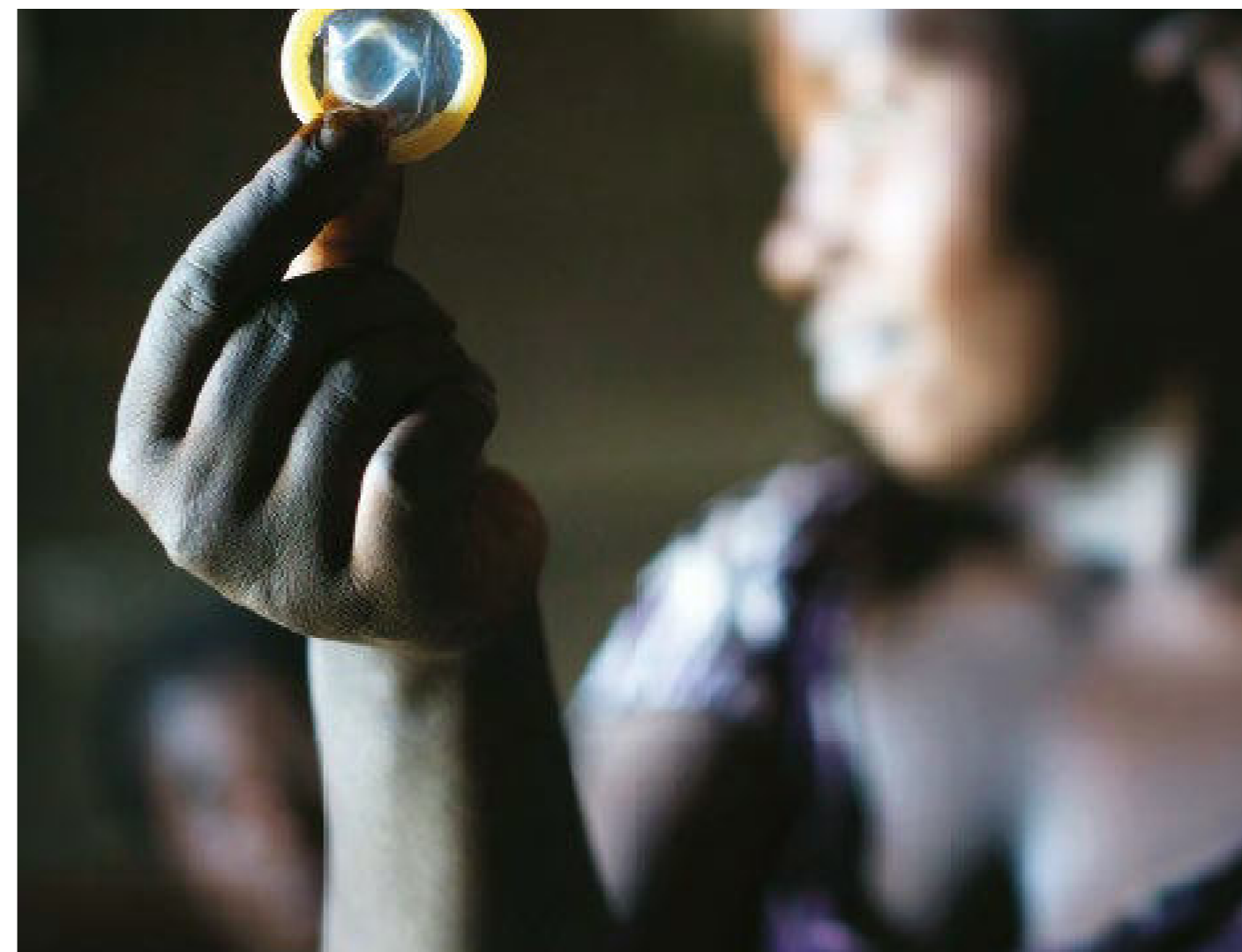


Figura 4. Los adolescentes a menudo carecen de conocimientos sobre cuestiones de salud y la forma de acceder a la atención de la salud, lo que restringe su capacidad para prevenir tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual.

sociales y el estigma asociados al hecho de recurrir a los servicios, e imponer restricciones jurídicas a su libre acceso. Numerosas adolescentes contraen matrimonio cuando aún son niñas, una violación fundamental de sus derechos.

Los programas de educación sexual basados en el plan de estudios tienen por objeto dotar a los niños y los jóvenes de conocimientos, competencias, actitudes y valores que los empoderarán

para que comprendan sus derechos y garanticen que se respetan a lo largo de sus vidas.

3. LA CRISIS DE UN PAÍS INFLUYE SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Las crisis pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas y constituir una amenaza para su vida. Debido a las prisas iniciales para proporcionar alimentos y refugio, los equipos de respuesta pueden descuidar la necesidad adicional de

protección y de disponibilidad de los servicios.

Debido a la falta de servicios o a las restricciones jurídicas:

- * el acceso a sistemas anticonceptivos es extremadamente limitado
- * el riesgo de embarazos no planeados y de infecciones de transmisión sexual es extremadamente alto
- * los servicios de aborto sin riesgo con frecuencia son mínimos o inexistentes en

situaciones de crisis.

En los países en situaciones de emergencia, cada día mueren más de 500 mujeres y niñas durante el embarazo y el parto, debido a la falta de parteras cualificadas o de procedimientos obstétricos de emergencia y a abortos en condiciones de riesgo. Las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños son especialmente vulnerables.

El trauma y la malnutrición suponen un peligro en el embarazo, y durante las emergencias muchas mujeres sufren abortos espontáneos o dan a luz de forma prematura. La falta incluso de las condiciones básicas para un parto limpio aumenta el riesgo de contraer una infección mortal tanto para la madre como para el niño.

Estas situaciones conducen a la necesidad de recurrir al aborto inseguro por parte de mujeres que están en embarazos no deseados, el cual representa el 13 % de la mortalidad materna mundial. En la **figura 4**, se puede observar el comportamiento de la mortalidad materna en los últimos 25 años en el mundo y por regiones, verificándose que ha descendido el 44 % desde

Figura 4. Estimaciones mundiales y regionales de la razón de la mortalidad materna (Alkema, L et al. The Lancet. 2016; 387: 462-74).

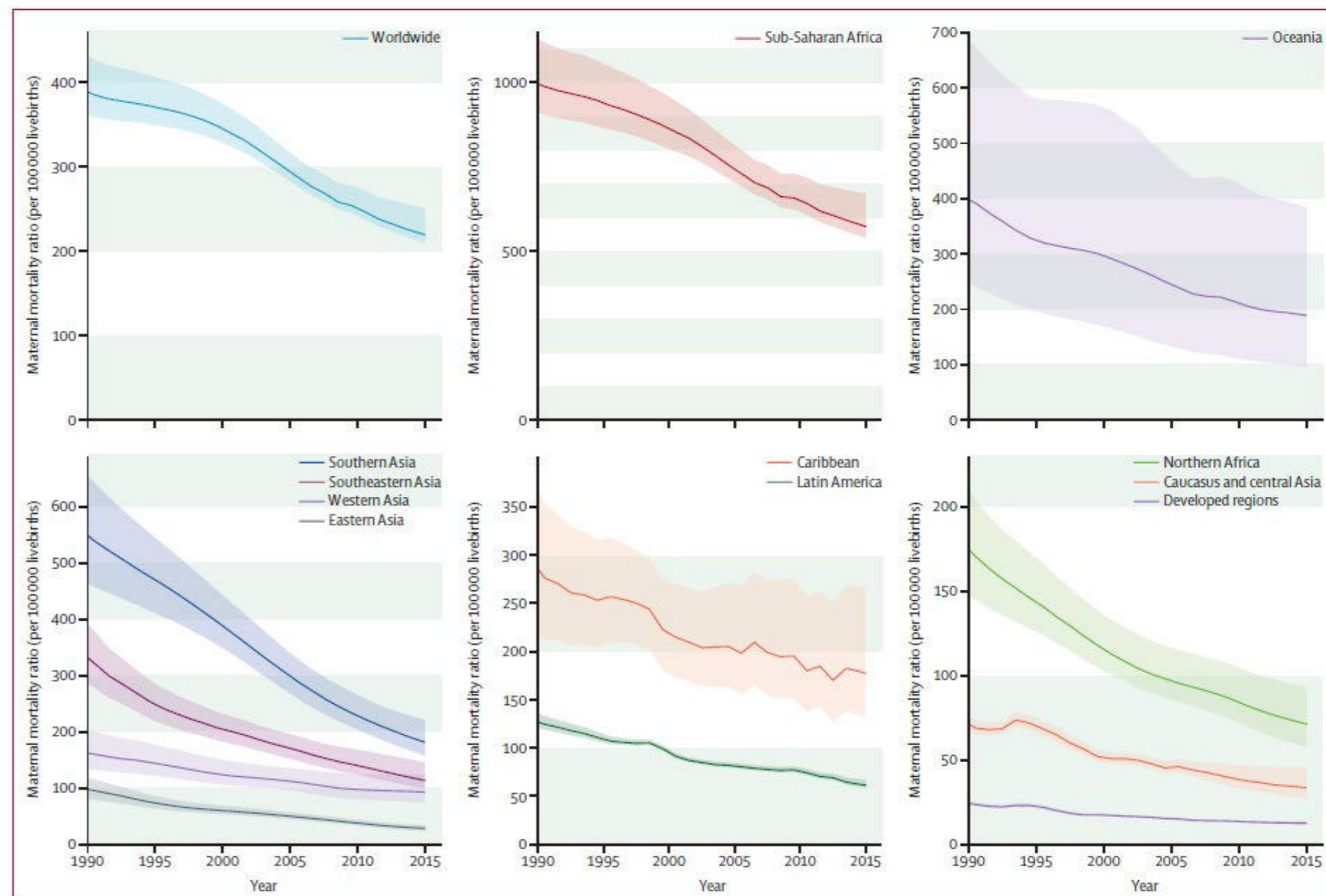
1990 tal mortalidad. Sin embargo, este progreso no es igual para cada una de las regiones del globo terráqueo.

En la región de América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas o que viven en relación de pareja, con necesidades de planificación familiar insatisfechas es de 10% para América Latina y 17% para el Caribe. La tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos de cualquier tipo es de 74% para América Latina y de 61% para el Caribe. El uso de anticonceptivos modernos es de 67%.

3.1. Misoprostol. De proabortivo a protector de la madre parturienta.

La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. La hormona oxitocina es el tratamiento preferido para la hemorragia posparto pero acarrea diversos problemas (**figura 5**).

Durante la década de 1980 surgió una nueva opción para prevenir la hemorragia posparto. El **misoprostol**, el cual es un análogo sintético



de un lípido llamado prostaglandina E₁ y ha sido desarrollado para prevenir y tratar úlceras. Su etiqueta advirtió contra tomarlo durante el embarazo porque causa contracciones uterinas.

Sin embargo, con las investigaciones clínicas realizadas en los últimos años, se sabe, hoy en día, que el misoprostol puede evitar

efizicamente la hemorragia posparto. El medicamento ha respondido a una necesidad clara e insatisfecha. La oxitocina se administra por inyección, pero es cara y, a menudo, se agota en los establecimientos de salud de los países de ingresos bajos y medianos (PIBM). El misoprostol, por el contrario, es barato y se puede almacenar a temperatura

ambiente, lo que lo hace ideal para los países de ingresos bajos y medianos.

Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud clasifica al misoprostol justo debajo de la oxitocina en la lista de medicamentos preferidos para prevenir la hemorragia posparto, y se recomienda cuando la oxitocina no está disponible. Su uso

generalizado ha contribuido a una disminución del 35 % en las muertes maternas en todo el mundo entre 2000 y 2017. Sin embargo, hasta noviembre de 2020, no había una recomendación clara para respaldar su distribución a mujeres embarazadas para su autoadministración.



Figura 5. La hemorragia posparto es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud clasifica al misoprostol justo debajo de la oxitocina en la lista de medicamentos preferidos para prevenir la hemorragia posparto, y se recomienda cuando la oxitocina no está disponible. Su uso generalizado ha contribuido a una disminución del 35 % en las muertes maternas en todo el mundo entre 2000 y 2017.

3.2. Venezuela. un país asediado y bajo pandemia.

La pandemia de la COVID-19 ha agudizado las brechas de género existentes en Venezuela, las cuales ya habían sido profundizadas por la emergencia humanitaria compleja que aqueja a nuestro país, siendo el acceso a los servicios de salud materna, y salud sexual y reproductiva en general, uno de los principales impactos para mujeres, niñas y adolescente.

Las necesidades de salud de las mujeres embarazadas, de las que necesitan acceder a abortos seguros, de las

que enfrentan emergencias obstétricas, así como la atención durante el parto y postparto, y la provisión de anticoncepción, incluyendo anticoncepción de emergencia, deben ser parte del paquete de servicios básicos y prioritarios en la contingencia generada por la pandemia. El Secretario General de la ONU ha señalado que la desviación de la atención y de recursos esenciales de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva en este contexto, pudiera resultar en mortalidad y morbilidad maternas exacerbadas, tasas elevadas de embarazos

entre adolescentes, y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH, entre otros.

En el caso de Venezuela, un país bombardeado intensamente por el bloqueo del Gobierno de los Estados Unidos, donde la población civil ha resultado el principal blanco de ataque. La escalada del bloqueo contra las fuentes de ingresos nacionales, principalmente PDVSA, y contra los fondos y activos de la República en el extranjero, han provocado una severa caída de las reservas y rentas nacionales, impidiendo la inyección de recursos



Figura 6. La relatora de la ONU, Alena Douhan, dio un resumen de un informe sobre el impacto negativo de las medidas coercitivas unilaterales (MCU) dirigidas contra Venezuela, afectando el disfrute de los derechos humanos de la población venezolana. Sus recomendaciones es que todos los Estados que revisen y levanten las sanciones selectivas de conformidad con los principios del derecho internacional, el Estado de derecho, los derechos humanos y el derecho de los refugiados, que garanticen la posibilidad de que los funcionarios del Estado de Venezuela representen al Estado sobre la base del principio de igualdad soberana de los Estados, y que garanticen los derechos de las personas afectadas a la presunción de inocencia, las garantías procesales, el acceso a la justicia y otros derechos fundamentales.

necesarios para sostener los servicios básicos y distribuir alimentos y medicinas a precios no especulativos.

Es importante señalar que el pasado 12 de febrero, la relatora de la ONU, Alena Douhan, dio un informe oficial sobre el impacto negativo de las medidas coercitivas unilaterales (MCU) dirigidas contra Venezuela, afectando el disfrute de los derechos humanos de la población venezolana. En el mencionado documento, se considera que considera que el estado de emergencia nacional anunciado por el

Gobierno de los Estados Unidos el 8 de marzo de 2015 como fundamento para introducir sanciones contra Venezuela, y repetidamente prorrogado, no se corresponde con los requisitos del art. 4 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, tales como la existencia de una amenaza para la vida de la nación, la limitación de las medidas a las exigencias de la situación, una duración limitada, la ausencia de discriminación, la prohibición de derogar el derecho a la vida y la prohibición de castigar una actividad que no

constituya un delito, como se menciona en la comunicación de los expertos en derechos humanos de 29 de enero de 2021.

Bajo este contexto y el de la pandemia, el personal de salud en el país ha venido enfrentando serios riesgos para ejercer su profesión en condiciones adecuadas y de seguridad. La pandemia de la COVID-19 agrava igualmente la situación de riesgo para el personal de salud para la prestación de servicios esenciales, incluyendo los de salud sexual y reproductiva.