

¿Cuál es la práctica comprobada de alto impacto en la prestación de servicios de planificación familiar?

Ofrecer orientación y servicios en anticoncepción como parte de la atención al parto en centros de salud antes de dar el alta.

Antecedentes

La oferta de servicios de métodos anticoncepción modernos como parte de la atención proporcionada durante los nacimientos aumenta el uso de anticonceptivos posparto y, probablemente, reduce tanto los embarazos no planeados como los embarazos poco espaciados.^{1,2} Los embarazos no planeados y los no espaciados suficientemente suponen una cuestión de salud pública ya que se asocian con un aumento en la mortalidad y morbilidad maternal, de niños y neonatos.³⁻⁵ Después de un nacimiento con vida, se recomienda un intervalo de al menos 24 meses antes de tratar de volver a quedar embarazada, en base a una investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de reducir el riesgo de un resultado negativo prenatal ya sea para el niño o la madre.⁶ A pesar de esta evidencia, el 61 % de las mujeres no utilizan ningún método efectivo de anticoncepción, en los 24 meses posparto, para evitar un embarazo no planeado.⁷



Madres con sus hijos recién nacidos en el área postnatal del hospital del distrito en Arrah, Bihar. ©Bill & Melinda Gates Foundation/Ryan Lobo

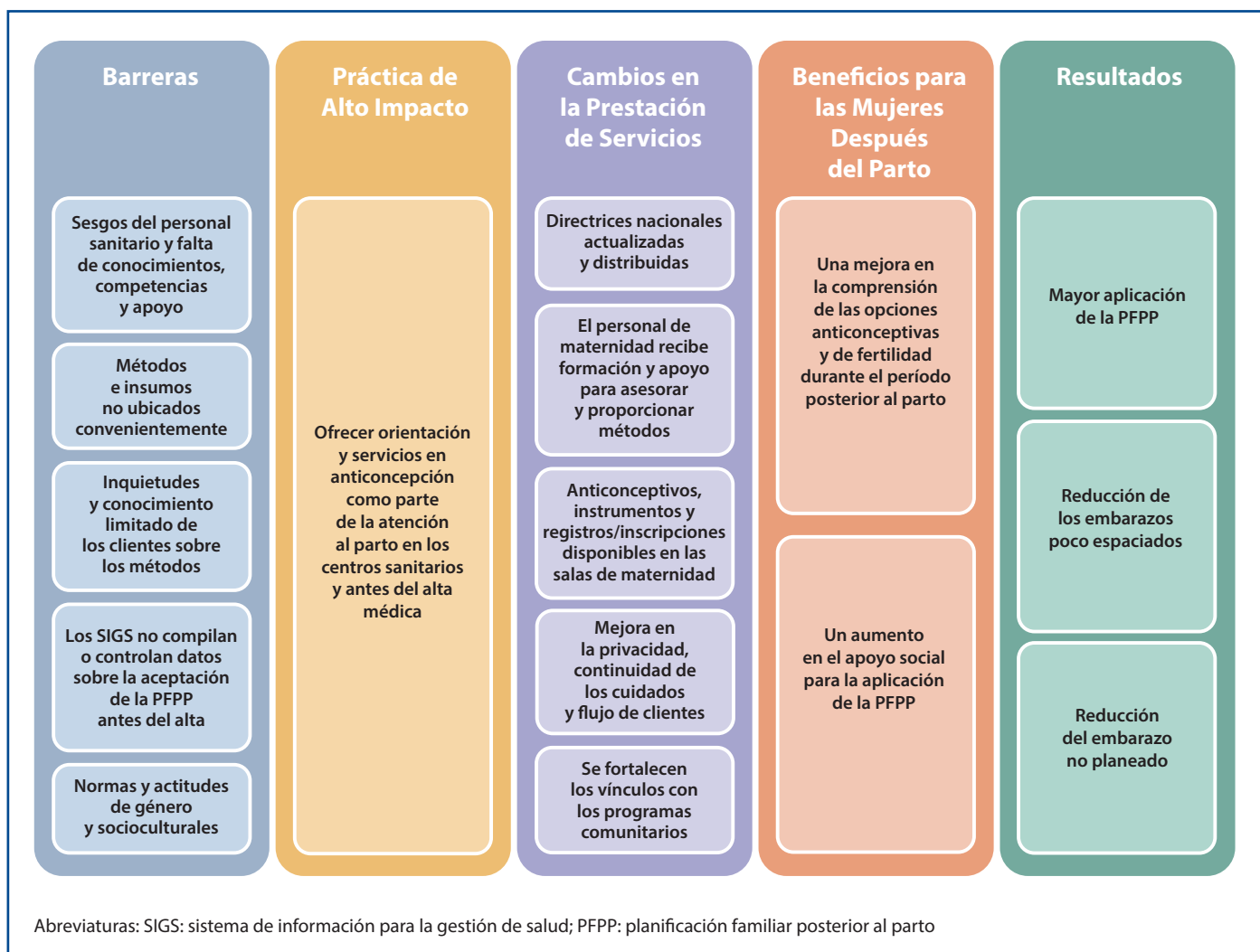
Existen muchas razones por las cuales las mujeres no utilizan un método anticonceptivo efectivo durante el período posparto, ya sean de tipo sociocultural o debido a las normas de género que regulan las prácticas postnatales,^{8,9} el período de vuelta a la actividad sexual,¹⁰ las prácticas de lactancia materna y las ideas erróneas de lo que supone la amenorrea de la lactancia,^{8,11} además de una carencia en el acceso a servicios de orientación anticonceptiva (consulte la figura 1). Esta reseña sobre las prácticas de alto impacto (PAI) en la planificación familiar resume esta evidencia, a la vez que proporciona pautas de implementación para ofrecer de forma proactiva la planificación familiar como parte de la atención posparto, a menudo denominado como el período inmediato de posparto. (La oferta de servicios durante el período posparto resulta un enfoque común al abordar las deficiencias de acceso a estos servicios; consulte, por ejemplo, la reseña sobre las PAI de integración de inmunización y planificación familiar).

La OMS recomienda que las mujeres reciban información sobre planificación familiar y sobre los beneficios sociales y en la salud de espaciar los embarazos durante la atención prenatal, inmediatamente después del nacimiento, y durante el posparto y el buen cuidado del niño, lo que incluye una supervisión de su crecimiento e inmunización.¹² Cada visita al profesional de la salud ofrece una oportunidad única de seguimiento y orientación al tiempo que se ofrecen servicios de planificación familiar. Sin embargo, cada oportunidad requiere de una atención deliberada para organizar los servicios, actualizar las prácticas del proveedor junto con las políticas, y movilizar los recursos necesarios para una implementación exitosa. Los servicios para el parto en los centros de salud ofrecen una plataforma ideal para llegar a las mujeres y a sus parejas a través de información de planificación familiar y servicios, siempre que se respeten los derechos de la mujer a la hora de elegir de manera informada.

La planificación familiar inmediatamente posparto (PFPP) es una de las PAI comprobadas e identificadas por el grupo asesor técnico de expertos internacionales. Una práctica comprobada posee suficiente evidencia para recomendar una aplicación generalizada como parte de una estrategia integral de planificación familiar, siempre y cuando exista una supervisión en la cobertura, la calidad, y el costo además de investigación en la implementación para fortalecer el impacto.¹³ Para maiores informações sobre outras PGI, Para más información sobre otras PAI, consulte <https://www.fphighimpactpractices.org/es/overview/>.

Figura 1. Oferta de servicios y orientación en planificación familiar en el mismo momento y ubicación a la atención del parto en centros de salud: Teoría del cambio

Suposición: Existen altos niveles de nacimientos en centros de salud entre la población destinataria.



¿Por qué es importante esta práctica?

Proporcionar orientación para la planificación familiar como parte de la atención al parto pone en relieve la importancia de espaciar los partos y las opciones disponibles de anticonceptivos posteriores al parto. Tanto las mujeres como sus parejas a menudo tienen un conocimiento escaso sobre las opciones de anticonceptivos, la vuelta a la fertilidad, y los riesgos que entrañan tanto un embarazo no planeado como uno apenas espaciado poco después de un parto.^{8,9,11,14} Los proveedores, mujeres y sus redes de apoyo se muestran preocupados sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, especialmente en cuanto a los efectos secundarios de las hormonas anticonceptivas en la leche materna y para la salud del bebé, por lo que evitan el uso de estos métodos durante el período posparto.^{7,15} En los centros de salud u otros lugares donde las mujeres buscan atención, ya sea antes del parto activo o bien en las comunidades donde estas pueden recuperarse en un centro tras el parto, se puede incorporar la orientación en planificación familiar dentro de la atención en lo que se relaciona a la preparación del parto o inmediatamente posterior a este. Estos enfoques se consideran aceptables tanto para proveedores como para clientes. Proporcionar información en este momento puede mejorar los conocimientos y las actitudes en relación con el uso de anticonceptivos posparto.¹⁶⁻¹⁹

Gracias a los servicios del parto en algunos centros de salud, se puede llegar a un número creciente de mujeres y sus parejas. A nivel mundial, 4 de cada 5 partos se llevan a cabo con la ayuda de profesionales médicos, y estos partos tienen lugar, cada vez más, en centros de salud.²⁰ Por ejemplo, en Bangladés, las prestaciones en centros de salud aumentaron de un 17 % a un 37 % entre 2007 y 2014. Durante un marco de tiempo semejante, las prestaciones en centros aumentaron de un 39 % a un 72 % en Burkina Faso y de un 43 % a un 64 % en Kenia.²¹ A medida que los países sigan mejorando la atención en centros de salud, esto supondrá una situación favorable para llegar a las mujeres y sus parejas en lo relacionado a servicios de planificación familiar.

Las mujeres tienen amplias opciones anticonceptivas durante el período inmediatamente posterior al parto. En base a una investigación realizada por la OMS, las mujeres pueden usar con seguridad implantes anticonceptivos durante el período inmediatamente posterior al parto,²² además de muchos otros tipos de anticonceptivos (consulte el recuadro). Por lo tanto, inmediatamente después del parto, las mujeres pueden elegir entre una gran variedad de anticonceptivos que incluyen métodos hormonales y no hormonales, de acción a corto o largo plazo, y de tipo permanente.²³

¿Cuál es el impacto?

Oferta de métodos modernos de anticonceptivos como parte de los servicios en el parto aumenta el uso de aquellos pos parto. La planificación familiar inmediatamente después del parto no es un nuevo concepto. El Programa internacional posparto, implementado de 1966 a 1973 en 138 instituciones en 21 países y que llegó a 3,5 millones de mujeres, demostró la viabilidad de proporcionar servicios de planificación familiar en el contexto de la atención obstétrica en hospitales. En 1971, en el punto álgido de la implementación, aproximadamente el 21 % de las pacientes obstétricas en centros participantes aceptaron métodos anticonceptivos durante el período inmediatamente posterior al parto, teniendo en cuenta que los servicios de planificación familiar podían aplicarse en las salas de obstetricia de forma rápida y económica.²⁴ Se estima que dicho programa evitó 500 000 embarazos no planeados durante sus 8 años de implementación.²⁴

Recuadro. Opciones anticonceptivas y de fertilidad durante el período postparto

Para mujeres en período de lactancia:

- Esterilización femenina
- Esterilización masculina
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Implantes
- Píldora de solo progestágeno
- Método de amenorrea de la lactancia (MELA)
- Preservativos

Para mujeres no en período de lactancia:

- Esterilización femenina
- Esterilización masculina
- DIU
- Implantes
- Inyectables
- Anticonceptivos orales combinados
- Preservativos
- Anticonceptivo de emergencia

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (2015)²²

Otras experiencias más recientes demuestran de forma consistente el potencial impacto de esta práctica. La Tabla 1 resume la experiencia de 5 programas en ciertos países, 3 de los cuales se basan en datos no publicados. El marco de tiempo examinado en todos los estudios se centró en el momento inmediatamente posterior al parto y antes de que las mujeres dejaran el centro de atención. Estos estudios se tuvieron en cuenta si existió oferta de múltiples métodos anticonceptivos. Al final de cuentas, tanto los hallazgos nuevos como los antiguos, demuestran que, si se proporciona proactivamente una orientación integral en anticonceptivos a las mujeres, a partir de una amplia gama de opciones en relación con la atención al parto, entre el 20 % y el 50 % de las mujeres dejarán el centro de atención con un método en concreto. Esto concuerda con la evidencia que se halló en India, Nepal y Senegal en cuanto a que las mujeres tenían una mayor tendencia a usar un anticonceptivo moderno posparto, si se les ofrecían servicios de planificación familiar en el momento de la prestación del servicio.²⁵⁻²⁷

Tabla 1. Porcentaje de mujeres que dan a luz y dejan el centro de salud con un método anticonceptivo moderno, antes y después de la prestación de servicios y la orientación en anticonceptivos durante la atención al parto

País	Antes	Después
Afganistán ^{28,29}	4 % (180/4179)	51 % (1700/3362)
Honduras ^{30*}	10 % (47/474)	33 % (188/571)
Honduras ^{31†}	9 % (23/251)	46 % (142/308)
Indonesia ³²	9 % (307/3373)	41 % (1286/3101)
Niger ^{33,34}	0 % (7/2193)	31 % (686/2213)

* Hospital Escuela, hospital público estatal.

† Hospital Materno-Infantil en Tegucigalpa, Seguridad Social Hondureña.

Cómo hacerlo: Pautas desde la experiencia de implementación

Invierta en supervisión y documentación para fomentar el voluntariado y la decisión informada. El parto puede ser un momento difícil y estresante para una mujer. Tener un mantenimiento adecuado de archivos y documentación, junto con una supervisión coherente, puede ayudar a que los programas evalúen el progreso mientras se asegura la protección de los derechos del cliente. Por ejemplo, cuando se proporciona orientación durante la atención prenatal, la elección del método debería indicarse en el historial de la paciente, ya sea una tarjeta con la mujer como titular o bien en el propio historial clínico del centro. Esta documentación facilita la comunicación entre los proveedores que atienden al mismo cliente y garantiza la continuidad de dicha atención. Este registro destacaría el rechazo o elección del método, en lugar de si se ha proporcionado o no orientación.

Actualice las directrices nacionales de prestación de servicios y clarifique la función de los proveedores de estos servicios. Esto resulta particularmente importante si existen directrices que reflejen el comienzo tardío con métodos de progestina solo, como los implantes, que suponen, en la actualidad, una opción para un uso de la PFPP inmediata de acuerdo con los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* de 2015 en su 5.ª edición y propuestos por la OMS.²² Tanto las directrices como las descripciones del trabajo deben articular con claridad que los proveedores de atención prenatal y a la maternidad juegan un papel en la PFPP, y que no es solo responsabilidad de unos pocos proveedores con formación. También puede especificarse el papel de los trabajadores comunitarios de salud al fomentar la PFPP.

Realice evaluaciones formativas para guiar estrategias de cambios sociales y de conducta. Comprender las barreras para la aceptación de la PFPP y adaptar enfoques programáticos para abordar estas barreras puede mejorar la aceptación.³⁵ Los programas han demostrado que cuando se comienzan los primeros servicios de PFPP, los mismos proveedores pueden identificar a los clientes interesados a través de asesoramiento durante los servicios de atención y en el parto. A medida que los servicios se establecen, y los programas buscan aumentar la aceptación de forma continua, se necesita una creación de

demanda a nivel de la comunidad.³⁶ Esto es particularmente útil en contextos donde la información errónea y la resistencia a los dispositivos intrauterinos (DIU) o a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) son opuestos de manera contundente en la comunidad.³⁶

Tenga en cuenta las visitas a domicilio si la meta es que los padres jóvenes y primerizos adopten la PFPP. Los programas que tienen como objetivo a adolescentes y mujeres casadas hallan su sitio en las visitas a domicilio o en la participación de grupos comunitarios.³⁷ (Vea el [informe de PAI sobre la Participación de grupos comunitarios](#)). Las suegras, coesposas y otras mujeres de edad resultan personas clave a la hora de influir en adolescentes casados. Estos programas documentaron la necesidad de probar cuidadosamente estrategias de acercamiento y orientación a las mujeres casadas, además de a sus parejas y mujeres de edad en su ámbito doméstico.³⁸⁻⁴⁰

Ofrezca la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos y póngalos a disposición antes del alta de maternidad. Las instituciones que demostraron destacadas mejoras en la aceptación de métodos anticonceptivos posparto, las consiguieron gracias a expandir un abanico de métodos y centrarse en la adopción del método durante el período anterior a la alta médica. Por ejemplo, en Honduras, la gama de métodos disponible se expandió desde los DIU y la esterilización femenina hasta incluir preservativos y anticonceptivos orales de solo progestina. El resultado supuso un aumento de cinco veces el porcentaje de las mujeres que después del parto dejan el hospital con un método elegido por ellas, es decir del 9,2 % en diciembre de 1990 al 46 % en febrero de 1992.³¹ Un estudio en Egipto demostró que la orientación y el suministro por adelantado de anticonceptivos de urgencia con píldoras para usuarios del MELA, en el caso de un retraso en la transición desde el MELA hasta otro método, disminuyó marcadamente la incidencia de embarazos no planeados y aumentó la transición oportuna a otro método.⁴¹

Considere fomentar las visitas de atención prenatal para formar a los clientes en el tema de los anticonceptivos. Mientras que no parece claro el efecto de incluir orientación de planificación familiar como parte del cuidado prenatal para que provoque un aumento en la aceptación de la PFPP, su aplicación permite a las mujeres explorar al completo sus intenciones y tomar una decisión informada sobre la anticoncepción antes de la prestación.⁴² La orientación precoz durante el embarazo puede ser particularmente útil si se introduce el DIU o la esterilización ya que las mujeres, a menudo, necesitan más tiempo para decidir y hablar con sus parejas sobre estas opciones.

No descarte a los hombres. La involucración del varón durante y después del embarazo puede reducir la aparición de la depresión posparto y mejorar la aplicación, tanto de los servicios sanitarios de maternidad, como de los cuidados postnatales y la atención profesional en el alumbramiento.⁴³ Todavía no está claro el efecto de la involucración del varón en los cuidados de maternidad en cuanto al uso de anticonceptivos.⁴³ En todo caso, las injustas normas de género tienen un poderoso efecto en la capacidad de las mujeres para tomar y actuar en base a las decisiones sobre los partos espaciados y su limitación. Siempre y cuando los hombres y mujeres tengan la oportunidad de involucrarse en las charlas sobre planificación familiar como parte del cuidado de maternidad, ya sean juntos o individualmente, se podrán abordar directamente estas injustas normas y crear un espacio para tomar decisiones conjuntas sobre la efectiva utilidad de la planificación familiar.

Planifique la aceptación del anticonceptivo más tarde durante el período postparto. En Ruanda, las sesiones de orientación sobre PFPP resultan una oportunidad para planear un regreso a un centro de salud en busca de atención posnatal e inmunización, además de para obtener un método de PFPP en ese momento. Los datos de un trimestre de 2017 provenientes de 10 distritos mostraron que el 24 % de las mujeres adoptaron un método antes del alta y un 67 % adicional salió con un plan de cuándo comenzar. Los servicios de inmunización tienden a alcanzar una alta cobertura y proporcionan una posible plataforma para vincular o integrar los servicios de planificación familiar (consulte en relación: [Integración de la planificación familiar y los servicios de vacunación](#)).

Garantice los suministros, equipamiento y personal adecuados y si es posible asegure su disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Las necesidades cambian considerablemente dependiendo del país y del centro de salud, en relación con el espacio clínico existente, la disponibilidad del equipamiento y suministros, como también el ámbito en que el personal existente puede hacerse cargo de esta responsabilidad adicional. Garantizar una orientación de PFPP sistemática puede suponer tener a los proveedores disponibles y formados en PFPP si se les llama por la noche o durante los fines de semana.^{30,31,44-46} Además, llevar a cabo orientaciones en todo el centro de salud ayuda a garantizar que incluso el personal,

que no haya sido formado o no posea un bagaje médico suficiente, pueda ayudar en esta PFPP.³⁶ En algunos casos, incluso el personal de limpieza puede influir en los resultados del programa.⁴⁶ Asegúrese de asignar suministros y organizar el flujo de clientes a través del trabajo, prestaciones y salas postnatales para identificar el espacio adecuado donde desarrollar la orientación. En Nigeria, cuando se cambió el calendario para ofrecer servicios de PFPP en cualquier momento, en lugar de por la mañana únicamente, se incrementó el número de mujeres atendidas y dadas de alta con un método de su elección de un 44 % hasta un 55 %, en un solo mes y en un hospital de un distrito rural.^{33,34}

Fomente el liderazgo en el centro de salud y ajuste las prácticas de gestión según el tamaño de dicho centro.

Los centros de salud más grandes pueden necesitar una implicación más intensiva de personal que los centros más pequeños, para lograr un resultado similar. En el Programa Internacional de Planificación Familiar posparto, los centros pequeños con proveedores motivados mostraron la tasa más alta de aceptación de métodos anticonceptivos posparto. Entre los centros con menos de 10 000 pacientes al año, alrededor el 27 % de los pacientes obstétricos optaron por anticonceptivos durante el período inmediatamente posparto. Los centros con 10 000 a 20 000 pacientes, sin embargo obtuvieron un promedio del 17 % en aceptación de anticonceptivos posparto, mientras que las mayores instituciones (con un volumen de casos de 20 000 o más) tuvieron un promedio de solo el 13 %.²⁴ Estos resultados están en consonancia con la investigación en Guatemala que encontró tasas mayores de aceptación de anticonceptivos en niveles inferiores del sistema de salud.⁴⁷ Las estrategias de resolución de problemas como parte del liderazgo, la gestión, o los enfoques en la mejora de calidad, ayudan al personal a superar barreras a medida que van apareciendo.^{33,34,48}

Herramientas y Recursos

Compendio de recomendaciones de la OMS para la planificación familiar posparto⁴⁹ constituye una herramienta en la web que integra directrices clave de la OMS para guiar a las mujeres a través de la toma de decisiones sobre la planificación familiar durante el primer año posterior al parto. Disponible en: <http://srhr.org/postpartumfp/>

Caja de Herramientas para la planificación familiar posparto (PFPP) clave en la salud (K4Health)⁵⁰ proporciona una variedad integral de las mejores prácticas, así como herramientas basadas en la evidencia y documentos sobre la PFPP. Disponible en: <https://www.k4health.org/toolkits/ppfp>

Estrategias de programación para la planificación familiar posparto¹² constituye una fuente para los administradores y planificadores de programas a la hora de diseñar intervenciones con el objetivo de integrar la PFPP dentro de estrategias nacionales y subnacionales. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/en/

Estudio de caso de comunicación de servicios: Bangladés: Seguimiento y mantenimiento comportamental⁵¹ es un ejemplo de un proyecto usado con éxito en comunicaciones de cambio de comportamiento y de tipo social a través de sanidad mediante dispositivos móviles (mHealth) para comunicar información importante sobre el embarazo y el primer año de vida del niño, incluyendo la PFPP, hasta la espera y las madres primerizas junto a sus familias. <https://sbccimplementationkits.org/service-communication/case-studies/case-study-behavioral-maintenance-and-follow-up-in-bangladesh/>

Para obtener más información sobre las PAI, póngase en contacto con el equipo de PAI en fphip@k4health.org.

Cita sugerida:

Prácticas de alto impacto en la planificación familiar (PAI). Planificación familiar inmediatamente posparto: Un aspecto clave en los cuidados tras el nacimiento. Washington, DC: USAID; 2017 de noviembre. Disponible en:

<https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificación-familiar-inmediatamente-posparto>

Agradecimientos: Esta reseña fue redactado por Laura Raney, Anne Pfitzer, Trish McDonald, Erin Mielke, Elaine Charurat, y Shawn Malarcher. Las siguientes personas aportaron un examen crítico y comentarios útiles: Afeefa Abdur-Rhaman, Ribka Amsalu, Michal Avni, Maggwa Baker, Neeta Bhatnagar, Rosanna Buck, Megan Christofield, Arzum Ciloglu, Kim Cole, Temple Cooley, Chelsea Cooper, Carmela Cordero, Ana Cuzin, Peggy D'Adamo, Ellen Eiseman, Mario Festin, Coley Gray, Karen Hardee, Nuriye Hodoglugil, Caroline Jacoby, Emily Keyes, Joan Kraft, Cate Lane, Samantha Lint, Ricky Lu, Sara Malakoff, Janet Meyers, Pierre Moon, Dani Murphy, Winnie Mwebesa, Maureen Norton, Gael O'Sullivan, Saiqa Panjsheri, Alice Payne Merritt, May Post, Shannon Prior, Heidi Quinn, Setara Rahman, Elizabeth Sasser, Ritu Schroff, Caitlin Shannon, Willy Shasha, Jim Shelton, John Stanback, Sara Stratton, Caitlin Thistle, Carroll Vasquez, Michelle Weinberger, Jessica Williamson, y Melanie Yahner.

Esta reseña de PAI tiene el respaldo de: Abt Associates, CARE, Chemonics International, EngenderHealth, FHI 360, FP 2020, la Universidad de Georgetown/Instituto de Salud Reproductiva, la Federación de Planificación Familiar Internacional, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Centro de Programas de Comunicación Johns Hopkins, Options, Palladium, Pathfinder International, Consejo de Población, la Oficina de Referencia de Población, Promundo US, el Instituto Público de Salud, Save the Children, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE. UU, y University Research Co., LLC.

La Organización Mundial de la Salud/Departamento de Salud e Investigación Reproductiva han contribuido a la elaboración del contenido técnico de los informes PAI, que se consideran como un resumen y la evidencia de la experiencia en el campo. Se pretende que estos informes se usen conjuntamente con las Herramientas y pautas de planificación familiar de la OMS: http://www.who.int/topics/family_planning/es/.

La traducción al español realizada por UNFPA. Revisado por Ados Velez May.

Referencias

Puede acceder a la lista completa de las referencias utilizadas en la preparación de este documento en:
<https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificación-familiar-inmediatamente-posparto>