



PLANIFICACIÓN

FAMILIAR

¿OBLIGACIÓN O NECESIDAD?

III MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN
Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

M^a Isabel Quirós Molina.

ÍNDICE:

OBJETIVOS	Pag. 3
MARCO CONCEPTUAL	Pag. 3
METODOLOGÍA	Pag.4
DESARROLLO Y RESULTADOS	Pag. 5
VISIÓN CRÍTICA Y DEBATE.....	Pag. 8
DIFERENCIAS ENTRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UNA PÚBLICA Y UNA PRIVADA	Pag. 12
CONCLUSIONES	Pag. 13
BIBLIOGRAFÍA	Pag. 14

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NUEVOS CONCEPTOS.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer hábitos sobre sexualidad y prácticas anticonceptivas comparando centro privado y público en Andalucía.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Conocer las demandas asistenciales, carencias y déficits que existen en la atención a la mujer y a la pareja

Crítica comparativa sobre la asistencia en ambos centros: ¿Existe diferencia entre la asistencia pública y privada?

MARCO CONCEPTUAL:

Por planificación familiar se entiende todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos que deseen y planifiquen cuando quieren hacerlo. Incluyen atención médica, asesoramiento y educación relacionados con la salud reproductiva y sexual.

Hoy en día la salud reproductiva y sexual es una parte fundamental de la salud de las mujeres. La promoción de la planificación familiar, una buena y veraz información sobre los distintos métodos anticonceptivos para las mujeres y parejas, resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía sexual, así como apoyar la salud de la población. Así el objetivo fundamental del consejo contraceptivo es que la mujer tenga la capacidad y el conocimiento suficiente para optar por el método anticonceptivo más apropiado a sus características y a las de su pareja, considerando su deseo para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

- Incorporación de la mujer al proceso de salud.
- Conceptualización de la atención diferenciada a jóvenes y adolescentes.
- Necesidad de disponer de servicios eficientes para enfrentar la creciente demanda de Planificación Familiar como consecuencia del desarrollo social y de la salud.
- Extensión del derecho a decidir, por la pareja o la mujer, de forma libre y consciente sobre el tamaño de la familia.
- Incorporación del hombre a participar activamente durante las distintas etapas del proceso reproductivo.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una encuesta distribuida en dos provincias de Andalucía. Se recogieron datos desde diciembre de 2012 a mayo de 2013 en Sevilla, en un centro público y posteriormente de Mayo a Octubre de 2013 en Málaga en un centro privado.

La encuesta fue entregada a distintas pacientes que acudían por cualquier motivo a la consulta de ginecología, de forma ambulatoria o bien por la urgencia hospitalaria. Fue anónima y se incluyeron datos personales generales como edad, procedencia, nivel de estudios, ocupación en el momento de la encuesta, estado civil y otros datos relacionados con su salud reproductiva y sexual como edad en de la primera relación sexual, método anticonceptivo utilizado en el momento de la encuesta, necesidad de uso de anticoncepción de urgencia y dificultad de acceso a la misma, necesidad de información general y posibilidad de acceso de forma precoz y eficaz a una consulta de planificación familiar; y un último bloque de comentarios y sugerencias.

Se realizaron preguntas sencillas, directas, dando oportunidad de resolver dudas ante cualquier apartado que no fuera fácilmente entendido.

Cómo limitaciones del estudio hay que señalar que se descartaron aquellas encuestas no rellenadas en más del 80% de su totalidad, y que se limitó al género femenino, dado la facilidad de acceso en el ámbito en el que se realizó el estudio (consulta de ginecología).

Aunque posteriormente se ampliaran datos y conclusiones, uno de los resultados que más llama la atención es la diferencia encontrada entre el acceso en sanidad pública y privada. En el ámbito público la consulta de planificación familiar está generalmente gestionada por un médico de atención primaria, mientras que a nivel privado, depende de un médico especialista en ginecología. En muchos casos las pacientes encuestadas desconocían la existencia de una consulta de planificación familiar como tal.

DESARROLLO Y RESULTADOS.

Las dos preguntas que se plantean son:

- ¿Hacemos un Consejo Contraceptivo Especializado o una Orientación Rutinaria?
- ¿Las mujeres que reciben un consejo especializado está más favorecidas para continuar en el uso de los métodos?

No está de más recalcar que una planificación familiar permite a la sociedad desarrollarse integralmente, al asegurarle una mejora en la calidad de vida, independientemente de la clase social. La capacidad de la mujer para decidir en qué momento quiere embarazarse y en caso de no desearlo, hacerlo de la manera más segura posible, tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. Una adecuada planificación familiar ayuda a decidir en qué momento hacerlo, y con una adecuada información se podría disminuir la tasa de embarazos no deseados así como de interrupciones legales de la gestación.

El conflicto aparece ante las características de esta medicina y accesibilidad a la misma, que parece más llamativa en el ámbito de la sanidad pública. Ante la situación económica actual, disminución del número de consultas y recortes en personal sanitario, con un tiempo muy disminuido por consulta y paciente resulta prácticamente imposible ofrecer un buen consejo anticonceptivo, sobre todo a nivel de la sanidad pública. La duda que se plantea es ¿se puede mejorar el consejo anticonceptivo? ¿Hay diferencias entre la sanidad pública y privada? ¿Cuáles son las demandas de las pacientes?

El objetivo ideal de la memoria sería integrar y mejorar la salud sexual y reproductiva y los derechos de los jóvenes a través de una mayor cooperación entre distintos servicios. Contar con un apoyo y armonización de las políticas de salud pública y programas y estrategias de la promoción de la salud, aunque desafortunadamente no es un tema abordable como sería deseable en este capítulo.

Cómo ya se ha señalado la población de este trabajo está centrado en dos provincias andaluzas, en donde el Servicio Andaluz de Salud ha sido especialmente duro con los recortes salariales y de personal. El número de consultas de planificación familiar son escuetas, y muchas veces el tiempo por paciente y consulta es muy limitado. Además, el desconocimiento de las usuarias de la existencia de las mismas, limita aun más el acceso

De forma general, los resultados de la encuesta han puesto de manifiesto en las experiencias de adolescentes y mujeres jóvenes que son especialmente significativos aquellos factores relacionados con su situación social (profesión, proyectos personales y económicos) así como la relación afectivo-sexual que mantenían en el momento de la encuesta. Esta relación también se amplía el rol de género y juegos de identidad, donde se evidencia un importante elemento de desigualdad de género en las vivencias de la sexualidad en las jóvenes.

Las preguntas orientadas que se recogieron en el cuestionario, fueron las siguientes:

1. ¿Qué ideas y creencias tienen los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y sobre la maternidad?
2. ¿Cuáles son las características de sus relaciones afectivas y sexuales?
3. ¿Qué servicios conocían en relación a la salud sexual y reproductiva?
4. ¿Qué recursos son los que necesitan las parejas jóvenes?
5. Principales críticas o dificultades halladas en el acceso a servicios.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

EDAD DE PACIENTES ENCUESTADAS

	15-19	20-24	25-30	TOTAL
PÚBLICO	29	39	48	116
PRIVADO	10	24	52	86
	39	63	100	202

ESTADO CIVIL

	SOLTERA	CASADA	OTROS
PÚBLICO	73,2%	20,6%	6,2%
PRIVADO	65,3%	24,9%	9,8%

NIVEL DE ESTUDIOS

	SIN ESTUDIOS	EDUCACIÓN 1ª	EDUCACIÓN 2ª / FP / SUPERIORES
PÚBLICO	0,8%	16,1%	83,1%
PRIVADO	0,6%	12,2%	87,2%

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES.

	EDAD MEDIA
PÚBLICO	15,6
PRIVADO	16,3

METODO ANTICONCEPTIVO EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA (15-30 AÑOS)

	PÚBLICO	PRIVADO
NADA	21,9%	20,3%
PRESERVATIVO	41,4%	38,3%
PILDORA	21,3%	28,1%
ANILLO/PARCHE	4,7%	5,1%
DIU	5,2%	6,3 %
QUIRUGICO	4,3%	5,1%
NATURALES	0,7%	0,6%
NS/NC	0,5 %	0,2%

ACCESO A CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

	EDAD	SI	NO
PÚBLICO	15-19	9%	91%
	20-24	12%	88%
	25-30	17%	83%
PRIVADO	15-19	10%	90%
	20-24	13%	87%
	25-30	19%	81%

USO DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

	SI	NO
PÚBLICO	12%	88%
PRIVADO	15%	85%

Si nos centramos en las preguntadas orientadas encontramos diversidad de opiniones y en la gran mayoría de los casos falta de información.

1. *¿Qué ideas y creencias tienen los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y sobre la maternidad?*

Las pacientes más jóvenes, sobre todo por debajo de los 20 años, respondieron de una forma algo más inespecífica y general. En la mayor parte de los casos este grupo de pacientes definían la salud sexual como “tomar precauciones a la hora de tener relaciones”, y el método anticonceptivo como un medio para evitar el embarazo, y la infección por sida. En muy pocos casos conocían los beneficios de un tratamiento hormonal combinado más allá del de controlar los ciclos y evitar un embarazo no deseado. Por otro lado, las paciente de mayor edad, si fueron capaces de mencionar otros efectos beneficios de dichos tratamientos, pero en la mayoría de los casos redunda la simplicidad en sus contestaciones. En muchas de las encuestas recibidas y analizadas se describían mitos relacionados con los métodos anticonceptivos, sobre todo con los hormonales, cómo la necesidad de descansos, el riesgo de aumento de algunos tipos de cánceres ginecológicos y alteraciones físicas cómo el aumento de peso. Estos mitos son aquellos que hacen desechar los anticonceptivos orales cómo un método a largo plazo y justifican con ello su uso inconsistente.

2. *¿Cuáles son las características de sus relaciones afectivas y sexuales?*

En todos los grupos de edades se distinguen dos tendencias claramente marcadas. Por un lado, aquellas mujeres con pareja y relaciones estables, en las que predomina el uso de anticonceptivos hormonales combinados o bien dispositivos intrauterinos, sobre todo de cobre. Por otro lado mujeres sin parejas y relaciones sexuales esporádicas con mayor variedad de parejas sexuales. En este caso, predominan las usuarias de métodos barrera, en especial el preservativo. A pesar de ello hay una tendencia, sobre todo en las mujeres más jóvenes a no utilizar ningún método anticonceptivo, con una gran variedad de razones para ello: no disponibilidad en el momento, falta de consciencia de las consecuencias más allá de embarazo no

deseado, desconocimiento de posibles efectos secundarios de la no utilización, falta de acceso, precios...

3. *¿Qué servicios conocían en relación a la salud sexual y reproductiva?*

Las encuestas recogidas en el centro privado, a pesar que en su gran mayoría no conocían la existencia de una consulta específica de planificación familiar como tal, si disponen de un ginecólogo de referencia, que suele ser el mismo que realiza sus revisiones rutinarias. El grado de confianza que muestran hacia ese especialista supone que en muchos casos sean mejores cumplidoras, por un mayor grado de confianza.

Por otro lado, las pacientes de centros públicos no tienen ese grado de confianza. En la gran mayoría, es el médico de atención primaria de la familia el que está disponible para resolver las dudas, y muchas de las pacientes refieren cierto “temor o vergüenza” a la hora de hablar de temas un poco más privados. Y cuando consiguen ser derivadas al especialista, refieren poco tiempo por consulta y la falta de existencia de una consulta más especializada. Finalmente, en muchos casos la información era proporcionada por la experiencia de familiares y amigos, y a través de herramientas informáticas como el buscador “google”.

4. *¿Qué recursos son los que necesitan las parejas jóvenes?*

En todos los grupos de edades resaltan un acceso más rápido, fácil y económico a los distintos métodos anticonceptivos y demandan más información y tiempo en las consultas cuando acuden a preguntar sobre el tema. También apuntan a que debería existir mayor financiación pública para la adquisición de métodos contraceptivos, así como una mejora en los programas informativos, sobre todo a nivel de educación primaria.

5. *Principales críticas o dificultades halladas en el acceso a servicios.*

En los resultados recogidos de pacientes de consulta pública, indican la dificultad de acceso a médicos especialistas, demora de atención, falta de asistencia precoz y ausencia de una relación estable con su médico. En muchos casos son los propios médicos de familia, y en las pacientes más jóvenes es probable que constituya un atraso que la misma persona que le lleva el calendario vacunal de su infancia sea la indicada para resolver las dudas sobre sexualidad y métodos contraceptivos. En las pacientes de la sanidad privada, cabe destacar la reseña que hacen en muchos casos sobre los profesionales que les atienden y su desfase en relación a los últimos métodos contraceptivos que hay disponibles en la cartera de servicios.

Cabe destacar que en la gran mayoría de los casos son las pacientes las que no buscan esa información, por desconocimiento, falta de tiempo.

VISIÓN CRÍTICA Y DEBATE.

A lo largo de la revisión y del estudio, se pone de manifiesto que, en la experiencia de las pacientes entrevistadas ha habido elementos que han tenido un impacto igual o mayor que la posibilidad de acceso a consejo anticonceptivo e información. Se trata de haber tenido un contexto personal adecuado, proyectos e inquietudes, apoyo de sus referentes afectivos, acceso a recursos, falta de orientación y apoyo e incluso juicios morales en aquellas con embarazo y dudas acerca de su terminación voluntaria o no. Gracias a este trabajo se ha conseguido profundizar en la vivencia de las mujeres, capacidad y características de los recursos de atención, y las entrevistas han mostrado fórmulas interesantes, demandas y propuestas en relación a sus necesidades. La mayoría de ellas podrían resumirse en una metodología de acompañamiento y orientación, con una mayor accesibilidad a recursos y con la innovación en servicios.

La sexualidad en las mujeres y parejas jóvenes, sigue siendo un tema complicado de tratar. Estas consultas no deberían centrarse en explicar un método para evitar embarazos. Sería interesante el desarrollo mucho más completo de una buena salud sexual y reproductiva como parte de un plan desde las edades más precoces, promoviendo la salud sexual antes de que aparezcan complicaciones. Las principales dudas que aparecen en las usuarias tras analizar los resultados de las encuestas son las siguientes:

- Falta de información o mala calidad de la misma sobre métodos anticonceptivos.
- Obstáculos en el acceso a servicios de educación y salud sexual y reproductiva, o inadecuación de los mismos a las necesidades de los jóvenes.
- La falta de una educación sexual libre, sin estereotipos en familia, colegios, institutos e incluso universidades
- La situación laboral y social de las parejas y su perspectivas de futuro personales
- Su situación familiar y existencia de estructuras de apoyo en la familia o no.
- Mantenimiento de estereotipos de géneros sexistas en las relaciones afectivas y sexuales.
- La propia edad de las pacientes.

Una de las conclusiones que más me ha llamado la atención ha sido que a pesar que las relaciones sexuales en esta franja de paciente suelen ser más frecuentes, intensas y variadas en lo que a número de parejas se refiere, es la inconsistencia en el uso de un método anticonceptivo. En relación a esto surgen dos preguntas que todos los médicos profesionales encargados de realizar salud reproductiva y sexual deberían realizarse para mejorar su praxis en sus consultas:

¿Qué debemos hacer para que una mujer abandone su tratamiento de forma precoz o lo incumpla?

- No dedicar el tiempo necesario
- No aconsejar ni aclarar las dudas de las usuarias.
- No hablar de los beneficios.
- No escuchar sus preferencias ni necesidades
- No demostrar confianza sobre el método seleccionado
- Precio económico excesivo para la situación de la paciente.
- En definitiva: falta información y tiempo, y mala calidad del mismo.

¿Cómo podemos actuar para que una mujer mantenga en el tiempo y sea una buena cumplidora?

- Tiempo
- Explicación profunda, adecuada y adaptada al nivel de la paciente.
- Aclaración de las posibles dudas
- Seguimiento y accesibilidad.
- Nombrar beneficios no contraceptivos.
- Conocimiento adecuado de los distintos métodos por parte del profesional.
- Adelantarse a posibles efectos secundarios el método elegido y explicar a la paciente antes de inicio del tratamiento.
- Atención individualizada.
- Empatía en la consulta
- Educación poblacional

Haciendo balance y analizando estas dos preguntas, ¿Cómo podríamos mejorar el consejo contraceptivo que damos a nuestras usuarias?

- Incrementar el tiempo de información en un lenguaje asequible y adaptado.
- Formación del personal.
- Atención personalizada y accesibilidad
- Adaptar el tratamiento a los deseos y necesidades de la paciente.
- Utilizar los medios de comunicación disponibles de forma seria y profesional.
- Ofrecer pautas continuas que mejoren el cumplimiento
- En definitiva: Mejora en la información y en el tiempo.

Es importante que los profesionales encargados de una consulta de planificación familiar tengan una buena formación, pero aún es más importante que todo el personal sanitario que tiene contacto con pacientes tuviese unas nociones básicas, sobre todo por las consecuencias de una doble información, de datos erróneos que pueden confundir al usuario. Entre los propios profesionales médicos e incluso en algunos coloquios con ginecólogos reaparecen mitos como la necesidad de realizar descansos durante los tratamientos hormonales, su asociación irreal con cánceres o la falta de información sobre contracepción tan segura como el doble método.

De forma más concreta, en una consulta planificación deberíamos ser capaces de resolver dudas de forma efectiva, sencilla, en un lenguaje comprensible y adecuado en función del nivel socio económico del paciente. Debería existir un dominio sobre la variedad de métodos disponibles, eficacia de cada uno de ellos, ventajas y desventajas, cómo usarlo, efectos secundarios y complicaciones, prevención de las ITS, revisión y signos de alarma para volver a consultar. Con estas nociones aumentaría notablemente la adhesión de las pacientes y aunque quizá una consulta de estas características requiriese más tiempo, si la información es clara y comprendida, es probable que disminuyesen el número de sucesivas consultas antes de lo esperado.

DIFERENCIAS ENTRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UNA CONSULTA PÚBLICA Y UNA PRIVADA.

En la mayoría de los cursos que se realizan siempre se habla del tratamiento de las mujeres, de sus patologías a nivel de sanidad pública. Pero no hay que desmerecer la sanidad privada. Aunque la demanda de asistencia privada parece que ha disminuido desde el inicio de la crisis económica, los grandes Centros Privados son una realidad creciente. El vínculo que se establece entre la paciente y su ginecólogo en estas consultas es un pilar fundamental que hay que explotar claramente. En pocos centros públicos se puede establecer una unión que perdure tanto en el tiempo como en una consulta privada, en la que el ginecólogo siempre es el mismo, y puede realizar el seguimiento de la paciente desde la primera consulta. Por ello no suele ser igual la satisfacción de la usuaria cuando asiste a una consulta privada o a un gran centro público. La posibilidad de un acceso más sencillo y con más tiempo, cuando ella demande, de un trato más personalizado, sin apenas lista de espera y de poder consultar siempre con la misma persona crea un vínculo más allá del de médico-paciente.

Aunque en la actualidad ya no existen consultas privadas dedicadas exclusivamente al consejo contraceptivo, son las propias consultas ginecológicas las que se hacen cargo de ello, siendo este tema una demanda importante en la consulta privada. Reforzando las ventajas de realizar un consejo contraceptivo especializado y personalizado en la consulta privada puede ser muy interesante para fidelizar a la mujer a lo largo de su vida desde la anticoncepción, embarazo, parto... El ginecólogo se convierte en el médico de cabecera de la mujer. Y además, aparte de un buen consejo anticonceptivo se realiza una promoción y revisión de la salud, con ecografía, analíticas complementarias, etcétera.

En definitiva, en la consulta privada se puede fomentar la educación sanitaria de la paciente, desarrollar el conocimiento de su propio cuerpo, ayudar a expresar sus dudas, y sobre todo, poder contestarlas con información veraz y comprensible dedicando el tiempo necesario en cada consulta.

En definitiva como ya se ha mencionado en párrafos anteriores: **Tiempo e información.**

CONCLUSIONES.

Cómo conclusión final de esta memoria, cabe destacar que en el contexto inmediato donde se produce la “conducta sexual” se activan conocimientos importantes, emociones y habilidades así como cuestiones de control y poder.

En su conjunto esto implica ciertos resultados sexuales y de riesgo, y a su vez una reflexión del sujeto, que modifica sus intenciones futuras, volviendo a cambiar sus esquemas, significados y sentimientos.

Así, en resumen, las competencias claves que deberían desarrollarse en una consulta de planificación familiar plena y satisfactoria, independientemente de su carácter público o privado, podrían resumirse en las siguientes:

- Preplanificación.
- Explicación clara y práctica de la anticoncepción y cada una de sus variantes.
- Ser capaz de establecer los límites de cada uno.
- Ser capaz de expresar deseos propios, y poder sintonizarlos con los de la pareja.
- Capacidad de controlarse a sí mismos.
- Ser capaz de enfrentarse a los conflictos
- Sensibilidad ante situaciones especiales.
- Ser capaces de evaluar de forma crítica y aprender de las experiencias, obteniendo propias conclusiones, y actuando en función de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep* 2006; 55:1
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preconceptional care. ACOG technical bulletin 205. American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 1995.
3. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013; 381:1642.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstet Gynecol* 2005; 106:665.
5. Steiner MJ. Contraceptive effectiveness: what should the counseling message be? *JAMA* 1999; 282:1405.
6. US Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr62e0614.pdf>. (Accessed on October 14, 2013).