

La mujer y la educación para la salud en los centros de planificación familiar

POR

María R. BELANDO MONTORO

Anne-Marie SARLET GERKEN

En diferentes documentos de la OMS encontramos múltiples referencias a la educación para la salud. Ésta, abarca tanto la enseñanza de conocimientos sobre la salud como el fomento de conductas o comportamientos que la propicien. La salud adquiere con ella una valoración en la calidad de vida de la persona individual y de la comunidad; la Educación para la Salud abarca múltiples aspectos, y entre ellos, en este artículo, haremos hincapié en los servicios prestados por los Centros de Planificación Familiar (C.P.F.). Éstos constituyen una de las ideas prácticas, que nos recomienda la OMS, para llevar a cabo la promoción de la salud. Se trata, como nos indica la misma definición de promoción de la salud, de «proporcionar a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud» (Carta de Ottawa), en este caso, salud sexual, que incide, en mayor o menor medida, sobre la salud mental y física. La promoción de la salud utiliza la información y la educación para la salud como herramientas claves para conseguir un mayor nivel de salud, y orienta su acción en la dimensión comunitaria, pues sólo en la comunidad (familia, amigos, trabajo ...) encontraremos las soluciones adecuadas a cada problema y a cada persona en particular.

En este contexto actual de promoción de salud comunitaria se intenta ofrecer una respuesta a la demanda de la población en los temas relacionados con la información sexual, anticoncepción, maternidad, etc., en los Centros de Planificación Familiar. Éstos están compuestos por un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la ginecología, enfermería, obstetricia, psicología y asistencia social, y en ello ha estado y está presente un objetivo de educación.

La mujer es la que generalmente hace uso de estos servicios. Por otro lado, su papel como agente de salud es indispensable en la información y cambios de actitud de la población, pues todavía actualmente observamos que la mayor parte de la responsabilidad educativa cotidiana, en este caso, sanitaria, recae sobre ellas, tanto como esposas, madres o amigas. Además, la mujer tiene un papel decisivo tanto en el diagnóstico precoz como en el tratamiento de enfermedades. En definitiva, constituye un factor esencial en la educación para la salud y en la promoción de la salud. De ahí que en este artículo nos centremos en ellas.

Según datos del Instituto de la Mujer (Instituto de la Mujer, 1992, pp. 54-55), el número de Centros de Planificación Familiar se ha duplicado desde el año 1987. Así, en dicho año había en España 331 C.P.F., mientras que en 1990, había 641. Sin embargo, aunque en las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de población femenina, entre 18 y 49 años, (Andalucía un 17,1%; Cataluña un 15,9%; Madrid, un 13,2%; y, Comunidad Valenciana un 9,7%) son las que cuentan con mayor número de C.P.F., no existe una relación directa entre la población femenina en edad fértil y el número de Centros por Comunidades Autónomas. Así, por ejemplo, mientras que en Andalucía, para un 17,1% de población femenina entre 18 y 49 años hay 280 C.P.F. (que representan un 43,7% sobre el total nacional), en Cataluña, para un 15,9% de población femenina en edad fértil hay 77 C.P.F. (que representan un 12,0% del total nacional). Otra gran diferencia la encontramos entre Asturias y Extremadura: en Asturias hay un 2,8% de población femenina entre 18 y 49 años, en Extremadura un 2,6%; sin embargo, en esta Comunidad hay 22 C.P.F. y en aquella tan sólo 6. De los datos que disponemos, sólo podemos explicar estas diferencias con la tasa de fecundidad que es mayor en las Comunidades donde hay más C.P.F., pero no proporcionalmente. Ya que dichas diferencias no se encuentran explicadas en ninguno de los documentos publicados por el Instituto de la Mujer, sólo podemos, desde nuestro amplio interés por el tema, reclamar a las instituciones pertinentes, en especial al Ministerio de Sanidad y al Ministerio de Asuntos Sociales, una pronta y racional distribución de estos servicios en la geografía española, ya que es una urgente necesidad para todos, pero, en especial, para nosotras, las mujeres.

La demanda, actualmente, no está satisfecha. El número de centros es insuficiente para atender a la gran cantidad de mujeres que solicitan sus servicios. Ésta es una de

las razones por la que los objetivos de actuación reivindicados por los grupos de mujeres que lucharon por estos centros han sido reducidos; así, actualmente, en la mayoría de los centros se pone el énfasis en la distribución de anticonceptivos y en charlas informativas a veces demasiado escuetas o con términos no familiares para las personas que asisten a ellas. Debido a la falta de tiempo, de continuidad y la inhibición de gran parte de las mujeres, la participación es mínima, y los objetivos que, en un principio se habían propuesto, quedan bastante reducidos, por lo que el servicio prestado no satisface plenamente al demandante, que aunque con un poco más de información, acaba quizá con más dudas, inhibiciones e inseguridades.

1. LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

1.1. Derechos y requisitos

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, establece la despenalización del aborto en tres supuestos: cuando existe peligro para la vida o la salud de la madre, en caso de violación y cuando se presume que el feto pueda nacer con graves taras físicas o psíquicas.

«Para que pueda autorizarse el aborto en cualquiera de los tres supuestos se exige:

- Que el aborto sea practicado por un médico, o bajo su dirección.
- Que se realice en un centro sanitario, público o privado, acreditado.
- Que se realice con consentimiento expreso de la mujer». (Ruano, 1990, p. 134).

Hay además otros requisitos exigidos para cada uno de los tres supuestos en los que el aborto no es punible. Sin embargo, no se sancionarán aunque no se realice en un centro público o privado acreditado, o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

Por otro lado, los abortos realizados en el extranjero no pueden ser sancionados por la justicia española.

Los profesionales sanitarios están obligados a garantizar el secreto de la consulta y deben «informar sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, de las existencias de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarle... de las exigencias y requisitos que, en su caso son exigibles, así como la fecha y el centro o establecimiento en que pueden practicarse» (Ruano, 1990, p. 135, dcho. n° 456).

1.2. Repercusiones psicológicas asociadas al aborto

Entre las reacciones negativas que se encuentran en las mujeres que abortan destacan: un sentimiento de culpa, vaginismo y/o dispaurenia. Estas suelen aparecer entre el 15% y el 30% de estas mujeres según los diferentes autores. La duración oscila entre 30 y 60 días después y no se manifiestan trastornos psicológicos.

Por otro lado, es recomendable que la interrupción del embarazo se produzca durante el primer trimestre, ya no sólo a causa de los riesgos físicos sino porque cuanto más tiempo pase, más dificultades psicológicas se presentarán (al ser más consciente de que se lleva a un niño dentro, y porque se supone que cuanto más se tarda en tomar la decisión es porque se ha tenido que pasar por una serie de problemas y/o dificultades psicológicas, familiares, físicos, sociales, etc.).

Queremos destacar también, la importancia de dos factores esenciales que en gran parte son decisivos, bien a la hora de decidir si se aborta o no, o bien, —una vez decidida la mujer a interrumpir su embarazo—, a superar éste psicológicamente antes y de forma más positiva. Estos factores son:

- a) el apoyo de la pareja: en las mujeres jóvenes casadas suele ser la mala relación con su pareja la causa de tomar la decisión de abortar; y,
- b) el apoyo social: éste es fundamentalmente importante en las adolescentes o jóvenes solteras debido a las dificultades y responsabilidades futuras ante las que se enfrentan si deciden tener ese niño, y, también —aunque no de igual forma que años atrás—, el rechazo socio-cultural y problemas socioeconómicos ante los que se pueden encontrar esa madre y ese niño.

En todos estos aspectos, los Centros de Planificación Familiar pueden desarrollar una gran labor tanto en la información y educación a la mujer, como en campañas, especialmente de concienciación, a la población en general.

1.3. Algunos datos y comentarios

Con la aparición de la Ley Orgánica 9/1985, y según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto de la mujer, 1992, p. 56), se ha producido un aumento considerable de interrupciones voluntarias del embarazo en todo el territorio nacional (16.766 en 1987 a 37.231 en 1990). Pero en los años 1989 y 1990 la evolución ha sido más discreta; así,

encontramos Comunidades Autónomas donde, incluso, ha descendido, como es el caso de Andalucía, Asturias, Cantabria, Extremadura, Madrid y otras. Esto puede ser debido, entre otros, a los siguientes motivos: mayor información sexual, accesibilidad y mejor conocimiento de los métodos anticonceptivos, y evolución (ideológica) de la sociedad española.

Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una pequeña parte de los abortos reales que se producen en el Estado español (un 3%, según N. McKeith, 1989, p. 75), por lo que la ilegalidad del aborto sigue siendo un problema acuciante debido a los graves riesgos para la salud, efectos psicosociales, familiares y afectivos, problemas jurídicos, etc., ante los que se enfrentan las mujeres que abortan fuera del amparo de la ley.

Ante ello, se presenta un porcentaje elevado de intentos de aborto «caseros» que ponen en peligro la vida que se está tratando de proteger. El comportamiento de estas mujeres está provocado por la falta de información y educación sexual, frustración ante las posibles reacciones de la pareja, familiares, etc., la dependencia económica, problemas laborales ... Para evitar todos estos problemas es necesario acudir a las causas, y en ellas encontramos que la mayoría de embarazos no deseados se deben a que no se ha utilizado ningún método anticonceptivo o solamente se han empleado los naturales. Hablaremos de ello en el siguiente apartado.

Uno de los grupos sobre los que más inciden estos hechos es en las adolescentes. Mientras que la tasa de natalidad disminuye, el incremento de embarazos durante la adolescencia sigue produciéndose. Según el estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud, de 1990, coordinada por la Oficina Regional para Europa de la OMS, en España, la edad media de realización del coito por primera vez es de 15,5 años, (si bien no se da tan tempranamente si consideramos solamente a las adolescentes, ya que a los 15 años sólo un 3% afirman haber realizado el coito, a los 16 un 9% y a los 17-18 un 18%). Sin embargo, este inicio de relaciones sexuales no suele ir acompañado de la necesaria formación e información que propicie el uso de métodos anticonceptivos. Así, continuando con datos del estudio anterior, de los jóvenes que han mantenido relaciones sexuales con coito, un 39% afirma no usar nunca ningún método anticonceptivo; en cuanto a las fuentes de información sexual, un 42% de los escolares encuestados afirma que son sus amigos, principalmente. La educación e información sexual recibida por los centros docentes y la familia es escasa. Por otro lado, es de destacar, que los adolescentes representan un porcentaje muy bajo con respecto al total de los usuarios de los centros de planificación familiar.

Creemos que sobran argumentos para justificar una ayuda institucional desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Bienestar Social y el Ministerio de Edu-

cación y Ciencia para ofrecer la infraestructura necesaria para que esto no ocurra. No basta la distribución de folletos u organización de conferencias esporádicas. En concreto, en los Centros de Planificación Familiar se deberían ofrecer servicios específicos para las adolescentes, con asistencia gratuita.

2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos ha tenido en los últimos años un gran avance. Actualmente, la mujer española en edad fértil (de 18 a 49 años) conoce, al menos, un método anticonceptivo eficaz(1). Según la Encuesta de Fecundidad de 1985(2) (Instituto de la mujer, 1992, p. 53), los métodos más conocidos son la píldora, el preservativo, la esterilización femenina y la interrupción del coito por parte del hombre. Entre ellos, y según la misma encuesta, encontramos los más utilizados: píldora, retirada del hombre y preservativo (en este orden).

Comparando con los datos que nos ofrece la Encuesta de Fecundidad de 1977, se observa que la proporción de métodos utilizados es, en 1985, más del doble, aumentando en gran medida la utilización de los métodos eficaces y disminuyendo la de los ineficaces. Esto nos debería llevar a una relativa tranquilidad, podríamos concluir que si hay una alta proporción de información y una mayor utilización, los abortos no deseados y los problemas que conllevan, pronto desaparecerán; pero esto no es así. Por un lado, (según la Encuesta de Fecundidad de 1985), más de un tercio de las mujeres en edad fértil no han utilizado métodos anticonceptivos, y un 14,3% han utilizado algún método ineficaz pero ninguno eficaz; y, por otro lado, la información todavía sigue siendo bastante incompleta (ésta es una de las causas de que se tengan más hijos de los deseados): hay que recordar que cada método tiene sus ventajas e inconvenientes dependiendo del estado de salud, edad, estilo de vida, preferencias, ... No existe el método anticonceptivo perfecto para todos. Por poner algunos ejemplos, se han producido embarazos en mujeres que utilizaban un dispositivo intrauterino —al parecer, algunos medicamentos, como los antibióticos y las aspirinas anulan el efecto del DIU (McKeith, 1989, p. 51)—; la píldora presenta problemas cardiovasculares, por lo que no se recomienda a mujeres con más de 40 años ni tampoco a las de más de 35 que

-
- (1) Se han considerado métodos eficaces la píldora, el dispositivo intrauterino, el diafragma, tapón o esponja vaginal, el preservativo, la abstinencia y la esterilización masculina y femenina.
 - (2) Realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

presenten factores de riesgo como tabaquismo, obesidad, diabetes, etc. (tiene también otras contraindicaciones); y, por último, otro de los métodos más utilizados, el preservativo, es mucho más seguro cuando se utiliza junto con un espermicida. Así, no sólo hay que valorar la seguridad, sino también la posibilidad de complicaciones, la necesidad de control médico, la comodidad de uso, etc.

En general, hay recomendaciones y precauciones a tener en cuenta en la utilización de los métodos anticonceptivos y por ello creemos conveniente, antes de optar por un método u otro, acudir a un centro de planificación familiar o a un médico. Aunque, en último término, la elección debe ser hecha por la pareja.

3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ya que las mujeres constituyen el único sector de la población que, sin estar, enfermo, mantiene necesariamente un contacto con los servicios sanitarios —debido a la maternidad y/o a la necesidad de anticonceptivos—, éstas requieren que la estructura sanitaria no abarque únicamente servicios curativo-asistenciales, sino que ofrezca una mayor orientación a la prevención y a la educación para la salud.

Difícilmente se puede trabajar con eficacia en la promoción de la salud si no se adopta una actitud educativa en el trato con los usuarios del sistema sanitario, y no se realizan actividades específicas de educación para la salud.

No queremos presentar la educación para la salud como única vía para enfrentarnos a los problemas relacionados con la sexualidad, maternidad, etc., pero no podemos negar su papel como instrumento necesario para solucionarlos.

3.1. Participación de la mujer en los Centros de Planificación Familiar

No podemos educar si no contamos con la participación activa de las mujeres que requieren los servicios de los CPF. No se trata de dar simples charlas informativas, dogmatizar, ni mucho menos de convencer sobre qué tipo de método anticonceptivo es mejor. Es importante conocer un poco de la historia sexual de la persona a la que queremos atender —no solamente su situación actual—, la evolución de sus actitudes e intereses, sugerirle contactos posteriores, y buscar junto a ella la mejor solución a su problema.

Cuando alguien acude a uno de estos centros, está, al menos, mínimamente motivado a conocer y quizá también a cambiar su estilo de vida (conducta sexual, utilización de métodos anticonceptivos, ...) pero si una vez llega allí le reciben con prisas, no hay tiempo para el diálogo, para preguntar sus dudas, y no hay cierta continuidad, entonces le servirá más bien de poco.

3.2. Equipo multiprofesional

Como señalábamos al comienzo de este artículo, en los CPF trabajan profesionales de diversas disciplinas; así, un perfil aceptable podría estar formado por ginecólogos, enfermeras, obstétricos, psicólogos y trabajadores o asistentes sociales.

La formación continua de estos profesionales a través de cursos, seminarios, revistas especializadas, contactos con otros profesionales de su rama... es imprescindible, si queremos elevar el nivel de la atención al usuario. Además es importante la motivación y actitud por parte de estos trabajadores, un interés por mejorar la comunicación con la mujer que solicita sus servicios, y, no menos importante, es el trabajo en equipo y la evaluación conjunta y continua para lograr una atención mucho más eficaz.

Por otro lado, su trabajo no sólo se debería limitar a las personas que acuden a estos centros, sino que se debe ampliar a toda la comunidad, a base de campañas informativas y organización de actividades (charlas, proyectos de acción, ...). Uno de sus objetivos debe ser sensibilizar y mentalizar a la sociedad y al hombre para que compartan la responsabilidad de la planificación familiar (y todo lo que ésta conlleva) y el cuidado de los niños.

3.3. Algunas propuestas

Creemos que un Centro de Planificación Familiar no debe ser un servicio estático ni mucho menos cerrado; la mujer no puede ir sólo a escuchar, a recibir consejos o prescripciones; su participación, sus conocimientos y su experiencia deben ser valorados como tal. Un centro activo, flexible, competente y abierto a la comunidad conseguirá excelentes resultados tanto en la transmisión de información como en el cambio de actitudes y comportamientos de dicha comunidad.

La motivación es esencial tanto por parte de los profesionales que trabajan en el CPF, como en los usuarios, y sin ella difícilmente habrá educación. Partiendo de la importan-

cia que la salud tiene en nuestra sociedad, propiciado en gran parte por los medios de comunicación, podemos pensar que la educación sexual, y todo lo que ella conlleva, como materia de la educación para la salud, es de interés social y personal de gran actualidad. De ahí la gran labor educativa, sanitaria y psicosocial que pueden llevar a cabo los Centros de Planificación Familiar. Por todo lo dicho, reclamamos, una vez más, la atención de las instituciones pertinentes para favorecer la creación de nuevos centros en las zonas más necesitadas y también, la de los profesionales que ya trabajan en los CPF. Para todos ellos, además de algunas ideas que hemos ido ofreciendo a lo largo de este artículo, vamos a señalar seguidamente algunas sugerencias que creemos esenciales en su actuación.

Los CPF deben extender sus prestaciones y ofrecer:

1. información y orientación (educación sanitaria) sobre:
 - métodos anticonceptivos,
 - técnicas de reproducción asistida o artificial,
 - interrupción voluntaria del embarazo,
 - prevención y detección precoz del cáncer (de mama y de matriz),
 - enfermedades de transmisión sexual e infecciones;
2. educación sexual;
3. conocimientos de anatomía y fisiología;
4. asesoramiento y tratamiento de los problemas de infertilidad;
5. educación maternal;
6. preparación al parto y atención al puerperio;
7. seguimiento de los embarazos;
8. organización de Jornadas, Cursos, actividades, etc. sobre los temas de su competencia.

Estos temas no sólo tienen un tratamiento teórico, sino que se puede dar la posibilidad de autoexploración tanto de mamas como de vagina (en relación con el tema del cáncer), enseñar a colocar los diafragmas, etc. Además, es muy importante saber escuchar y respetar; de esta forma será mucho más fácil comprender y saber ayudar en todo tipo de problemas.

Y, por último, sólo recordar que *la sexualidad no tiene edad*, por ello no hay que marginar ni a las mujeres muy jóvenes ni a las muy mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (1986): 1º Congreso Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1986): *Salud comunitaria*. Barcelona, Martínez Roca.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1987): *Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres 1988-1990*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1992): *La mujer en cifras*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.
- McKEITH, N. y otras (1989): *Manual de la salud de la mujer. Introducción al «self-help»*. Barcelona, LaSal.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1989): *Guía para la Elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MODOLO, M. A. (1987): «Dimensión educativa de la Planificación familiar», en Instituto de la Mujer *Primeras Jornadas: Mujer y Salud. Mayo 1984* (pp. 77-81). Madrid, Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- OMS (1986): *Health Promotion Concept and Principles in Action. A Policy Framework*. Oficina Regional de la OMS.
- RUANO, L. (1990): *Guía de los Derechos de la Mujer*. Madrid, Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.