

Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto



Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto.

1.Servicios de Planificación Familiar. 2.Consejo. 3.Período de Postparto. 4.Embarazo no Planeado.
5.Anticoncepción. 6.Programas Nacionales de Salud. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350649 4

(Clasificación NLM: WA 550)

© Organización Mundial de la Salud, 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Lista de siglas	iv
Agradecimientos	v
Prefacio	vi
Método de trabajo	vii
Capítulo 1: La planificación familiar posparto y por qué es necesaria	1
1.1 Planificación familiar posparto: definición y parámetros	1
1.2 Justificación para la PFPP	2
1.3 Las necesidades de planificación familiar exclusivas de las puérperas	3
Capítulo 2: Consideraciones generales: comprender el contexto para la programación de la PFPP	5
2.1 Revisión de los datos correspondientes a cada país	5
2.2 Aspectos relacionados con los sistemas de salud	7
2.3 Del plano general al específico	11
Capítulo 3: Integración de la PFPP en todos los puntos de contacto: consideraciones de los entornos	13
3.1 Control prenatal	14
3.2 Trabajo de parto, parto y previo al alta	16
3.3 Atención puerperal	18
3.4 Servicios de salud del lactante e inmunizaciones	20
3.5 Ejemplos de casos de programas por países	22
Capítulo 4: Supervisión y evaluación	31
Referencias	36
Apéndice 1: Declaración de acción colectiva para la planificación familiar posparto	37
Apéndice 2: Evidencia respaldatoria para el diseño de programas	39

Lista de siglas

AMIC	Atención médica integral para la comunidad
AMIEI	Atención médica integral de enfermedades infantiles
AP	Atención puerperal
ARAP	Anticoncepción reversible de acción prolongada
BCG	Vacuna antituberculosa derivada del bacilo de Calmette y Guérin (vacuna BCG)
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CME	Criterios médicos de elegibilidad
CP	Control prenatal
CT	Cierre de las trompas de Falopio
CTP	Cierre de las trompas posparto
DIU	Dispositivo anticonceptivo intrauterino
DIUPP	Dispositivo anticonceptivo intrauterino posparto
DTP	Difteria, tétanos y <i>pertussis</i> o tos ferina (vacuna triple)
ECA	Estudio controlado aleatorizado
EPI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
HTSP	Espaciamiento saludable y oportuno del embarazo (HTSP, por su sigla en inglés)
IEC	Información, educación, comunicación
ITS	Infección de transmisión sexual
LME	Lactancia materna exclusiva
MCHIP	Programa Integral de Salud Materno-infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés)
MELA	Método de amenorrea de lactancia
NMLN	Nutrición de la madre, del lactante y el niño pequeño
OMS	Organización Mundial de la Salud
PF/SR	Planificación familiar/Salud reproductiva
PF	Planificación familiar
PFPP	Planificación familiar posparto
PPA	Protección por un par de años
PPS	Punto de prestación de servicios
PTMH	Prevención de la transmisión de madre a hijo/a (transmisión vertical)
RPS	Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGS	Sistema de información para la gestión en salud
SMRN	Salud de la madre, el recién nacido y el niño
TSC	Trabajador de la salud en la comunidad
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Agradecimientos

Este documento es el resultado de la colaboración entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, y numerosas agencias y organizaciones internacionales activas en el campo de políticas y programas de planificación familiar. El Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional y el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Población patrocinaron y brindaron apoyo de otra índole para este proyecto. Se agradece este apoyo.

La principal redactora técnica fue la especialista Lynn Bakamjian. Lynn Bakamjian; Mary Lyn Gaffield de la OMS; Holly Blanchard, Barbara Deller, Catharine McKaig y Anne Pfitzer del Programa Integral de Salud Materno-infantil (MCHIP) de Jhpiego; Patricia McDonald de USAID; y Nuriye Ortayli de UNFPA dirigieron la elaboración del documento. Elizabeth Sasser de Jhpiego brindó apoyo administrativo al equipo dedicado al documento a lo largo de todo el proceso. Erin O'Connell y Jane Patten de Green Ink fueron responsables de la corrección del texto.

Antes de realizar una consulta técnica mundial, MCHIP organizó una reunión técnica en Washington, DC, el 18 de julio de 2012, para reunir información y preparar el borrador del documento llamado Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Entre los 22 participantes se encontraban investigadores, programadores y prestadores de atención de la salud, en representación de 13 agencias y organizaciones. Sus sugerencias se incluyeron en el borrador, que posteriormente sirvió de base para las deliberaciones durante la consulta técnica de la OMS en Ginebra. Los colaboradores que participaron fueron: Adrienne Allison, Mengistu Asnane, Lynn Bakamjian, Holly Blanchard, Jeannette Cachan, Elaine Charurat, Carolyn Curtis, Selamawit Desta, Maxine Eber, Leah Elliott, Mary Lyn Gaffield, Justine Kavle, Jan Kumar, Patricia MacDonald, Catharine McKaig, Maureen Norton, Kate Rademacher, Saumya Ramarao, Elizabeth Sasser, Cathy Solter, John Stanback y Daren Trudeau.

Durante la consulta técnica en Ginebra, en setiembre de 2012, los siguientes profesionales aportaron sus conocimientos y experiencia: Salahuddin Ahmed, Moazzam Ali, Muna Ali, Ian Askew, Hashina Begum, Vicente Bataglia, Virginia Camacho, Laurette Cucuzza, Carmela de Cordero, Mamadou Diallo, Juan Diaz, Monica Dragoman, Maxine Eber, Mohammed Eslami, Mario Festin, Gathari Gichuhi, Sanjida Hasan, Rahila Juya, Rosemary Kamunya, Nigora Karabaeva, Asma Khalid, Eugene Kongnyuy, Rachel Lockey, Mohammed Mai, Chisale Mhango, Winnie Mwebesa, Josselyn Neukom, Sharon Phillips, Annie Portela, Ilka Rondinelli, Gamal Serour y John Stanback. Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos ellos por contribuir con su tiempo y experiencia en el proceso de establecimiento de consenso.

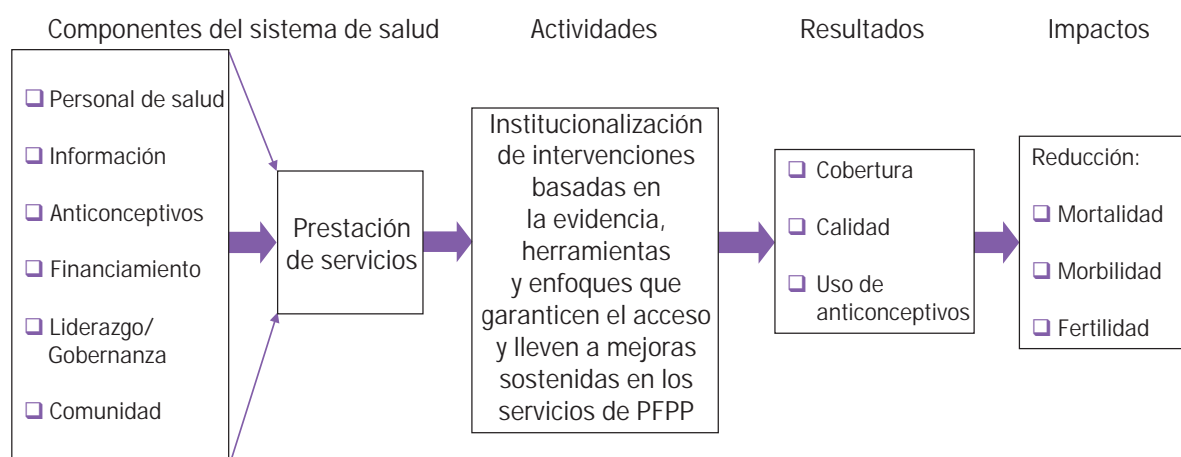
Prefacio

La planificación familiar (PF) es un componente esencial de los servicios de atención de la salud dispensados en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año siguiente a un parto (OMS 2009). La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto.

El documento llamado Estrategias para la programación de la planificación familiar después del parto se preparó para lo siguiente: 1) respaldar la *Declaración de acción colectiva para la planificación familiar posparto* (Apéndice 1); y 2) ser utilizado por planificadores y administradores de programas como recurso al diseñar intervenciones con el fin de integrar la PFPP en estrategias nacionales y subnacionales.

El programa de PFPP no debe considerarse "vertical", sino una parte integral de la salud materno-infantil y de los esfuerzos actuales de PF. Para que las intervenciones de planificación familiar después del parto sean satisfactorias es necesario implementar estrategias de programas holísticos y basados en la evidencia que refuercen los sistemas de salud y las mejoras sostenidas en servicios de alta calidad que coloquen a las personas en el centro de la atención de la salud (Figura 1).

Figura 1. Modelo del programa de PFPP



Los elementos utilizados para el diseño de un programa o una intervención de PFPP constituyen el objetivo principal de este documento. Sin embargo, no pretende ser preceptivo ni fijar reglas absolutas en cuanto al diseño y la implementación del programa. Se supone que los usuarios tienen experiencia general en el diseño de programas de planificación familiar/salud reproductiva; este documento aporta más apoyo para la programación de la PFPP. El contenido ofrece estrategias que pueden aplicarse a la elaboración de un programa integral que estudie las necesidades de PF de la mujer durante todo el período posparto o que refuerce la prestación de servicios de PF a las puérperas en uno o más puntos de contacto dentro del sistema de salud. La orientación clínica sobre la prestación de los servicios de PF se puede obtener de las dos guías basadas en la evidencia de la OMS: los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (OMS, 2009) y las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (OMS 2008). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica un manual que los proveedores de servicios de planificación familiar pueden consultar, cuyo título es *Planificación familiar: un manual mundial para proveedores* (OMS 2011).

Método de trabajo

Este documento representa la culminación de una iniciativa colaborativa entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y sus asociados para el desarrollo. El trabajo preliminar para elaborar este documento incluyó la celebración de dos reuniones de las partes interesadas en la OMS para definir el alcance del trabajo (marzo y noviembre de 2010) y la organización de sesiones de paneles durante el Primer Simposio Mundial de Investigación sobre los Sistemas de Salud en Montreux, Suiza, y durante la Segunda Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en Dakar, Senegal. Las deliberaciones durante las reuniones de las partes interesadas llevaron a priorizar el enfoque del documento en las estrategias programáticas destinadas a responsables de la formulación de políticas y directores de programas de planificación familiar. Las sesiones de paneles durante el congreso ofrecieron la oportunidad de revisar la evidencia sobre el tema y señalar las carencias en investigación en congresos internacionales. Se preparó un documento preliminar teniendo en cuenta las sugerencias aportadas en los foros.

Como apoyo de la preparación de este documento, se elaboró la síntesis de la bibliografía que describía intervenciones programáticas de la PFPP (Apéndice 2). Las búsquedas en publicaciones informales y en revistas con revisión científica externa se realizaron mediante PubMed y la Biblioteca Cochrane, y con los motores de búsqueda en Internet Google y Bing hasta julio de 2012 inclusive.

En ese mismo mes y año, se presentó la versión preliminar a un grupo multidisciplinario de expertos en planificación familiar de los Estados Unidos, durante una reunión técnica celebrada en Washington, DC. Entre los 22 participantes se encontraban investigadores, programadores y proveedores de atención de la salud, en representación de 13 agencias y organizaciones. Los comentarios de los expertos se adjuntaron al documento preliminar y a la síntesis de la bibliografía.

La OMS convocó a una consulta técnica del 10 al 12 de septiembre de 2012, en la que los expertos desarrollaron estrategias programáticas para que los responsables de la formulación de políticas y los directores de programas de planificación familiar tuvieran en cuenta a la hora de diseñar programas tendientes a reducir las necesidades insatisfechas de PF entre las mujeres después del parto. Los 34 expertos representaban a 20 países y a 13 agencias. El grupo multidisciplinario incluyó expertos en PF internacional, entre ellos, clínicos, investigadores, epidemiólogos, directores de programas y responsables de la formulación de políticas. Los expertos recibieron el documento preliminar y la síntesis de la bibliografía previo a la consulta técnica y este material sirvió de base para las deliberaciones del grupo durante la reunión. La elaboración final se realizó a través de un proceso basado en el consenso. Se pidió a todos los participantes que declararan cualquier conflicto de intereses antes de iniciar la reunión, mas ninguno los tuvo.

Capítulo 1

La planificación familiar posparto y por qué es necesaria

1.1 Planificación familiar posparto: definición y parámetros

Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la PFPP se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. En la tabla 1 se identifica la continuidad de los puntos de contacto dentro del sistema de atención de la salud que pueden brindar oportunidades para integrar la PFPP en las intervenciones de salud de la madre, el recién nacido y el niño durante los 12 meses después del parto. Mientras que los parámetros descritos en este documento solo cubren el primer año después del parto, los programas deben comprometerse a implementar estrategias para la continuidad de la anticoncepción o para el cambio eficaz, durante el segundo año después del parto y subsiguientes, según lo que la mujer desee en cuanto al espaciamiento o la limitación de embarazos futuros (OMS 2012a).

Tabla 1. Continuidad de puntos de contacto para la PFPP

CONTINUIDAD DE PUNTOS DE CONTACTO PARA LA PFPP				
→ → → →				
ETAPA	Embarazo	Trabajo de parto y parto, previo al alta (de 0 a 48 horas)	Postnatal, incluida la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (PTMH) (de 48 horas a 6 semanas)	Atención del lactante (de 4 a 6 semanas, hasta los 12 meses)
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Control prenatal (CP) en el centro de atención Pruebas de detección durante el embarazo realizadas en la comunidad	Asistentes calificados para el parto en el centro de atención o en el domicilio	Consultas en el centro de atención o en el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> • Si el parto es domiciliario, en el transcurso de las 24 horas del parto • Si el parto es en un centro de atención, antes del alta • Día 3 (de 48 a 72 horas) • Entre los días 7 y 14 después del parto • 6 semanas 	Consulta en el centro de atención, en el hogar o en la comunidad: <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones (difteria, <i>pertussis</i> y tétanos [DPT] o pentavalente 1, 2, 3; sarampión, rotavirus; refuerzos; etc.) • Consultas de puericultura • Supervisión de la nutrición y el desarrollo • Días de eventos (por ej., vitamina A) • Consultas por enfermedad (por ej., Atención médica integral para la comunidad/ Atención médica integral de enfermedades infantiles) • Atención y tratamiento antirretroviral/PTMH

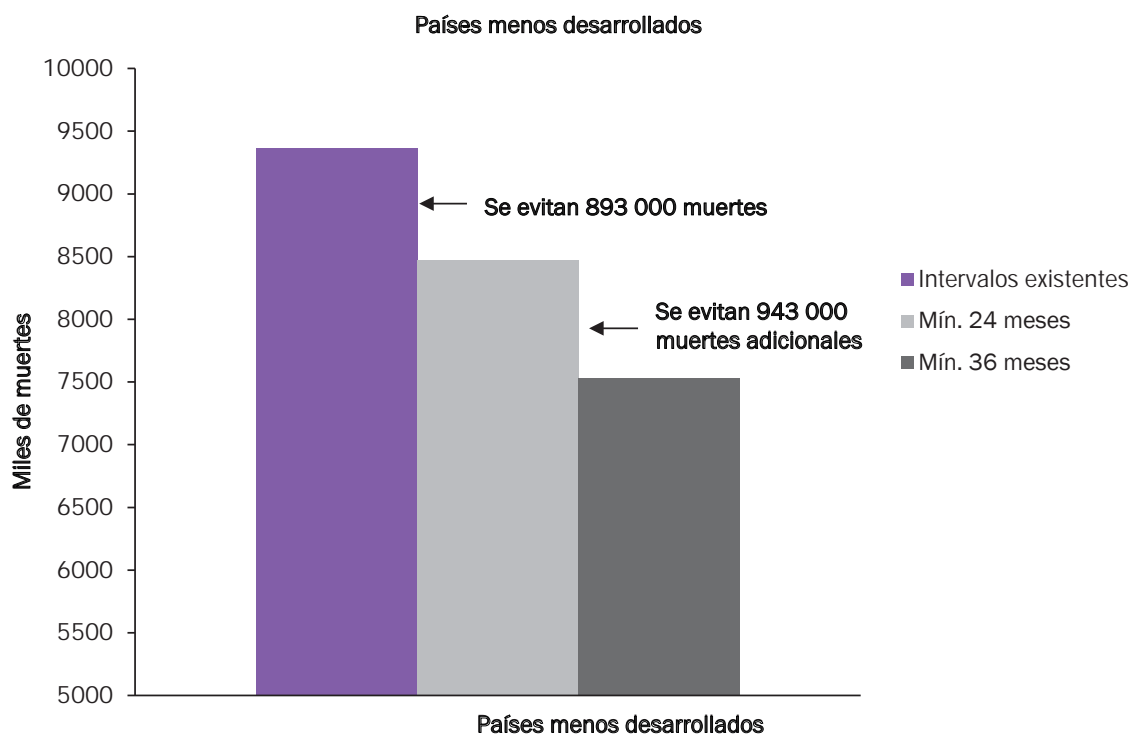
1.2 Justificación para la PFPP

En el mundo, la PF se reconoce como la intervención principal que salva la vida de madres e hijos (OMS 2012b). La PFPP cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de PF insatisfechas. Las púerperas tienen la mayor cantidad de necesidades de PF insatisfechas. No obstante, en general no reciben los servicios que necesitan para lograr intervalos intergenésicos más prolongados o para disminuir los embarazos no planificados y sus consecuencias. La PFPP atiende las necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro (es decir, quienes buscan "espaciamiento") y de quienes hayan alcanzado la composición familiar deseada y quieran evitar embarazos en el futuro (es decir, quienes buscan "limitación").

Otras justificaciones de la PFPP son las siguientes:

- Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos (Ross & Winfrey 2001).
- La PF puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (Cleland et al. 2006).
- Los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (Da Vanzo et al. 2007).
- El mayor riesgo de mortalidad infantil se da cuando los intervalos entre el parto y el embarazo siguiente son muy breves (< 12 meses). Si todas las parejas esperaran 24 meses para volver a concebir, la mortalidad de los niños menores de 5 años disminuiría en un 13 %. Si las parejas esperaran 36 meses, la disminución sería del 25 % (Figura 2) (Rutstein 2008).

Figura 2. Número anual de muertes en menores de 5 años con los intervalos actuales de partos y los intervalos mínimos de 24 y 36 meses



- Muchas mujeres y parejas lograron la composición familiar deseada y desearían evitar embarazos en el futuro. Un paso importante para disminuir la mortalidad materna es asegurar que cada mujer tenga solo la cantidad de hijos que desea. En un estudio reciente de 10 años, realizado en 46 países, se halló que el riesgo de mortalidad materna se incrementa a cuatro o más conforme aumenta la cantidad de hijos por mujer. En ese mismo estudio, también se observó que la mortalidad materna descendía de un 7 % a un 35 % conforme disminuía la cantidad de hijos por mujer (Stover & Ross 2010). Por consiguiente, la PFPP, ayuda a las mujeres que tienen la necesidad insatisfecha de espaciar y limitar embarazos en el futuro, al mismo tiempo que contribuye con la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil.

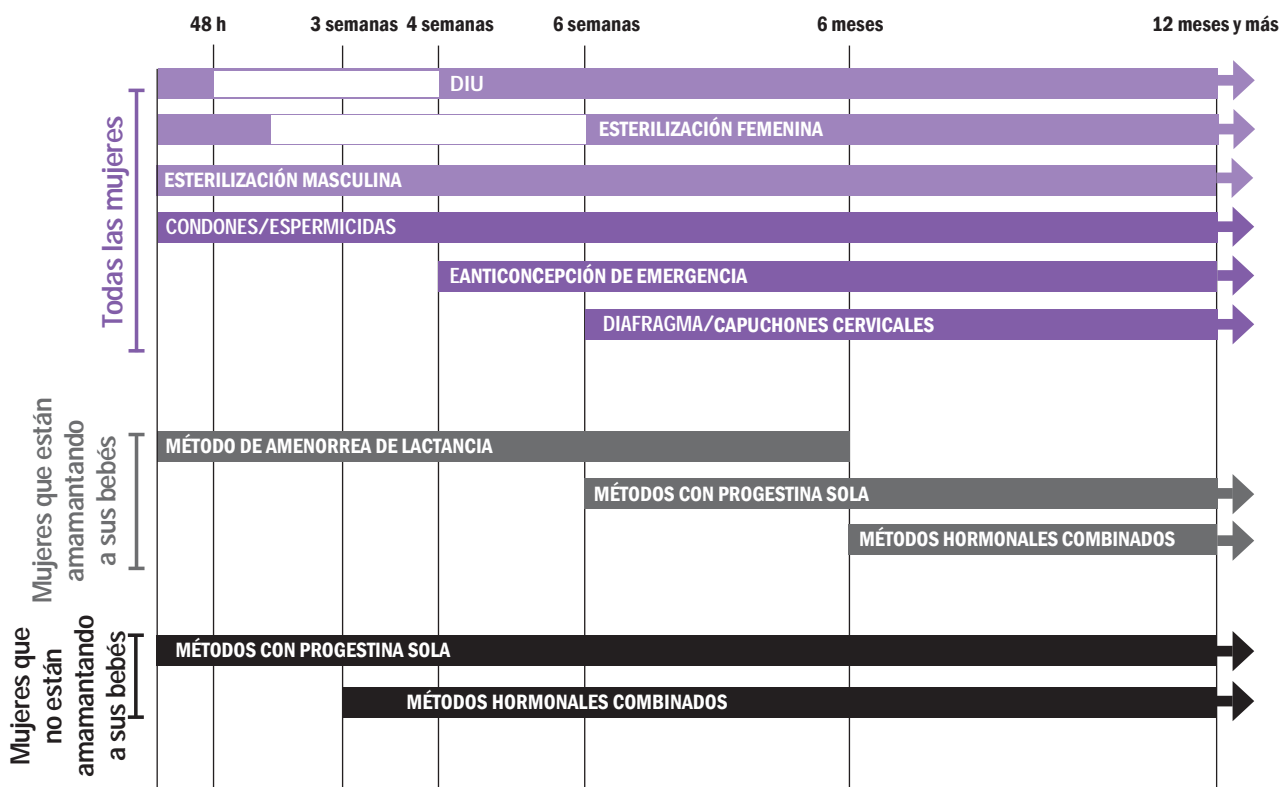
1.3 Las necesidades de planificación familiar exclusivas de las puérperas

El objetivo de la PFPP es ayudar a las mujeres a **decidir** sobre el método anticonceptivo que desean usar, **iniciarlo** y **seguir** usándolo durante dos años o más, según cuáles sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción. Hay consideraciones exclusivas para brindar los servicios de PFPP a las mujeres durante el período de 12 meses posparto.

- Una intervención de PFPP integral implica la continuidad de la atención para la mujer y su bebé en numerosos puntos de contacto dentro del sistema de salud durante un plazo de tiempo bastante extenso (por ej., desde el período prenatal hasta los 12 meses después del parto).
- Después del parto, las puérperas permanecen amenorreicas durante períodos variables, según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres que no amamantan a sus bebés, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto (Jackson & Glasier 2011). Las mujeres que no practican la lactancia exclusiva pueden quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación. Pueden hacerse pruebas de detección siguiendo la lista de comprobación publicada como parte de las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la OMS (SPR) (WHO 2008)* o análisis bioquímicos de embarazo (si están disponibles) para asegurar que las puérperas no queden excluidas de los servicios de PF.
- Expectativas y normas socioculturales sobre la reanudación de la actividad sexual después del parto.
- La PFPP integral puede implicar muchos grupos de trabajadores de la salud en diferentes instancias de la continuidad de la atención, desde los servicios prenatales hasta los servicios posparto, tanto en establecimientos sanitarios como en la comunidad. En 2012, la OMS emitió recomendaciones basadas en la evidencia sobre las instancias en las que los trabajadores de la salud pueden ofrecer intervenciones maternas y neonatales, incluidos los servicios de planificación familiar (OMS 2012c). Se les sugiere a los administradores de programas que consulten esta guía para asegurar la continuidad de la atención, de manera que todas las mujeres tengan acceso a servicios de PFPP de buena calidad. La coordinación en el marco del sistema de salud, como la integración de los servicios y la creación de vínculos para favorecer las derivaciones entre la comunidad y el centro de atención, el control prenatal, la maternidad, la atención puerperal y la salud infantil y los servicios de PF, pueden asegurar la continuidad de la atención y el acceso a los servicios (OMS 2012b).
- Un aspecto importante que debe tenerse en cuenta al planificar un programa o una intervención de PFPP es la seguridad clínica, es decir, qué métodos pueden usarse en cada instancia de contacto después del parto y en virtud de la condición de lactancia de la madre. En la Figura 3, se enuncian las recomendaciones de la OMS sobre el uso del método durante el primer año después del parto (y posteriormente) en el marco de los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (MEC) (OMS 2009)*. Cabe mencionar que estas recomendaciones también se aplican a las mujeres que viven con el VIH. (Este documento se mantendrá actualizado en formato electrónico, de acuerdo con la guía de la OMS). De manera sucinta, la OMS recomienda lo siguiente en cuanto al uso de la anticoncepción en las mujeres durante el primer año posparto y posteriormente:
 - Inmediatamente después del parto y durante un período posparto de hasta 6 meses, la mujer que practica la lactancia exclusiva puede usar el método de amenorrea de lactancia (MELA) y otros tantos de manera segura. Si la mujer elige el MELA, debería pasar del MELA

- a otro método anticonceptivo moderno cuando el bebé cumpla los 6 meses o antes si no se cumplen los criterios para el MELA (OMS 2009). Debería recibir la información oportunamente para poder elegir otro método anticonceptivo moderno.
- El DIU, un dispositivo anticonceptivo intrauterino con cobre, puede colocarse inmediatamente o hasta transcurridas 48 horas después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 4 semanas tras el parto. La esterilización femenina o el cierre de las trompas de Falopio pueden practicarse inmediatamente o hasta transcurridos 4 días después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 6 semanas tras el parto.
 - Las mujeres que no amamantan a sus bebés, además del DIU y el cierre de las trompas, pueden iniciar métodos de progestina sola inmediatamente después del parto. Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse a partir de las tres semanas después del parto.
 - Las mujeres que amamantan a sus bebés pueden comenzar a usar todos los métodos de progestina sola (inyecciones, implantes y píldoras de progestina sola) en la sexta semana después del parto, según los CME de la OMS. Las píldoras que combinan estrógeno y progestina no se pueden comenzar a usar hasta transcurridos seis meses después del parto.
 - Todas las mujeres, ya sea que amamenten o no a sus hijos, pueden iniciar el uso de condones inmediatamente después del parto, los métodos de anticoncepción de emergencia después de cuatro semanas y el diafragma o el capuchón cervical después de seis semanas.

Figura 3. Opciones de métodos anticonceptivos posparto (momento de inicio del método y consideraciones por la lactancia)



Capítulo 2

Consideraciones generales: comprender el contexto para la programación de la PFPP

El diseño de una intervención que redunde en la prestación eficaz de servicios en pos de obtener el máximo impacto, por ej., llegar a quienes más lo necesitan, requiere un entendimiento sólido del contexto. En este capítulo, se aporta la información necesaria para ayudar a guiar las consideraciones generales que deberían tenerse en cuenta al diseñar las intervenciones del programa. Al final del capítulo, se enuncian sugerencias sobre la manera en la que las observaciones de dichos análisis podrían ser útiles en la elección de las áreas focales del programa.

2.1 Revisión de los datos correspondientes a cada país

A fin de comprender la magnitud de la necesidad y las oportunidades disponibles para la programación de la PFPP, los administradores pueden consultar los datos vigentes a su alcance, como las encuestas demográficas y sanitarias, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados u otros datos y encuestas locales fiables. Los datos recogidos a continuación representan marcadores útiles del estado de la SMRN y la PF de un país, tanto en el plano nacional como subnacional, y permiten entender el contexto pertinente a la información y los servicios de PFPP. Pueden usarse para apoyar la integración de la PF con entornos de SMRN y para mostrar qué localizaciones e intervenciones podrían priorizarse al diseñar programas de PFPP.

Tabla 2. Datos y repercusiones en los programas

PREGUNTA CLAVE/DATO	REPERCUSIONES EN LOS PROGRAMAS
¿Qué cantidad y porcentaje de mujeres están embarazadas?	Esto señala el grupo potencial por abordar a través de la integración de la PFPP con los entornos de servicios relacionados con la SMRN.
¿Qué porcentaje de embarazos tenían intervalos de espaciamiento de menos de 18, 24 y 36 meses?	Si la mayoría de los embarazos tienen intervalos de menos de dos años de espaciamiento, esto podría indicar que la mayoría de las mujeres desconocen el riesgo de embarazo o no pueden acceder a servicios de PF durante el período posparto extendido.
¿Cuáles son los niveles de necesidades insatisfechas para lo siguiente? <ul style="list-style-type: none"> Espaciamiento Limitación 	Los niveles de necesidades insatisfechas por encima del 10 % indican la necesidad de revisar el alcance y la eficacia de todas las iniciativas de PF. Los niveles altos de necesidades de espaciamiento insatisfechas sugieren que es necesario implementar iniciativas para llegar a las mujeres durante la atención puerperal y el cuidado del lactante. Los niveles altos de necesidades de limitación insatisfechas sugieren la necesidad de revisar la combinación de métodos anticonceptivos para determinar si existen opciones adecuadas y eficaces inmediatamente después del parto y posteriormente.
¿Cuál es el uso total de anticoncepción y cuál es el porcentaje de uso por método (por ej., combinación de métodos)? ¿El MELA es parte de la combinación de métodos anticonceptivos?	Esto indica qué opciones están disponibles y en uso actualmente y qué debe hacerse para mejorar las opciones. Por ejemplo, ¿la combinación de métodos incluye al menos tres opciones para las mujeres que amamantan a sus bebés a partir de la sexta semana? ¿Ya hay ciertos niveles de uso de DIU y esterilización posparto que sugieren que, si se reforzara la prestación posparto inmediata de estos métodos, se podría lograr algún efecto?
¿Qué porcentaje de mujeres reciben control prenatal?	Si la mayoría de las mujeres reciben control prenatal, se supone que el potencial de llegar a las embarazadas es elevado si una intervención de PFPP se implementa de manera sistemática.

PREGUNTA CLAVE/DATO	REPERCUSIONES EN LOS PROGRAMAS
¿Qué porcentaje de las madres practican lactancia exclusiva y cuál es la mediana de la duración de la LME?	Indica la posibilidad de introducir la lactancia exclusiva y el MELA como una estrategia beneficiosa tanto para las madres como para sus bebés.
¿Qué porcentaje de partos se realizan en establecimientos sanitarios? ¿Cuál es la distribución de los partos en los establecimientos sanitarios por grupo etario, residencia y quintil de riqueza?	Si el porcentaje de los partos en los establecimientos sanitarios es considerable, hay una alta probabilidad de llegar a las mujeres a través de la orientación antes del alta, así como de derivarlas nuevamente a los servicios de atención primaria y de la comunidad, tanto para el seguimiento como para el acceso a otros métodos anticonceptivos. Es posible que se pueda ofrecer la inserción del DIU y el cierre de las trompas, ambos después del parto. La distribución por edad, residencia y condición socioeconómica ayudará a identificar a los grupos desatendidos.
¿Qué porcentaje de puérperas reciben AP para las madres o los lactantes?	Si un porcentaje considerable de mujeres reciben AP, la probabilidad de llegar a las puérperas con información y servicios de PFPP es buena. Si no es el caso, otra opción podrían ser los servicios de inmunización de rutina.
¿Cuáles son las tasas de inmunización para los niños menores de un año de edad (vacuna antituberculosa derivada del bacilo de Calmette y Guérin [vacuna BCG]), contra la DPT y pentavalente 1, 2, 3 o contra el sarampión)?	<p>Si hay una cobertura de inmunización de rutina fiable a través de los servicios de difusión o prestados en los establecimientos sanitarios, hay buenas probabilidades para integrar la información de PFPP, la orientación sobre el tema y las derivaciones pertinentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pentavalente o DPT 1 y BCG: promover la lactancia exclusiva y el MELA, y otros métodos anticonceptivos apropiados según los tiempos. • Pentavalente o DPT 3: promover la transición del MELA a otros métodos de PFPP, PFPP para las mujeres que amamantan a sus bebés, según los tiempos. • Sarampión: visita infalible para promover todos los métodos de PF. • Se pueden consultar las recomendaciones de la OMS sobre la inmunización infantil de rutina y los calendarios de vacunación para obtener más información (OMS 2013a).
¿Cuál es el porcentaje de partos de primerizas menores de 18 años?	Si hay un porcentaje considerable de parturientas primerizas de 18 años o menos, hay una oportunidad para promover el espaciamiento saludable del embarazo para demorar un segundo parto y sucesivos.
¿Qué porcentaje de mujeres son víctimas de violencia durante el embarazo, el parto o por usar la PF?	Si los niveles lo ameritan, debe considerarse estratégicamente la integración de la prevención de la violencia de género con iniciativas generales de PFPP y maternas. En 2013, la OMS publicó un documento sobre el tema, <i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines</i> (Respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra la mujer: guía clínica y normativa de la OMS). Esta guía incluye recomendaciones para integrar programas y la prestación de servicios a los servicios de salud actuales para las mujeres que son víctimas de violencia de pareja y violencia sexual (OMS 2013b).

2.2 Aspectos relacionados con los sistemas de salud

Es esencial entender el sistema de salud nacional (en términos de su estructura, organización, dotación de personal y fondos) y las políticas gubernamentales vigentes. Esto además puede aportar una visión sobre las carencias y oportunidades actuales para ofrecer la PF a las puérperas. Dado que la información y los servicios de PFPP abarcan una gama de contactos y prestadores en el entorno de los establecimientos sanitarios y las comunidades, entender cabalmente cómo está organizado el sistema de salud es un paso inicial fundamental para el diseño de los programas.

Las preguntas planteadas en esta sección se organizaron de acuerdo con los elementos clave del marco *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action* [Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los efectos en la salud: marco de la OMS para la acción; OMS 2010a) con un elemento adicional para los aspectos comunitarios y socioculturales. Las preguntas sirven de base para evaluar e identificar qué programas o intervenciones están vigentes y cuál es el mejor enfoque para la promoción y la identificación de un programa o una intervención de PFPP. La información puede obtenerse a través de deliberaciones con referentes clave o puede recogerse de documentos e informes publicados. Las respuestas a las consultas señalarán fortalezas y debilidades, y ayudarán a determinar dónde y cómo integrar la PFPP como componente sistemático de los servicios de SMRN.

Servicios de salud

- **Estructura de los servicios de salud:** ¿los servicios de PF/SR y de SMRN están organizados bajo la misma dirección o separados? Si están separados, ¿qué mecanismos u oportunidades existen para la colaboración y la planificación conjunta de la programación de la PFPP?
- **Organización de los servicios de salud:** ¿qué puntos de prestación de servicios existen y cómo están interrelacionados? (Deben considerarse los niveles terciarios, secundarios, primarios y comunitarios, y la existencia de un sistema de derivación y qué tan bien funciona).
- **Control prenatal (CP):** ¿dónde y cómo se presta en general el CP? ¿En establecimientos sanitarios? ¿En la comunidad? ¿O una combinación de ambos entornos?
- **Derivaciones y vínculos internos:** ¿qué vínculos existen (formales e informales) entre las clínicas de maternidad y de PF? ¿Hay un sistema eficaz de derivaciones? ¿El personal identifica y da seguimiento a las embarazadas durante la continuidad de la atención, desde el CP a la AP?
- **Unidades de maternidad:** ¿los PPS de maternidad tienen una infraestructura adecuada para ofrecer métodos de PF que pueden usarse inmediatamente después del parto?
- **Atención puerperal (AP):** ¿dónde y cómo se presta la AP? ¿En establecimientos sanitarios? ¿En la comunidad?
- **Opciones de anticoncepción:** ¿qué servicios de anticoncepción, como la anticoncepción reversible de acción prolongada (ARAP), están disponibles en las maternidades, los establecimientos sanitarios comunitarios y demás PPS?
- **Inmunizaciones:** ¿cómo están organizados y cómo se prestan los servicios de inmunización, nutrición y demás servicios de salud infantil?
- **Servicios integrados:** ¿la integración de la PFPP con otros servicios de SMRN ofrece una oportunidad para corregir las carencias en la prestación de servicios o el sistema de salud? ¿Qué carencias existen que podrían corregirse con un programa integrado?
- **Acceso a servicios:** ¿algún grupo demográfico (por ej., mujeres jóvenes, que vivan en zonas periurbanas o rurales, pobres o multíparas) tiene acceso restringido a los servicios de SMRN o PF/SR? ¿Por qué?
- **Comunicaciones:** ¿hay iniciativas para el cambio de conducta y la comunicación en el plano comunitario o en los medios masivos que puedan contribuir con la concienciación sobre la PFPP?

Sistema de información para la gestión en salud (SIGS)

- **Registro de los servicios de PFPP:** ¿el SIGS documenta la prestación de los servicios de PFPP (por ej., el cumplimiento con el método de PF durante el primer año después del parto)? Si no lo hace, ¿podrían adaptarse los registros pertinentes para tal fin?
- **Registro de la continuidad de la atención:** ¿qué tan bien el sistema promueve y registra la continuidad de la atención que se presta a los clientes individuales? ¿Algún prestador de atención de la salud da apoyo a las mujeres durante la continuidad de la atención del CP a la AP? Considere de qué manera la continuidad de la atención y el prestador de atención de la salud pueden ser útiles para apoyar el acceso a la PFPP.
- **Encuestas e investigación:** ¿qué datos y observaciones de supervisión, evaluación e investigación (como las encuestas demográficas y de salud) pueden ser útiles para el diseño de un programa?

Personal de salud

- **Desarrollo del personal:** ¿qué políticas y planes existen para apoyar el desarrollo del personal de SMRN a fin de que puedan ofrecer servicios de PF/SR y para que el personal de PF haga la selección de los clientes?
- **Herramientas nacionales:** ¿los protocolos o las guías de PF nacionales incluyen instrucciones explícitas para la prestación de la PFPP?
- **Asignación compartida de tareas:** ¿hay políticas y guías dirigidas al personal de nivel intermedio sobre la inserción de DIUPP y otras tareas compartidas que propicien el acceso a la PFPP? ¿El personal de nivel intermedio cuenta con el apoyo de organizaciones profesionales o del ministerio de salud para realizar estas prácticas de PFPP? ¿Es necesario unificar las recomendaciones? ¿Qué oportunidades o desafíos se encuentran al proponer el intercambio de tareas, tendiente a ampliar la capacidad de trabajo de los trabajadores de la salud y permitir que los grupos del nivel intermedio presten servicios de PFPP de buena calidad? Como guía para las decisiones de la asignación compartida de tareas deberían usarse las recomendaciones enunciadas recientemente por la OMS sobre la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud a fin de mejorar el acceso a intervenciones maternas fundamentales, como la planificación familiar, a través del intercambio de tareas. (OMS 2012c)
- **Personal con las habilidades necesarias:** ¿qué carencias existen con respecto a la cantidad de personal (llámense médicos, enfermeros, parteras, otros miembros del personal clínico y trabajadores de la salud en la comunidad) capacitado, o a las habilidades adquiridas por estos, en el sistema de salud y, en especial, en lo que respecta a los servicios de SMRN y de PF/SR? ¿Hay otros grupos de personal que puedan recibir formación para prestar los servicios de PFPP?
- **Trabajadores de la salud en la comunidad (TSC):** ¿qué oportunidades o desafíos existen para apoyar a los TSC a fin de que presten servicios de PFPP? ¿Los TSC identifican y dan seguimiento a las embarazadas como parte de sus tareas regulares?
 - ¿Los TSC brindan AP a las madres y a sus bebés? ¿Qué métodos de PF pueden ofrecer?
 - ¿Los TSC proporcionan atención médica integral para la comunidad (AMIC) en respuesta a las enfermedades infantiles? ¿Es posible integrar la orientación sobre la PF o la prestación de dicho servicio con la AMIC?
- **Educación previa al servicio:** ¿la educación previa al servicio que se imparte a médicos, enfermeros, parteras y TSC incluye la PF en general y la PFPP en particular? Si no es así, ¿qué oportunidades hay de agregar la PFPP a los programas educativos previos al servicio sobre SMRN y PF/SR? ¿Los centros de prácticas y residencias ofrecen servicios de PFPP? ¿Los tutores y los preceptores emplean metodologías de formación basadas en las competencias?
- **Formación en el servicio:** ¿qué oportunidades y programas hay para la formación en el servicio y la actualización, dirigidos a los trabajadores de salud, sobre los servicios de SMRN y PF/SR? ¿La formación está basada en las competencias? ¿Se incluyen las competencias y habilidades clínicas y para la orientación en materia de PFPP? ¿Aceptan los prestadores de SMRN ofrecer PFPP?, ¿en qué medida?

- **Supervisión del desempeño:** ¿se dispone de protocolos y guías para la supervisión y el control de la PFPP? ¿Las evaluaciones de desempeño abordan la PFPP en cuanto a la labor del personal que trabaja en los entornos elegibles?

Medicamentos y tecnología

- **Registro de productos:** ¿las políticas actuales facilitan la adopción, el registro y la adquisición de nuevas tecnologías de anticoncepción para asegurar una amplia gama de métodos anticonceptivos?
- **Adquisición y cadena de suministros:** ¿se dispone de un sistema integrado para la adquisición y el suministro de materiales, equipos e insumos para la SMRN y PF/SR, o se opera con sistemas paralelos?
- **Disponibilidad de anticoncepción:** ¿los materiales, equipos e insumos para la anticoncepción están constantemente disponibles en los PPS de los distintos niveles del sistema de salud, en los entornos de prestación de servicios integrados (como el trabajo de parto y el parto o las inmunizaciones) o para la distribución entre la comunidad en el marco de los programas de SMRN y PF/SR?
- **Información sobre la logística:** ¿hay un sistema de administración logística capaz de prever con precisión las necesidades y de registrar el uso de los materiales, equipos e insumos de PF entre los clientes que acuden en busca de servicios de SMRN?

Financiamiento de la salud

- **Fuentes de financiamiento para la PF:** ¿los servicios de PF son parte de los servicios básicos de salud en el país?
- **Fuentes de financiamiento para la PFPP:** ¿hay fuentes de financiamiento específicas para la PFPP?
 - ¿Se incluyen asignaciones del presupuesto para los servicios de PF y los materiales necesarios?
 - ¿El gobierno tiene un plan presupuestario anual (trabajo) para la SMRN o PF/SR que incluya además la PFPP?
 - ¿Hay opciones de un seguro privado que cubra los partos o las urgencias? ¿Alcanzan a cubrir el período posparto? Si lo hacen, ¿incluyen la PFPP?
- **Sector privado:** ¿hay iniciativas del sector privado que puedan aprovecharse para la programación de la PFPP?
- **Honorarios de los clientes:** ¿qué honorarios se les cobran a los clientes por los controles prenatales, del parto, posparto y por los servicios de SR y PF, en cada sector (es decir, público, comercial y organizaciones religiosas o no gubernamentales)?
 - ¿Qué sucede cuando los clientes no pueden pagar?
 - ¿Los honorarios varían según el método anticonceptivo?
 - Si los servicios son gratuitos, ¿hay costos ocultos, como la necesidad de que el cliente compre insumos para los servicios de DIUPP o CTP?
- **Fuentes de financiamiento:** ¿cuánto del presupuesto para la SMRN y PF/SR proviene de aportes externos?
 - ¿Qué entidades donantes tienen una gran participación en estos programas?
 - ¿El apoyo de las entidades donantes externas está sesgado a ciertos artículos (por ej., formación o productos) o a centros o distritos específicos?
 - ¿De qué manera las prioridades del gobierno o de las entidades donantes promueven una mayor atención a los programas de PFPP?

Liderazgo y gobernanza

- **Plan y estrategia para una maternidad segura:** ¿el gobierno tiene una estrategia o un plan operativo para una maternidad segura que promueva el acceso a servicios de maternidad segura de buena calidad?
 - ¿Se promueve específicamente la integración de la PF?
 - ¿Se incluye la PFPP? Si se hace, ¿cómo se define la PFPP?
 - ¿Se incluye la orientación durante el CP y el inicio de métodos de PF modernos durante el período posparto de 12 meses?
 - ¿Se toman en cuenta medidas para apoyar la continuidad voluntaria del uso del método anticonceptivo como apoyo a los intervalos intergenésicos saludables y a las intervenciones de fertilidad para alcanzar la composición familiar?
 - ¿Las políticas de SMRN promueven la PFPP como una intervención capaz de salvar vidas, tendiente a disminuir la mortalidad materna y neonatal como iniciativa en pos de los objetivos del milenio 4 y 5? Si no es así, ¿qué actividades de apoyo se necesitan?
- **Plan y estrategia para la PFPP:** como opción, ¿el gobierno tiene una estrategia o un plan operativo para la PF/SR que promueva el acceso a servicios de PF para las puérperas?
 - ¿Promueve específicamente la integración de los servicios de SMRN?
 - ¿Asegura una amplia gama de métodos anticonceptivos?
 - ¿Promueve intervenciones (como la orientación) para apoyar el espaciamiento saludable y oportuno del embarazo?
 - ¿Incluye intervenciones en respuesta a las necesidades de la limitación para evitar embarazos futuros?
- **Distribución de recursos:** ¿en quién recae la autoridad para la distribución y priorización de recursos, en especial de los servicios de SMRN y PF/SR, en el sistema de salud pública?
- **Colaboración gubernamental:** ¿en qué medida colabora el gobierno con las iniciativas de los pares del sector privado o no gubernamentales, o confía en ellas, en materia de servicios de SMRN y PF/SR? ¿Cómo podría sacarse más provecho de estas relaciones para apoyar el diseño de programas de PFPP?
- **Normas, guías y protocolos nacionales:** ¿hay normas, guías y protocolos nacionales? ¿Están disponibles ampliamente en los centros de servicios y para los prestadores? ¿Incluyen, de manera explícita, cuestiones relacionadas con la PFPP? ¿Incluyen políticas y guías dirigidas al personal de nivel intermedio sobre la inserción de DIUPP, implantes y métodos permanentes? ¿El personal de nivel intermedio cuenta con el apoyo de organizaciones profesionales o del ministerio de salud para prestar estos servicios de PFPP? ¿Es necesario unificar las recomendaciones?

Cuestiones socioculturales y comunitarias

- **Perspectiva del cliente:** ¿qué saben y en qué medida comprenden los responsables de formulación de políticas, administradores de programas y prestadores las necesidades, los deseos y las limitaciones de las puérperas en materia de servicios de PF? ¿Cómo se usa esta información para ofrecer servicios?
- **Normas culturales:** ¿qué normas culturales prevalecen (entre ellas, las actitudes de los trabajadores de la salud) en relación con las puérperas, tanto aquellas que amamantan a sus bebés como las que no, en lo referente a lo siguiente?
 - Retorno a la fertilidad
 - Intervalos intergenésicos
 - Composición familiar
 - Reanudación de la actividad sexual, considerando el estigma del retorno precoz a la actividad sexual

- **Suspensión de la lactancia materna** ¿Las mujeres dejan de amamantar a sus bebés cuando vuelven a quedar embarazadas?
- **Residencia de la madre y del recién nacido:** ¿las madres de los recién nacidos regresan al hogar materno o al de su esposo?
- **Percepciones sobre la PFPP:** ¿existen creencias y percepciones con respecto al uso de métodos anticonceptivos después del parto que podrían afectar o promover la PFPP?
- **Condición de las mujeres y las niñas:** ¿de qué manera afecta la condición de las mujeres y las niñas al uso de la PF? ¿Existen prácticas tradicionales (por ej., la *pardah*, la mutilación genital femenina) que podrían poner en riesgo el acceso de la mujer a la PFPP?
- **Participación masculina:** ¿hay normas de género constructivas o nocivas que influyen en la participación masculina en la atención de la SMRN y PF/SR para las mujeres y niñas, en especial durante el año posterior al parto, o sobre la participación económica de las mujeres y el hecho de que trabajen fuera del hogar?
- **PFPP y VIH/SIDA:** ¿hay guías de PF para las personas que viven con el VIH y el SIDA? ¿Los programas de PTMH incluyen información, servicios y materiales de PFPP?

2.3 Del plano general al específico

En la tabla a continuación se mencionan algunos ejemplos de los vínculos entre las respuestas a las preguntas de la sección 2.2 y posibles programas e intervenciones. Estas opciones pueden dar inicio a un estudio y deliberaciones más profundos entre las partes interesadas sobre el tipo de intervenciones que podrían llevarse a cabo para atender las necesidades en contextos y situaciones específicos. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, dado que las conclusiones pueden disponerse de diversas maneras y orientarse a distintos rumbos programáticos.

Tabla 3. Conclusiones ilustrativas y posibles intervenciones programáticas

CONCLUSIONES ILUSTRATIVAS	POSIBLES INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS DE PFPP
<ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de necesidad insatisfecha para limitar embarazos futuros • Alto porcentaje de partos en establecimientos sanitarios • Sistema de salud con infraestructura en el distrito para servicios de esterilización femenina e inserción de DIU 	<p>Servicios intraparto prestados en los establecimientos sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la orientación y la combinación de métodos para incluir la ARAP y los métodos permanentes. • Integrar la orientación y los servicios para la inserción inmediata del DIU, el cierre de las trompas de Falopio y la orientación sobre la LME en las unidades de trabajo de parto y parto y en las unidades de maternidad posparto en los establecimientos sanitarios del plano distrital o subdistrital, si corresponde.
<ul style="list-style-type: none"> • Baja prevalencia de métodos anticonceptivos modernos • Alto uso de métodos tradicionales • Red actual de TSC que prestan servicios domiciliarios de CP y AP • Intervalos intergenésicos cortos • Alto porcentaje de partos domiciliarios 	<p>Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los TSC para integrar la educación comunitaria y la orientación individual sobre el HTSP, la LME y el MELA con la derivación para el uso de otros métodos de PF como parte sistemática de la atención. • Promover las visitas de AP en los partos domiciliarios para brindar la atención básica al recién nacido y sobre la LME/el MELA. • Centrarse en el MELA como un método transitorio hasta el uso de otros métodos anticonceptivos modernos. • Hablar sobre las intenciones reproductivas de las mujeres en cuanto al espaciamiento o la limitación, y dar información sobre los métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos. • Usar los servicios integrados de SMRN/PF comunitarios.

CONCLUSIONES ILUSTRATIVAS	→ POSIBLES INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS DE PFPP
<ul style="list-style-type: none"> Existen el seguro u otros mecanismos de financiamiento, como vales, para los servicios básicos de maternidad y AP 	<p>Financiamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluir la PFPP con el paquete del parto para asegurar que todos los métodos anticonceptivos estén cubiertos durante el período posparto extendido.
<ul style="list-style-type: none"> Altas tasas de lactancia materna Sesiones de inmunización de rutina satisfactorias en los establecimientos sanitarios 	<p>AP y atención del lactante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluir el MELA y la orientación sobre la transición a otros métodos anticonceptivos eficaces. Agregar un prestador especializado en PF a los programas de inmunización de rutina o derivar a la mujer a la unidad de PF del establecimiento.
<ul style="list-style-type: none"> Altas tasas de rotación de personal entre y dentro de los establecimientos sanitarios Falta de habilidades y conocimiento sobre la PFPP entre el personal del centro de atención, lo que abarca la prestación de métodos permanentes/ARAP En los establecimientos sanitarios no hay personal capacitado disponible para prestar los servicios de SMRN y PF 	<p>Refuerzo de la capacidad de los recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reforzar las políticas y las prácticas en pos del desarrollo del personal y la retención de estos, a fin de asegurar la disponibilidad de prestadores con habilidades en PF en el marco del CP, el trabajo de parto y el parto y la AP . Incluir o reforzar un programa de educación en SR integral, que trate los temas de maternidad segura, planificación familiar y entrenamiento en la salud neonatal e infantil. Integrar los conceptos de la PFPP en la educación previa al servicio y asegurar que la PFPP y el HTSP se traten de forma cabal y adecuada en los planes de estudio, la formación práctica y los exámenes. Enviar equipos de difusión móviles a los establecimientos sanitarios en el corto plazo para prestar servicios al mismo tiempo que se capacita al personal como estrategia a largo plazo. Centrarse en las intervenciones de PFPP comunitarias, como la LME, el MELA, las píldoras, los inyectables y los condones, mientras se atienden las necesidades de capacidad y de los trabajadores de la salud en el plano de los establecimientos sanitarios.
<ul style="list-style-type: none"> Alta prevalencia del VIH y existencia de servicios de PTMH 	<p>Atender las necesidades de las mujeres que viven con el VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrar la PFPP con los servicios de PTMH, la promoción de la LME y el uso del MELA, así como la alimentación complementaria apropiada a partir del sexto mes, con la transición a otro método anticonceptivo eficaz.

Capítulo 3

Integración de la PFPP en todos los puntos de contacto: consideraciones de los entornos

Los programas y las intervenciones de PFPP están diseñados para llegar a las mujeres en uno o más puntos de contacto específicos del sistema de salud, cuando estas acuden por información y servicios, como: 1) CP, 2) trabajo de parto y parto, incluso antes del alta, 3) AP y 4) visitas para inmunización y atención de la salud del niño. En el capítulo 3 se da información para el diseño de una intervención de PFPP pertinente a uno o más puntos de contacto específicos, e incluye ejemplos de objetivos de los programas, estrategias, actividades e indicadores. Si bien la información no pretende ser exhaustiva, se presenta como una opción para una gama de estrategias y acciones para ejemplificar los tipos de intervenciones programáticas que podrían emplearse para integrar la PFPP con los servicios de atención de la salud diversos que se ofrecen a las mujeres. Estas estrategias pueden aplicarse en el plano nacional, institucional, comunitario o local, según el alcance y la escala de la intervención programática prevista. Además, pueden usarse para diseñar un programa nuevo o reforzar uno que esté vigente. Las estrategias y actividades pueden adoptarse o adaptarse en respuesta a las necesidades y situaciones específicas del contexto, según lo dictado por los resultados de la revisión del contexto del capítulo 2. Además, en cada sección hay ejemplos de estrategias reales puestas en práctica en ciertos países para llegar a las puérperas. En el Apéndice 2, se resume la evidencia publicada y sin publicar que evalúa las intervenciones programáticas relacionadas con la planificación familiar posparto. La evidencia respaldatoria se usó para informar el desarrollo de ejemplos de estrategias de programas destacadas en las tablas de este capítulo.

3.1 Control prenatal

El CP hace referencia a los servicios de salud que recibe una mujer para controlar su salud y la evolución de su embarazo y su bienestar durante ese período. El CP es una oportunidad para alentar partos con una partera especializada, y para aconsejar y orientar sobre la importancia de la planificación familiar y las opciones anticonceptivas disponibles, con mención de aquellas que pueden ofrecerse en el momento del parto, si se produce en un centro de atención (OMS 2006; OMS 2010b). Puede brindarse información y orientación sobre la inserción del DIU y puede obtenerse el consentimiento antes del trabajo de parto si la mujer opta por este método. Para la pareja o la mujer que no desee embarazos futuros, el CP también es una instancia en la que se puede ofrecer orientación sobre los métodos permanentes, y puede obtenerse el consentimiento informado voluntario, en el que la firmante confirma que ha entendido la naturaleza irreversible de tales opciones. El CP puede ser parte de las prácticas domiciliarias o en el centro de atención. Por ende, el CP fortalece el vínculo fundamental entre los servicios de atención de la salud que se brindan en la comunidad y los que se brindan en el centro asistencial. Además, constituye una oportunidad para sumar a los maridos y demás familiares a favor de conductas posparto y de embarazo saludables.

Tabla 4. Contactos durante el control prenatal

Objetivo general del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Las embarazadas hablan sobre sus intenciones de reproducción en cuanto al espaciamiento y la limitación, y eligen un método de PFPP durante el CP. 		
Resultados del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Número o porcentaje de clientes del CP que recibieron información y orientación sobre la PFPP y la LME. Número o porcentaje de clientes del CP que optaron por un método de PFPP y lo consignaron en el carné de cliente o de CP. 		
EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
<p>Reforzar el conocimiento y la demanda de la PFPP durante el período del CP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Integrar la información y la orientación sobre la PFPP con los servicios de CP y PTMH que se ofrecen en los establecimientos sanitarios y la comunidad. Brindar orientación que incluya una conversación sobre las intenciones de la mujer o la pareja en materia de reproducción y la gama de métodos anticonceptivos disponibles, incluso la vasectomía. Designar trabajadores de la salud para que impartan educación grupal de rutina sobre la PFPP, el HTSP y la LME durante las sesiones de CP. Proveer a los establecimientos sanitarios material de información, educación y comunicación sobre la PFPP, para que las mujeres puedan llevarse a sus hogares y para usarlos en las visitas domiciliarias. Promover la inclusión de los maridos y demás familiares en la educación y la orientación del CP. 	<ul style="list-style-type: none"> Número o porcentaje de sesiones de CP que incluyen la información y la orientación sobre la PFPP. Proporción de registros de clientes que se rellenan y la documentación de que reciben orientación sobre la PFPP y optan por un método, si corresponde. Número o porcentaje de proveedores de servicios de CP competentes en la prestación de la orientación sobre la PFPP. Número o porcentaje de mujeres que acuden al CP y reciben material de información, educación y comunicación sobre las opciones de PFPP. Número o porcentaje de sesiones de PTMH que incluyen información y orientación sobre la PFPP.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
Fortalecer la continuidad de los vínculos y derivaciones de atención entre el centro y la comunidad y los servicios de CP y maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los TSC identifican, derivan y dan seguimiento de manera sistemática a las embarazadas para los servicios de CP y prestan/refuerzan los mensajes sobre la PFPP. • Se desarrollaron o fortalecieron vínculos de derivaciones entre los servicios de CP y los servicios de trabajo de parto y parto, ya sea que se presten en el mismo lugar o en distintos establecimientos o entornos. • Hay un mecanismo implementado, como el carné del cliente, en el que se registran y se comunican datos sobre las necesidades de salud de los clientes, de manera precisa, y las opciones de PFPP inmediatas. • Para las mujeres que viven con el VIH, asegurar que haya un vínculo con los servicios de PF durante los servicios relacionados con el VIH para la atención del lactante y la continuidad del tratamiento de] la madre contra el VIH . 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de embarazadas que tienen cierto nivel de continuidad de la atención (definido como el mismo prestador, el mismo lugar, el mismo equipo de prestadores comunitarios o del centro de atención). • Proporción de PPS de CP con protocolos de derivación, incluida la documentación de los clientes derivados. • Número o porcentaje de clientes de CP cuyos carnés están completos con la información sobre el embarazo y la orientación sobre la PFPP y la elección del método de PFPP inmediato. • Número o porcentaje de clientes de PTMH cuyos carnés están completos con la información sobre el embarazo y la orientación sobre la PFPP y la elección del método de PFPP inmediato.
Mejorar el entorno propicio para la PFPP como un componente sistemático de los servicios de CP	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar la PFPP con las políticas y estrategias nacionales de SMRN y PF • Integrar la PFPP con la guía para la prestación de servicios y la supervisión de la calidad de la atención en el marco de los servicios del CP. • Trabajar para ampliar el conocimiento y mejorar las actitudes y las prácticas de los prestadores de CP y los TSC a fin de asegurar que apoyen la prestación de información y servicios de PFPP. • Integrar la PFPP con los programas de educación previa a la prestación de servicios. • Comprobar que la PFPP sea parte del programa nacional de PTMH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de políticas y estrategias nacionales de SMRN, PF y PTMH que incluyan la PFPP . • Número o porcentaje de PPS que tengan guías para la prestación de servicios sobre la PFPP; número o porcentaje de PPS que supervisen la integración de la PFPP con los servicios de CP y PTMH . • Número o porcentaje de prestadores y TSC de CP y PTMH que brindan información y orientación sobre la PFPP a todos los clientes del CP. • Número o porcentaje de instituciones educativas previas a la prestación del servicio que incluyen la PFPP en sus planes de estudio, protocolos y guías de los servicios y orientación en línea con las estrategias y políticas de PFPP nacionales y los CME internacionales; número o porcentaje de graduados previos a la prestación del servicio con competencias para dar charlas y orientación sobre la PFPP durante el CP y la PTMH.

3.2 Trabajo de parto, parto y previo al alta

Este punto de contacto comprende varios puntos durante la estancia en el centro de atención, desde la admisión, el inicio del trabajo de parto, la sala de partos, la unidad de maternidad, el posparto inmediato y el período antes del alta. Durante este período, se recomienda impartir orientación sobre la importancia de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos disponibles, incluido el MELA (OMS 2006; OMS 2010b). En el caso de las mujeres cuyo acceso a la atención en establecimientos sanitarios es limitado, el parto en estos establecimientos constituye la única oportunidad para tratar sus intenciones de fertilidad y su necesidad de anticoncepción: no es necesaria una nueva visita, que podría ser de un costo prohibitivo o muy poco viable. Si la mujer desea que se le inserte un DIU o se le practique algún procedimiento de esterilización inmediatamente después del parto, se debe indagar hasta tener la certeza de que esta ha recibido orientación de buena calidad como comprobación de su elección. De acuerdo con los CME de la OMS (OMS 2009), los métodos apropiados para la prestación del servicio de PF durante el período posparto inmediato incluyen los siguientes: MELA, DIU, condones y esterilización (femenina o masculina). Los métodos de progestina sola son adecuados para las mujeres que no amamantan a sus bebés antes del alta.

Tabla 5. Contactos durante el trabajo de parto, el parto y previo al alta

Objetivos generales del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Las puérperas que eligen un método durante el CP o en el momento del parto reciben servicios de PFPP de buena calidad antes del alta. Las puérperas reciben orientación sobre la LME y el MELA antes del alta y comienzan a amamantar a sus bebés de inmediato. 		
Resultados del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Proporción de mujeres que eligen un método durante el CP y que solicitan y reciben el método deseado antes del alta. Proporción de clientes de la maternidad que solicitan un método durante el inicio del trabajo de parto u orientación antes del alta y reciben el método deseado antes de dejar el centro de atención. Proporción de mujeres con la intención de lactancia exclusiva que comienzan a amamantar a sus bebés antes del alta y usan el MELA después del alta. 		
EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
Se cuenta con vínculos y protocolos eficaces para dar apoyo a la orientación sobre la PF y las derivaciones de los clientes de las maternidades que acuden en busca de información y servicios de PFPP y continuidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la capacidad de los asistentes capacitados para el parto a fin de ofrecer orientación eficaz y precisa sobre la PF, incluso sobre el MELA, a las mujeres que tienen el parto en sus hogares y, cuando se solicite, derivaciones para la inserción del DIUPP (en el transcurso de las 48 horas) o el CTP (en el transcurso de 1 semana). Asegurar que la orientación previa al alta incluya mensajes sobre los indicadores de peligro para las madres y los lactantes, la LME, el MELA, los deseos de fertilidad en cuanto a espaciamiento y limitación, el HTSP, el retorno a la fertilidad, la reanudación de la actividad sexual, los métodos modernos seguros para usar durante la lactancia y la transición del MELA (si lo usa) a un método moderno, así como cuándo y dónde retornar para las consultas. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de asistentes capacitados para el parto, formados con las competencias para la información, la orientación y la prestación de servicios (según corresponda) de PFPP y las derivaciones. Número o porcentaje de carnés de cliente y registros de los establecimientos sanitarios debidamente completos, con la inclusión de los datos de la orientación sobre PFPP, el método anticonceptivo seleccionado, los servicios prestados y la atención de seguimiento.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
La infraestructura de los PPS para la maternidad es adecuada para la prestación de servicios de PFPP de buena calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar o actualizar los PPS para la maternidad a fin de prestar servicios de DIUPP o CTP, incluida la disponibilidad de agua corriente, electricidad, espacio para brindar la orientación con privacidad y quirófanos o salas para los procedimientos; el proceso de adquisición se administra para permitir un suministro continuo de material, equipos, instrumentos e insumos fungibles de PF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de PPS para la maternidad que cuentan con insumos disponibles en el lugar de la prestación, materiales para la información, educación y comunicación, material de referencia y complementario para los prestadores (protocolos, normas y guías), materiales, equipos e instrumentos para la PFPP, como DIUPP y CTP.
La información, la orientación y los servicios de PFPP de buena calidad, incluidos DIUPP y CTP, se brindan en los PPS para la maternidad por parte de prestadores comprometidos, confiables y competentes	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientación basada en competencias y formación en las habilidades clínicas tanto previa al servicio como en el servicio. • Proporcionarles a los trabajadores de la salud material complementario, protocolos actualizados sobre los servicios, guías, listas de comprobación para la detección y otros materiales de referencia (OMS 2012c). • Incluir o fortalecer la supervisión para apoyar a los prestadores, incluso con comentarios y actualizaciones de rutina. • Desarrollar o mejorar el protocolo para asegurar que se obtenga el consentimiento informado voluntario para todos los clientes que soliciten el CTP antes del trabajo de parto y parto. • Realizar actividades educativas más allá de la orientación individual para ampliar la demanda informada, como las sesiones informativas grupales en la unidad posparto, vídeos y láminas, a fin de difundir el mensaje entre los clientes y las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personal clínico capacitado para brindar orientación competente sobre la PFPP y servicios de DIUPP y CTP; número de planes de estudio para la formación tanto previa al servicio como en el servicio, que incluyan habilidades clínicas para la provisión de DIUPP y CTP. • Indicador de materiales complementarios y protocolos. • Número de proveedores que alcanzan el 80 % de las normas relativas a la PFPP. • El 100 % de los formularios de consentimiento informado ejecutados de manera apropiada para clientes que optaron por el CTP inmediato como método.
La orientación sobre LME y el MELA son componentes sistemáticos de la orientación previa al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir formación para asegurar que los prestadores tengan las competencias para brindar orientación y mensajes precisos sobre el MELA. • Desarrollar e implementar guías y protocolos para dar asistencia a las madres sobre cómo amamantar a sus bebés dentro de la primera hora después del parto y apoyarlas durante su estancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de prestadores de atención de la salud que pueden citar tres criterios del MELA. • Proporción de clientes en la maternidad que reciben orientación sobre la LME y el MELA.

3.3 Atención puerperal

La AP constituye un momento oportuno para brindar orientación a las mujeres sobre el espaciamiento de los partos y la planificación familiar. Deberían analizarse las opciones anticonceptivas y ofrecerse los métodos anticonceptivos si se solicitan (OMS 2010b; OMS 2013c). La OMS recomienda que las mujeres que tuvieron el parto en un centro de salud debería recibir la AP durante al menos 24 horas después del parto. Si el parto es en el hogar, el primer contacto posnatal debería establecerse lo antes posible, dentro del transcurso de las 24 horas del parto. Se recomiendan tres contactos adicionales para la AP, al tercer día, entre el séptimo y decimocuarto día después del parto y seis semanas después de este (OMS 2013c). Es importante llegar a las mujeres antes de que estén en riesgo de un embarazo no planificado y transmitirles la información sobre el retorno a la fertilidad, sus opciones para espaciar o limitar embarazos futuros y los beneficios que estas conllevan para la salud materna y neonatal. Las intervenciones comunitarias son críticas durante el período vulnerable cuando las mujeres regresan a su hogar tras un parto en un centro de atención, así como para aquellas que no tienen el parto en una institución de este tipo. Tanto para los partos en un centro de atención como en la comunidad, la OMS recomienda que la orientación y el apoyo para la LME sea parte de cada contacto puerperal. Se recomienda además que se les brinde orientación a las mujeres sobre el espaciamiento de los partos y la planificación familiar durante los contactos de la AP. Debería hablarse sobre las opciones anticonceptivas y deberían ofrecerse los métodos anticonceptivos si se solicitan. Además, las mujeres deberían recibir orientación sobre las actividades sexuales seguras, lo que incluye el uso de condones. Para las mujeres que viven con el VIH, la PFPP puede integrarse con los servicios de rutina si estos son parte del programa de PTMH.

Tabla 6. Contactos durante la atención puerperal

<p>Objetivos generales del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las púérperas comenzaron con la lactancia de inmediato, y practican la lactancia exclusiva y el MELA. Las púérperas que no practican la lactancia exclusiva o que no amamantan a los recién nacidos usan un método de anticoncepción moderno a más tardar a partir de la sexta semana después del parto para evitar un intervalo intergenésico demasiado breve (el embarazo puede producirse tan solo a los 45 días después del parto si no se practica la lactancia exclusiva). <p>Resultados del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Número y proporción de púérperas que practican la lactancia exclusiva y el MELA a partir de la sexta semana después del parto. Número y proporción de púérperas que no practican la lactancia exclusiva o que no amamantan a los recién nacidos y que usan un método anticonceptivo moderno a más tardar a partir de la sexta semana después del parto. Número y proporción de mujeres derivadas para la anticoncepción y que usan algún método a más tardar a partir de la sexta semana después del parto. 		
EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
Las parteras y otros prestadores de atención de salud, incluidos los TSC, brindan los cuidados maternos y neonatales domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> Las parteras y otros prestadores de atención de la salud, incluidos los TSC, informan sobre la PFPP y derivan a los clientes a los servicios de AP y PFPP, incluidos el HTSP, la LME/el MELA, el retorno a la fertilidad y las opciones anticonceptivas para las mujeres que amamantan a sus bebés y las que no lo hacen. Los TSC pueden ofrecer métodos a corto plazo, como las píldoras, los condones y las inyecciones, a las púérperas en sus hogares. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de TSC que realizan intervenciones de PFPP (detección, derivación y prestación del método, donde esté aprobado). Número de actividades de concienciación comunitaria realizadas, que incluyen la PFPP (entre ellas, visitas domiciliarias, reuniones comunitarias y ferias de salud). Número de TSC supervisados por el personal en el centro de atención primaria (a los que, además, se les repusieron los materiales anticonceptivos) en las actividades de PFPP.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
	<ul style="list-style-type: none"> • Los TSC están capacitados en habilidades de orientación y comunicación interpersonal, cuentan con material complementario e insumos de anticoncepción, y reciben actualizaciones y supervisión de apoyo para asegurar que la información, las derivaciones y los servicios de PFPP sean de buena calidad. • Los TSC realizan actividades educativas comunitarias que instan a los hombres, las familias y las comunidades a apoyar la PFPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número o proporción de púerperas que comenzaron a usar algún método anticonceptivo a más tardar a partir de la sexta semana después del parto. • Número de padres que recibieron información sobre la PFPP.
<p>Los PPS brindan la AP, incluso información, orientación y servicios de PFPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el momento del control de la sexta semana después del parto, las mujeres reciben información y orientación sobre la PFPP. Además, se les ofrecen a estas los métodos apropiados, según su condición con respecto a la lactancia. • Los proveedores de la AP están capacitados y tienen las competencias para orientar y proporcionar los métodos apropiados para las mujeres que amamantan a sus recién nacidos y a las que no lo hacen con características clínicas que limitan las opciones que se les puedan ofrecer. • Existen vínculos sólidos de derivaciones entre los distintos prestadores posparto y de AP y las instalaciones, entre ellas, las clínicas de PF, para asegurar la continuidad de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de establecimientos sanitarios que ofrecen al menos tres métodos de PF, más MELA. • Proporción de púerperas con niños de menos de seis semanas de edad que recibieron orientación sobre la PFPP durante la AP o en las visitas de PTMH . • Proporción de PPS que cuentan al menos con un prestador de AP o PTMH capacitado en orientación sobre la PFPP y la prestación de los métodos. • Proporción de establecimientos sanitarios que han agotado los métodos de PF en el transcurso de los últimos tres meses. • Proporción de establecimientos sanitarios que tienen materiales complementarios específicos para la PFPP, incluida la orientación y el momento de la prestación del método. • Proporción de establecimientos sanitarios que han instaurado un sistema de derivación con centros comunitarios y de niveles superiores. • Proporción de las púerperas que se derivaron para la inserción del DIU, para implantes o para la práctica de métodos quirúrgicos.

3.4 Servicios de salud del lactante e inmunizaciones

Las visitas para la atención de la salud del lactante e infantil suelen ser las más frecuentes de las mujeres o las únicas visitas al centro de salud durante el primer año después del parto. Los servicios de inmunización de rutina, las visitas de información, educación y comunicación sobre la nutrición del lactante y el niño pequeño y las visitas de rutina y por enfermedad ofrecen oportunidades importantes para hablar sobre la PF con las puérperas. Los contactos por inmunización son periódicos, de acuerdo con el calendario del país, por ejemplo, a las 6 semanas, a las 10 semanas, a las 14 semanas y a los 9 meses. Las sesiones sobre la alimentación y la nutrición del lactante, incluidas la supervisión y la promoción del desarrollo o la distribución de vitamina A, también son periódicas y ofrecen la oportunidad de llegar a muchas puérperas durante las charlas educativas grupales sobre la PFPP. Cuando los lactantes inician la alimentación complementaria, o antes, se les recomienda a las madres la transición del MELA a otro método de PF moderno. Cuando los TSC o los prestadores de la salud atienden a un niño enfermo durante las visitas de atención médica integral para la comunidad/atención médica integral de enfermedades infantiles (OMS 2008b), se le puede preguntar a la madre por su salud y sus necesidades de PF. Las mujeres y los trabajadores de la salud, ambos por igual, suelen desconocer el riesgo de embarazo durante el período posparto y tal vez no consideren que la anticoncepción es un aspecto importante hasta el retorno de la menstruación. Las iniciativas de apoyo pueden promover asociaciones positivas entre los programas de salud infantil y PF como una ventaja para la salud tanto de la madre como la del lactante.

Tabla 7. Contactos durante los servicios de salud del lactante y de inmunización

Objetivos generales del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Las puérperas comienzan a usar un método de anticoncepción moderno en el transcurso del primer año después del parto. Las puérperas practican lactancia exclusiva y el MELA hasta los seis meses de edad del lactante, luego hacen la transición a otro método de anticoncepción moderno (si es que no lo han hecho antes de los seis meses del bebé). 		
Resultados del programa:		
<ul style="list-style-type: none"> Número y porcentaje de puérperas que acuden a las visitas de salud del niño o inmunización, que comienzan a usar un método de anticoncepción moderno en el transcurso del primer año después del parto (esto incluye la práctica del MELA hasta el sexto mes y la transición del MELA a otro método moderno a más tardar a los seis meses del lactante). 		
EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
Integrar la PFPP con los servicios de inmunización de rutina	<ul style="list-style-type: none"> Se imparten charlas grupales durante las sesiones de inmunización sobre el HTSP, el retorno a la fertilidad, la LME/el MELA, los deseos de fertilidad en cuanto al espaciamiento o la limitación del embarazo y los métodos de PF. Los prestadores de inmunización seleccionan a las mujeres en función de sus necesidades de PF y les dan un vale o una tarjeta de derivación para los servicios de PF. El prestador de PF especializado ofrece servicios de PF concomitantes, que incluyen la ARAP, el mismo día, antes de que las madres regresen a sus hogares. Existen vínculos y protocolos entre el personal dedicado a la inmunización y a la PF y las clínicas para apoyar derivaciones eficaces para la PFPP. Los trabajadores comunitarios concientizan a las madres en los días de la inmunización y las ayudan con sesiones educativas grupales sobre la PF, o participan de ellas, y les dan seguimiento a las madres en sus hogares en lo que a PF respecta. 	<ul style="list-style-type: none"> Número o proporción de PPS que integraron la PFPP con las visitas de inmunización de rutina. Número o proporción de madres de las sesiones de inmunización seleccionadas por necesidades de PFPP. Número o proporción de madres seleccionadas, derivadas para recibir los servicios de PF. Número o proporción de madres que acuden a las sesiones de inmunización y aceptan el método de PF el día en que reciben el servicio de inmunización. Número o proporción de mujeres con un niño de 12 meses de edad o menor, que usan en la actualidad un método anticonceptivo (por tipo de método de PF utilizado).

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMAS	EJEMPLOS DE INDICADORES
<p>Integrar los mensajes de PFPP con las intervenciones de NMLN (por ej., el control del desarrollo, la promoción de la nutrición, la distribución de alimentos y la distribución de vitamina A)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La información y la orientación sobre la PF, así como las derivaciones para recibirla, se brindan a través del contacto estructurado con las madres que acuden a las visitas de nutrición y control del desarrollo. • Las madres con lactantes menores de seis meses de edad reciben apoyo continuo para la LME y el MELA, y las madres con lactantes de seis meses de edad o mayores reciben orientación para la transición del MELA a otro método de PF moderno. • Los prestadores reciben formación para descartar el embarazo entre las mujeres que amamantan a sus bebés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número o proporción del personal de NMLN que recibió formación para orientar a las mujeres sobre la LME, los tres criterios del MELA y la transición a otro método de PF si alguno de los criterios deja de cumplirse (o una vez que el lactante cumplió los seis meses de edad). • Número o proporción del personal de NMLN que recibió formación para seleccionar a las mujeres en función de sus necesidades de PF y derivarlas a los servicios de PF . • Número o proporción de puérperas que, al acudir a recibir los servicios de NMLN y recibir información sobre la PF, fueron seleccionadas en función de sus necesidades de anticoncepción y derivadas para la prestación del método de PF. • Número o proporción de mujeres con un niño de 12 meses de edad o menor, que en la actualidad usan un método anticonceptivo (por tipo de método de PF utilizado).
<p>Integrar la PFPP con los servicios de salud del niño (por ej., la Atención médica integral para la comunidad/ Atención médica integral de enfermedades infantiles)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los prestadores que tratan a los niños o lactantes enfermos les preguntan a las madres por sus necesidades de PF y les proveen los vínculos o las derivaciones para recibir los servicios de PF. • Los TSC que tratan a los niños enfermos también seleccionan a las madres en función de sus necesidades de PF y les proveen o les resuministran los servicios de PF o las derivan para tal fin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número o proporción de PPS que integraron la PFPP con las visitas de atención de la salud del niño. • Número o proporción de PPS que implementaron protocolos para orientar a las mujeres sobre el HTSP y el riesgo de embarazo, y las derivan para recibir el método anticonceptivo. • Número o proporción de puérperas con un niño de 12 meses de edad o menor que han recibido o usan un método anticonceptivo.

3.5 Ejemplos de casos de programas por países

A continuación hay varios ejemplos, publicados y sin publicar, de una variedad de entornos que muestran cómo distintos programas implementaron intervenciones de PFPP en diferentes países y en uno o más de los puntos de contacto descritos en este capítulo. Para cada ejemplo de caso, se brindan referencias adicionales.

Tabla 8. Ejemplos de casos de programas por países

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: Bangladesh</p> <p>Asociados: Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladesh, Shimantik (organización no gubernamental del país), MCHIP y Facultad de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg; con fondos de la USAID</p> <p>Fecha: 2007–2012</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: control prenatal y atención puerperal</p> <p>Descripción del programa: el Healthy Fertility Study (Estudio de fertilidad saludable) se diseñó para estudiar el impacto de la integración de la PF en el programa comunitario de SMN y el efecto en los intervalos intergenésicos prospectivos y los desenlaces neonatales adversos. La estrategia constó de un enfoque de dos vertientes: el primer componente se centró en la generación de capacidad y un sistema para los prestadores de servicios, e incluyó el sistema de derivaciones; el segundo se centró en el apoyo comunitario y la comunicación para el cambio de comportamiento en los planos del hogar, la comunidad y el centro de atención. Ambos grupos recibieron un paquete básico de información sobre la SMRN y los servicios pertinentes a través de los TSC durante los períodos prenatal y posparto. El grupo de la intervención recibió información adicional sobre la PF y servicios comunitarios durante las visitas de orientación.</p> <p>Resultados: el uso del método anticonceptivo fue aproximadamente 2,5 veces superior en el grupo de la intervención que en el comparativo a los 24 meses después del parto. La incidencia de embarazo posterior hasta los 24 meses después del parto de un nacido vivo fue considerablemente inferior en el grupo de la intervención, y la duración y la exclusividad de la lactancia hasta el sexto mes fue superior en el grupo de la intervención. La integración no afectó de manera adversa al programa de SMN y aumentó la equidad en la cobertura de la PF. Los resultados de este estudio actualmente se están aplicando en MaMoni, el proyecto de Maternidad segura, atención neonatal y planificación familiar integrados, implementado por Jhpiego y Save the Children en los distritos de Sylhet y Habigang, en el noroeste de Bangladesh.</p> <p>Referencia:</p> <p>Salahuddin A et al. Operations research to address unmet need for contraception in the postpartum period in Sylhet District, Bangladesh. Enviado para publicación, 2012 (http://apps.who.int/trialsearch/trial.aspx?trialid=NCT01702402).</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: Egipto</p> <p>Asociados: The Population Council, Ministerio de Salud y Población (MOHP), Asesores de Planificación Social, Análisis y Administración (SPACC), con fondos de la USAID a través del proyecto Prestación de Servicios Extendida (ESD)</p> <p>Fecha: 2005–2007 (fase de investigación operativa) y 2009–2011 (fase de implementación)</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: control prenatal y atención puerperal</p> <p>Descripción del programa: con el objetivo de hacer frente al desafío de apoyar a las mujeres a alcanzar intervalos intergenésicos más saludables de al menos dos años, se realizó un estudio de investigación operativa para comparar la aceptabilidad y la eficacia de dos modelos comunitarios de prestación de servicio y comunicación para el cambio del comportamiento. El modelo de "servicios de salud" difundió mensajes sobre la PFPP y el espaciamiento de los partos entre las mujeres a través de los trabajadores de la salud durante las visitas de control prenatal y atención puerperal. El modelo de "concienciación comunitaria", además de brindar esta educación a las mujeres, incluyó un componente de toma de conciencia dirigido a los hombres. En este estudio se usó un diseño experimental, aplicado a 20 establecimientos sanitarios de 6 distritos sanitarios.</p> <p>Los resultados del estudio de investigación operativa se aplicaron para implementar la intervención original en todo el territorio de Assiut y Sohag. Actividades incluidas: 1) revisión y actualización del protocolo para los mensajes sobre el HTSP para las embarazadas y las púerperas; 2) capacitación de formadores en PF y administradores y supervisores de los servicios de salud materno-infantiles; 3) formación en el lugar de trabajo del personal clínico (médicos, enfermeros, <i>comunicadores de PF</i>) y la entrega de material complementario; 4) prestación de materiales de información, educación y comunicación a los clientes; 5) control y supervisión por parte del MOHP y personal perteneciente a The Population Council; 6) seminarios educativos para los maridos; 7) reuniones del comité directivo; y 8) un taller de divulgación y orientación nacional.</p> <p>Resultados: el estudio de investigación operativa mostró que el uso de modelos comunitarios y de servicios de salud para divulgar mensajes sobre el espaciamiento del embarazo y la PFPP entre las mujeres de baja paridad y sus maridos se considera factible y aceptable. Ambos modelos mostraron ser eficaces en el cambio del conocimiento y las actitudes con respecto al HTSP y para mejorar el uso de la PFPP entre los 10 y 11 meses después del parto. Ambos modelos se asociaron con un mayor uso de los servicios, en especial para la PF, por parte de las mujeres que tenían un hijo. No obstante, el temor a los efectos secundarios de la anticoncepción sigue vigente como una preocupación importante entre las mujeres y los hombres en sendos grupos, y constituye un obstáculo para alcanzar intervalos intergenésicos saludables.</p> <p>La intervención de la PFPP se implementó en ocho distritos de Assiut y Sohag, lo que allanó el camino en otros distritos tanto dentro de esas ciudades como en otras ciudades de Egipto. El principal logro, sin embargo, fue garantizar el apoyo y la inversión de altos funcionarios del MOHP en el ámbito central, así como el apoyo y el compromiso de administradores y supervisores en el ámbito de los distritos y las ciudades. Con el levantamiento de fuerzas islamistas más conservadoras y la preocupación por las reacciones negativas contra la PF en Egipto, la adopción de un método de HTSP para difundir mensajes sobre la PF puede ser un instrumento útil y aceptable desde el punto de vista político.</p> <p>Referencias:</p> <p><i>Scaling up the provision of family planning messages in antenatal and postpartum services in Upper Egypt.</i> New York, Population Council (no date) (http://www.popcouncil.org/projects/305_ScaleUpFPUpperEgypt.asp)</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: El Salvador</p> <p>Asociados: PASMO/El Salvador, Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Population Services International (PSI), con fondos de una entidad donante anónima importante</p> <p>Fecha: 2009–presente</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: control prenatal, trabajo de parto, parto y previo al alta</p> <p>Descripción del programa: el propósito de esta intervención es ampliar el acceso a la PFPP mediante el aumento del número de prestadores y establecimientos sanitarios que realicen inserciones de DIU después de la atención obstétrica y mediante la mejora de la calidad de las consultas sobre PF realizadas durante el embarazo. La intervención es una asociación público-privada que comenzó como un enfoque impulsado por entidades externas, mediante el que la PASMO/El Salvador asignó, conjuntamente, prestadores en dos maternidades del sector público para prestar servicios de DIUPP junto al equipo de residentes y médicos. A medida que se sumaron establecimientos sanitarios, el enfoque se centró en la generación de capacidad: formadores especializados de la PASMO/El Salvador capacitaron y supervisaron al personal, incluidas las enfermeras, de ocho maternidades públicas y dos privadas. La PASMO/El Salvador aportó formadores y prestadores, material y modelos de formación y educación, organizó visitas de supervisión trimestrales y suministró los DIU (más el equipamiento y material necesarios para su inserción) de comercialización social.</p> <p>Resultados: antes de 2009, no se ofrecían servicios de DIUPP en las maternidades. Gracias a la formación de los médicos en la inserción del DIU después de la atención obstétrica y al apoyo de las enfermeras, los servicios de DIUPP se ofrecen desde finales de 2011 de manera sistemática. Dicha prestación está a cargo del personal clínico anfitrión en 10 maternidades (maternidades del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 8 del sector público y 2 del sector privado), con el apoyo constante de la PASMO/El Salvador para los formadores y directores de alto nivel a modo de supervisión trimestral. En la actualidad, se dio formación a 134 prestadores (28 del sector privado) en la inserción del DIUPP, y el número de inserciones de DIUPP aumentó de 747 en 2009 a 993 en 2010 y a 1044 en 2011. En 2012, la formación en inserción de DIU se incorporó a los planes de estudio de posgrado existentes de la facultad de medicina salvadoreña.</p> <p>Referencia: Ninguna</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: India</p> <p>Asociados: Jhpiego, el Gobierno de la India y gobiernos estatales, la Misión Nacional para la Salud Rural (National Rural Health Mission), con fondos de la USAID, la Bill & Melinda Gates Foundation, la David and Lucille Packard Foundation y la Iniciativa de Asociación Indonoruega (Norway India Partnership Initiative)</p> <p>Fecha: 2007–presente</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: control prenatal, trabajo de parto, parto y previo al alta</p> <p>Descripción del programa: este programa se crea a partir del apoyo constante de Jhpiego al Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del Gobierno de la India, tendiente a incorporar un enfoque de formación alternativo que use la formación basada en competencias, modelos anatómicos, normas del desempeño de la prestación del servicio y soporte técnico para fortalecer los servicios de inserción del DIU de intervalo en la India. Se registró un aumento de más de 15 veces en los partos realizados en los establecimientos sanitarios después de que el Gobierno iniciara el programa de transferencia en efectivo condicional, Janani Suraksha Yojna, como labor de la Misión Nacional para la Salud Rural, lo que significó una oportunidad fabulosa para fortalecer los servicios de inserción del DIUPP como parte del programa de PFPP a escala.</p> <p>Con el fin de institucionalizar los servicios de PFPP/DIUPP en los establecimientos sanitarios participantes, se llevó a cabo una serie de intervenciones holísticas, que incluyó lo siguiente: establecimiento de centros de formación en los estados respectivos; formación de un equipo de cuatro prestadores en cada centro para brindar los servicios de PFPP/DIUPP; orientación <i>in situ</i> para todo el departamento de obstetricia y ginecología y de administración del centro de atención, con el fin de forjar un entorno de contención; provisión de instrumentos y material de información, educación y comunicación; orientadores especializados para impartir orientación de rutina y derivación a la PFPP en las clínicas de CP y seguimiento de las usuarias de DIUPP; talleres nacionales y estatales para establecer normas y compartir experiencias, logros y desafíos; supervisión y control de contención, con formación adicional basada en las necesidades, según proceda; y promoción entre las organizaciones profesionales y los responsables de la formulación de políticas.</p> <p>Resultados: el programa en pos del DIUPP de la India amplió considerablemente la combinación de métodos y la prestación oportuna de los servicios de opciones de FP disponibles para las mujeres y las parejas. Hasta diciembre de 2012, casi 82 000 mujeres habían recibido un DIUPP, según los datos de 260 establecimientos sanitarios de 19 estados. Algunos estados registraron una tasa de adopción del DIU superior al 10 % entre las mujeres que habían tenido el parto en ese centro de atención (el valor más alto: 33 %). Los resultados del seguimiento revelaron una tasa de expulsión del 2 % y una tasa de infección del 1 %. Esto es una prueba de la buena calidad de los servicios, pese a su rápida implementación. La iniciativa sacó provecho de los fondos, puesto que se implementó en más de 20 estados. Gracias a iniciativas de promoción sostenidas, el programa logró generar un cambio político importante: en la India, se asignaron enfermeras y parteras para la inserción del DIUPP en sus establecimientos sanitarios respectivos y se contrataron orientadores sobre la SMRN en todos los PPS de gran flujo del país.</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: India</p> <p>Asociados: The Population Council, Facultad de Medicina de Lala Lajpat Rai, unidades distritales del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y del Ministerio de Desarrollo de la Mujer y el Niño, con fondos de la USAID, Population Council Frontiers y del proyecto Pathfinder de ESD</p> <p>Fecha: 2006–2007 para la fase piloto; 2009–2011 para la fase de implementación</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: sin especificar</p> <p>Descripción del programa: el objetivo de este programa es instar a la comunidad a promover la PFPP para lograr el espaciamiento saludable del embarazo entre las parejas jóvenes de las áreas rurales de la India. El enfoque empleó a trabajadores de la comunidad existentes del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y del Ministerio de Desarrollo de la Mujer y el Niño, para implementar una intervención de CCC basada en la comunidad, llevada a cabo a través de sistemas de prestación públicos integrados. Entre los componentes clave de la intervención cabe mencionar la reorientación de trabajadores de la comunidad; la provisión de material de orientación complementario a estos trabajadores; la entrega de un libro a las embarazadas para que compartan con sus familiares; murales en lugares llamativos de las localidades; reuniones grupales con hombres y mujeres por separado. Los temas de la reorientación de los trabajadores de la comunidad abordaban la salud de la madre y el niño, el parto seguro, la LME y distintos métodos anticonceptivos. Los mensajes del material de orientación complementario y del libro se elaboraron a través de una metodología participativa y se probaron con antelación en la comunidad para evaluar su claridad, la elección del vocabulario, la pertinencia de las imágenes, etc. Se creó una lista de comprobación como instrumento auxiliar para la supervisión y el control. Los supervisores recibieron formación para usar estos datos a fin de ayudar a los trabajadores de la comunidad a mejorar sus habilidades en la transmisión de los mensajes a las embarazadas. Se formó un comité de asesoramiento del proyecto, con el recaudador del distrito (la autoridad máxima en materia de desarrollo y administración del distrito) como director. El comité se reunía trimestralmente para ponderar la evolución del trabajo y brindar asesoramiento a quien corresponda. El desafío más importante que se planteó fue en relación con la colaboración entre ambos departamentos del Ministerio y la promoción del trabajo conjunto entre los trabajadores de la comunidad en el enfoque de la CCC.</p> <p>Resultados: la asimilación correcta del conocimiento entre los trabajadores de la comunidad sobre los temas tratados en la formación aumentó de entre el 32 % y el 44 % al 91 % y 93 % en los cuestionarios de prueba previos y posteriores a la formación. En la fase piloto, se informó el uso considerable de anticonceptivos modernos para el espaciamiento en el noveno mes después del parto: el 57 % de las mujeres del grupo de la intervención frente al 30 % de las mujeres del grupo comparativo. Además, la intervención aumentó la comunicación conyugal de manera satisfactoria; el 60 % de las mujeres habló sobre la CCC con sus maridos y compartió el material con ellos. La intervención de la fase piloto se implementó en dos bloques del distrito, que comprendían a un millón de habitantes. Se mostró que el modelo de CCC de la PFPP no solo es factible y eficaz, sino que puede incorporarse sin aumentar el número de recursos humanos ni realizar cambios organizacionales en la estructura de salud existente. La ampliación y la implementación en todo el distrito, que alcanza a dos millones de personas, fue planificada e implementada por las autoridades distritales, con escaso soporte técnico de los asociados de la investigación.</p> <p>Referencias:</p> <p>Sebastian MP et al. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behaviour change communication intervention. <i>International Perspectives on Sexual and Reproductive Health</i>, 2012, 38(2):68–77.</p> <p>Sebastian MP, Khan ME & Roychowdhury S. Promoting healthy spacing between pregnancies in India: need for differential education campaigns. <i>Patient Education and Counseling</i>, 2010, 81:395–401.</p> <p>Sebastian MP & Khan ME. <i>Promoting optimal inter-pregnancy interval in India through integrated public delivery systems</i>. New Delhi, Population Council, 2007 (http://paa2007.princeton.edu/papers/70351).</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>Países: Kenya y Swazilandia (Iniciativa Integra)</p> <p>Asociados: Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation, IPPF), The Population Council, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM), con fondos de la Bill & Melinda Gates Foundation</p> <p>Fecha: 2008–2013</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: Atención puerperal</p> <p>Descripción del programa: la intervención de PFPP es parte de un proyecto de investigación de cinco años que busca generar evidencia fehaciente sobre la factibilidad, la eficacia, el costo y el impacto de distintos modelos para la prestación de servicios integrados de la salud sexual y reproductiva y el VIH en entornos donde la prevalencia del VIH es mediana y alta, con la intención de disminuir la infección por el VIH (y el estigma asociado) y los embarazos no planificados. El objetivo es definir los beneficios de los distintos modelos integrados (VIH/PF y VIH/AP) para aumentar el alcance, el uso y la calidad de ciertos servicios para el VIH y la salud sexual y reproductiva.</p> <p>El uso de la consulta puerperal como punto de ingreso permitió reforzar los servicios de PF y para el VIH destinados a las púerperas que acuden a los establecimientos sanitarios tras el parto en Kenya y Swazilandia. Las intervenciones constaron del fortalecimiento de las habilidades de los prestadores para ofrecer orientación sobre el VIH y realizar las pruebas de detección pertinentes (o la derivación a las unidades de tratamiento antirretroviral), y para brindar los servicios de PFPP a través de una metodología de tutela. Se invitó a tutores calificados, por ejemplo, en la prestación de la ARAP a instruir a sus colegas del mismo centro de atención en las habilidades a través de un proceso estructurado. Se les ofreció lo siguiente a todas las mujeres que acudieron a la AP: orientación sobre el VIH y pruebas de detección; una lista de los indicadores de peligro para la madre y el recién nacido; inmunización; orientación y prestación de PFPP. El material complementario principal que se usó fue el conjunto de herramientas <i>Balanced Counselling Strategy Plus</i>, que incluye tarjetas de orientación sobre la PFPP.</p> <p>Resultados: las evaluaciones en los establecimientos sanitarios y las entrevistas realizadas con las mujeres que habían recibido servicios de atención puerperal dieron prueba de mejores interacciones entre el prestador y la clienta. Se observaron incrementos de significación estadística en la proporción de observaciones en las que los prestadores hablaron sobre la reanudación de la actividad sexual (del 13,8 % al 41,7 %), el retorno a la fertilidad (del 17,4 % al 53,4 %), el HTSP (del 34,9 % al 60,8 %) y los beneficios del espaciamiento tanto para la madre como para el bebé (del 7,3 % al 52 %). La puntuación media combinada de los cuatro atributos aumentó de 0,7 a 2,1.</p> <p>Referencias: www.integrainitiative.org</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: Mali</p> <p>Asociados: PSI/Mali, ProFam, el Departamento de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Maliano y el Departamento de Salud Regional de Bamako, con fondos del Dutch Government's Choices and Opportunities Fund, el MCHIP de la USAID y KFW</p> <p>Fecha: 2009–presente</p>	<p>Puntos de contacto para la PFPP: visitas para la atención de la salud del niño o para inmunización</p> <p>Descripción del programa: esta intervención apunta a aumentar el acceso de las mujeres a la PFPP, en especial a la ARAP, y aprovecha los servicios de inmunización como punto de acceso para ampliar orientación sobre la PF la prestación de los servicios en el lugar. Al aplicar un enfoque de comercialización social y las lecciones aprendidas de los programas de PF de otros países, el modelo vence las dificultades históricas para aumentar la adopción de la ARAP. A partir del éxito de una iniciativa piloto en las clínicas ProFam del sector privado, se creó una asociación con el Ministerio de Salud para replicar el modelo en establecimientos sanitarios comunitarios del sector público.</p> <p>La estrategia radica en el comportamiento actual de las mujeres que acuden al centro de atención, e integra iniciativas de orientación sobre la PF y la prestación de servicios con las visitas de inmunización infantil de rutina. Se hicieron exposiciones de 30 minutos a las mujeres mientras esperaban que se vacunara a sus hijos, y luego se impartieron sesiones individuales de orientación a quienes estaban interesadas en obtener PF. En el marco de esta asociación, se designaron parteras de PSI/Mali en los centros del Ministerio de Salud para brindar servicios, formar y asesorar a prestadores del sector público en la orientación y la prestación de servicios. Los servicios de ARAP se brindaron junto con productos, equipos e insumos fungibles.</p> <p>Resultados: a finales de 2011, 149 prestadores del sector público de 73 establecimientos sanitarios comunitarios habían recibido formación y certificación en orientación sobre ARAP y la prestación de los servicios relacionados, y más de 41 000 malianas habían recibido un método de ARAP. Gracias a la colaboración multisectorial, se redujeron los precios de la ARAP en las tiendas de medicamentos centrales del gobierno. La ARAP se identificó como una prioridad clave en el plan estratégico nacional en torno a la PF.</p> <p>Referencias: <i>ProFam urban outreach: a high impact model for family planning.</i> Washington, DC, Population Services International, 2012.</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: Zambia</p> <p>Asociados: El Ministerio de Salud de Zambia, la Sociedad para la Salud Familiar (SFH) y PSI, con fondos de la USAID, el Ministerio Holandés de Relaciones Internacionales y una entidad de donación anónima</p> <p>Fecha: 2008–presente</p>	<p>Punto de contacto para la PFPP: trabajo de parto, parto y previo al alta</p> <p>Descripción del programa: se incorporaron los servicios de inserción del DIUPP entre aquellos introducidos como parte de un programa más amplio de prestadores especializados en ARAP, diseñado para ofrecer la ARAP en centros de salud materno-infantil del sector público. El enfoque implicó la incorporación de los servicios de ARAP a los establecimientos sanitarios públicos existentes, de gran flujo de concurrentes, que ofrecían servicios de salud materno-infantil y solo escasos servicios de PF. El objetivo era generar la demanda informada de un mayor acceso a la ARAP, y su provisión, mediante el aprovechamiento de la infraestructura existente con el fin de llegar a más mujeres que tienen necesidades de PF insatisfechas en el período posparto. Se introdujeron implantes anticonceptivos y DIU en todos los establecimientos sanitarios del programa; se agregaron los servicios de inserción del DIUPP en un tercio de los establecimientos sanitarios. Los prestadores ofrecieron una serie de métodos anticonceptivos de corta y larga acción y se basaron en los comentarios de los clientes para guiar y mejorar la calidad de la educación que les brindaban.</p> <p>Las intervenciones incluyeron la formación y la designación de parteras de la SFH como prestadoras especializadas en ARAP en los establecimientos sanitarios de gran flujo de concurrentes, donde estas complementaban la labor del personal de atención de la salud materno-infantil. Esto permitió que los prestadores aumentaran la cantidad de días y horas en las que se ofrecían los servicios en los establecimientos. Además, el programa apoyó la generación de capacidad de personal de salud materno-infantil en materia de ARAP, al aumentar la disponibilidad de material educativo, brindar orientación en el lugar a los posibles clientes en espera de la prestación de servicios y la realización de inserciones en el lugar.</p> <p>Resultados: en diciembre de 2012, se habían contratado 38 parteras y 176 880 mujeres habían recibido la ARAP de su elección, lo que incluyó la inserción de 3926 DIUPP (un 5 % del total de los DIU provistos por el programa). En general, el programa llegó a una población inesperadamente más joven y de menor paridad, y el 50 % de las participantes del programa no usaba ningún método anticonceptivo en el momento de la inserción.</p> <p>Referencia: Neukom J et al. Dedicated providers of long-acting reversible contraception: new approach in Zambia. <i>Contraception</i>, 2011, 83:447–452.</p>

INSTITUCIONES/FECHA/ REFERENCIAS DEL PAÍS/ ASOCIADO	DESCRIPCIÓN/RESULTADOS DEL PUNTO DE CONTACTO DE PFPP/ PROGRAMA
<p>País: Zambia</p> <p>Asociados: El Ministerio de Salud de Zambia y The Population Council, con el apoyo de la OMS/ Departamento de Salud Reproductiva</p> <p>Fecha: 2011–2012</p>	<p>Punto de contacto para la PFPP: atención puerperal</p> <p>Descripción del programa: con el fin de mejorar la salud y la sobrevivencia materna e infantil en el período puerperal, y cubrir las carencias entre los programas de PTMH, PF y salud materna, los asociados trabajaron conjuntamente para desarrollar la <i>The Integrated Postnatal Care Guidelines</i> (Guía de atención puerperal integrada) e implementar una intervención para fortalecer la AP y la PFPP para las mujeres y los lactantes. La guía se centra en los elementos clave de la atención que toda mujer y recién nacido debieran recibir durante el período puerperal (antes del alta, en las consultas de las semanas uno y seis, y a los seis meses) para permitirles a las mujeres el acceso oportuno a los servicios para ellas y sus bebés.</p> <p>Se identificaron ocho áreas de intervención para el fortalecimiento de la prestación de servicios de atención posparto y puerperal; entre ellas: desarrollo y adaptación de guías y protocolos; cambio organizacional y explicación de funciones, tomando en cuenta a todo el personal del centro de la intervención; garantía de la disponibilidad de los equipos, insumos y materiales mínimos; y refuerzo de la obtención de datos, los sistemas de registro y el sistema de derivaciones. El programa se llevó a cabo en dos distritos de la provincia del este y en dos distritos de la provincia del sur, desde junio de 2011 a abril de 2012. El estudio empleó un diseño pre- y posintervención para evaluar la calidad de la atención en los establecimientos sanitarios antes y después de la implementación de la intervención.</p> <p>Resultados: las comparaciones inter- e intragrupos al inicio y al final mostraron que era factible implementar la AP integrada en todos los establecimientos sanitarios y que las actividades de la intervención tenían un efecto positivo en la competencia para la prestación de la PF y la AP en los centros de la intervención, así como en la disponibilidad de guías. No obstante, se observaron escasas variaciones entre el inicio y el final, y las diferencias entre los establecimientos sanitarios de intervención y comparación también fueron pocas. Pero se notó que los hospitales de la intervención eran más proclives a un mejor equipamiento. Al final, fue superior el número de prestadores en los establecimientos sanitarios de la intervención que usaron la herramienta Balanced Counselling Strategy Plus (BCS+) para responder a las necesidades de las puérperas en materia de VIH, infecciones de transmisión sexual y PF. Se observó además que estos habían adquirido un mejor conocimiento sobre los materiales de PF, ITS y signos de peligro durante el período posparto inmediato y para el recién nacido. Cabe mencionar que las asistentes del parto tradicionales estaban a cargo de gran parte de la AP al final en los establecimientos sanitarios de la intervención.</p> <p>Referencias:</p> <p>Warren C et al. <i>Evaluating the feasibility, acceptability, quality and effectiveness for strengthening postnatal care in Zambia</i>. New York, Population Council, 2012.</p>

Capítulo 4

Supervisión y evaluación

La supervisión y evaluación, una herramienta indispensable para la administración de programas, se usa para definir las metas y los objetivos, para determinar en qué consiste el "éxito" si se cumplen los objetivos y las metas, y evaluar la evolución (y ajustar, si es necesario, en el curso del programa) en términos del logro de los objetivos y las metas. Saber claramente desde el inicio qué indicadores se usarán para la supervisión y la evaluación de la evolución es un componente importante del diseño del programa. Otro paso importante es determinar cómo y dónde pueden obtenerse y recogerse los datos. La supervisión y evaluación de los programas de PFPP revisten especial importancia, dado que la evidencia de la eficacia de varios modelos de programas actualmente es limitada. Los datos de la supervisión y la evaluación ayudan a los planificadores de programas a promover el financiamiento y el apoyo adicional o continuo de estos. Una limitación clave de la bibliografía publicada es la falta de información sobre el diseño y los elementos del proceso subyacentes a los estudios de intervención. Se insta a los directores de programas a priorizar la evaluación sistemática de sus iniciativas de PFPP y, como parte de ellas, a describir de manera cabal los procesos llevados a cabo para la implementación de las intervenciones.

En el capítulo 3 se describieron ejemplos de metas y actividades para los programas con indicadores relacionados para mostrar cómo se pueden abordar la supervisión y la evaluación de una intervención o un componente de un programa de PFPP. En circunstancias ideales, el registro de la prestación de la PF está disponible en el SIGS de los servicios de CP, parto, AP y salud infantil. En este capítulo, se mencionan otros indicadores, junto con las definiciones y sugerencias para las fuentes de datos y la frecuencia de la recolección de los datos, que se incluyeron como referencia. Estos indicadores están organizados en secciones sobre las políticas o el entorno propicio, la prestación del servicio y los factores cliente y demanda.

Tabla 9. Ejemplos de indicadores de programas y métodos de recolección de datos

INDICADOR	DEFINICIÓN	NUMERADOR/ DENOMINADOR	RECOLECCIÓN DE DATOS	FRECUENCIA
Política/Entorno propicio				
Número de mejoras a las leyes, políticas, reglamentaciones, protocolos, planes de estudio o guías de PFPP relacionados con un mayor acceso a los servicios de salud, y un mejor uso de ellos, que se esbozaron o modificaron con el apoyo del programa.	Número de leyes, políticas o guías desarrolladas o modificadas para mejorar el acceso a los servicios de PFPP y su uso.	Numerador: número de leyes, políticas, reglamentaciones, protocolos o guías desarrollados o modificados para ampliar el acceso a los servicios de PFPP y su uso. Denominador: N/C	Informe del programa que incluye la revisión de las políticas nacionales y subnacionales.	Anualmente

INDICADOR	DEFINICIÓN	NUMERADOR/ DENOMINADOR	RECOLECCIÓN DE DATOS	FRECUENCIA
Porcentaje de instituciones educativas previas a la prestación del servicio con un plan de estudios que incluye las competencias esenciales para la PFPP	Planes de estudio que incluyen contenido explícito sobre la PFPP y las competencias esenciales que debe tener el grupo pertinente de prestadores de atención de la salud.	Numerador: número de instituciones educativas previas a la prestación del servicio con un plan de estudios que incluye las competencias esenciales para la PFPP. Denominador: número total de instituciones educativas previas a la prestación del servicio.	Revisión de los planes de estudio y los informes de formación.	Anualmente
Prestación del servicio/capacidad				
Número y proporción de PPS que ofrecen orientación o servicios de PFPP	La orientación incluye el análisis de la experiencia del cliente con la PF, el deseo de espaciamiento o limitación, el método de preferencia, el HTSP, los planes para la lactancia, la historia clínica, la información sobre las opciones apropiadas (cómo funciona, la eficacia, los beneficios, las desventajas, los efectos secundarios frecuentes, los indicadores de advertencia, dónde acudir por algún problema e información sobre la prevención de las ITS/el VIH). Número de PPS (sin incluir la distribución basada en la comunidad) que ofrecen orientación o servicios, por tipo de servicio (PF/SR vertical, VIH, entre ellos los servicios de PTMH, prenatal, puerperal u otros servicios de SMRN).	Numerador: número de PPS por tipo, en los que se prestan servicios de PFPP u orientación sobre el tema. Denominador: número total/tipo de PPS.	Visitas de observación, supervisión.	Trimestralmente

INDICADOR	DEFINICIÓN	NUMERADOR/ DENOMINADOR	RECOLECCIÓN DE DATOS	FRECUENCIA
Número o porcentaje de PPS en las áreas comprendidas por el programa, que ofrecen opciones anticonceptivas apropiadas para las puérperas.	Proporción de PPS que ofrecen al menos tres métodos de PF apropiados para las puérperas (incluida la LME) y tienen insumos para al menos tres meses de DIU, píldoras de progestina sola, inyectables, implantes o condones para las puérperas.	Numerador: número de PPS que ofrecen al menos tres métodos de PF (incluida la LME) y tienen insumos para al menos tres meses de DIU, píldoras de progestina sola, inyectables, implantes o condones para las puérperas. Denominador: número total de PPS.	Observación directa.	Bianualmente
Proporción de PPS que tienen materiales de información, educación y comunicación de la PFPP para los clientes y materiales complementarios sobre la PFPP para los prestadores.	Los materiales de información, educación y comunicación para los clientes, como folletos, pósteres, y los materiales complementarios para los prestadores están visibles y en uso.	Numerador: número de PPS con materiales para los clientes y los prestadores. Denominador: número total de PPS.	Visitas de observación, supervisión.	Trimestralmente
Porcentaje de PPS que han implementado protocolos previos al alta, con inclusión de la PFPP.	PPS que brindan orientación sobre la PFPP previa al alta, información, educación y comunicación sobre los métodos o su realización en la maternidad de acuerdo con el protocolo.	Numerador: número de PPS que han implementado protocolos previos al alta para la PFPP en la maternidad. Denominador: número total de PPS.	Visitas de observación, supervisión.	Bianualmente
Proporción de prestadores que conocen el momento de inicio de los métodos de PFPP.	Proporción de prestadores capacitados por el programa, que saben qué métodos pueden usarse durante el puerperio, lo que incluye el momento, el uso correcto, los efectos secundarios y las complicaciones, y todo sobre la prevención, el tratamiento y el seguimiento de estos.	Numerador: número de prestadores en cumplimiento con la definición. Denominador: número total de prestadores capacitados por el programa de PFPP.	Informes del programa.	Bianualmente

INDICADOR	DEFINICIÓN	NUMERADOR/ DENOMINADOR	RECOLECCIÓN DE DATOS	FRECUENCIA
Número o proporción de PPS que muestran haber mejorado el cumplimiento con las normas clínicas para la prestación de la PFPP	El mejor cumplimiento hace referencia a los PPS que implementaron un proceso de mejora de la calidad basado en normas, que permite alcanzar un nivel predeterminado de calidad aceptable (por ej., el 80 % de las normas de PFPP).	Numerador: número de PPS en cumplimiento con la definición. Denominador: número total de PPS con un proceso instaurado de mejora de la calidad basado en normas.	Evaluaciones autoadministradas o administradas por el supervisor, con listas de comprobación estándar y observaciones o simulacros de interacciones entre los prestadores y los clientes.	Bianualmente
Demanda/cliente y comunidad				
Número/ proporción de clientas de salud materna en los PPS o eventos avalados por el programa, que recibieron información u orientación sobre la PFPP	Proporción de puérperas entrevistadas que comunicaron haber recibido información u orientación sobre la PFPP, incluso sobre la LME.	Numerador: número de puérperas entrevistadas según definición. Denominador: número total de puérperas entrevistadas.	Entrevista a la salida del cliente.	Bianualmente
Proporción de TSC capacitados en PFPP	Proporción de TSC capacitados en PFPP, incluidas la detección, derivación y prestación del método, donde esté aprobado.	Numerador: número de TSC capacitados según definición. Denominador: número total de TSC capacitados por el programa.	Informe del programa.	Trimestralmente
Número o proporción de TSC que realizan intervenciones de PFPP, brindan información y hacen derivaciones	Proporción de TSC que realizan la selección para la PFPP, la derivación y la prestación del método, donde esté aprobado.	Numerador: número de TSC que realizan intervenciones según definición. Denominador: número total de TSC avalados por el programa.	Informe del programa, incluidos los informes de supervisión y del TSC.	Trimestralmente

INDICADOR	DEFINICIÓN	NUMERADOR/ DENOMINADOR	RECOLECCIÓN DE DATOS	FRECUENCIA
Cobertura del servicio de PF				
Protección por un par de años (PPA) provista por el programa de SMRN	Protección estimada provista por los servicios de PF durante el período de un año, según el volumen de todos los métodos anticonceptivos provistos a los clientes de PFPP durante ese período. La PPA se usa como medida de cobertura intermedia, dado que las tasas de prevalencia de la anticoncepción suelen calcularse en intervalos de tres o cinco años. La PPA se calcula multiplicando la cantidad de cada método distribuido o provisto a los clientes por el factor de conversión, para obtener un estimado de la duración de la protección anticonceptiva provista por unidad de ese método. Luego, se suman las PPA para cada método abarcando todos los métodos, para obtener una cifra de PPA global (detalles sobre los factores de conversión disponibles en www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/specific/fp/cyp).	Numerador: Cálculo de PPA Denominador: N/C	Datos de logística o estadística del servicio del SIGS.	Anualmente

Referencias

- Cleland J et al. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 2006, 368(9549):1810–1827.
- DaVanzo J et al. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*, 2007, 114(9):1079–1087.
- Jackson E & Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 117:657–662.
- Ross J & Winfrey W. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(1):20–27.
- Rutstein SO. Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys. *DHS Working Papers, Demographic and Health Research* (41), 2008.
- Stover J & Ross J. How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. *Maternal and Child Health Journal*, 2010, 14(5):687–695.
- World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide to essential practice, 2006. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/, accessed on 10 October 2013).
- World Health Organization. *Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition and 2008 Update*, 2008 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. Integrated management of childhood illness, 2008b (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fourth edition*, 2009 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, 2010a (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. 2010b (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. *Family planning: a global handbook for providers, actualización de 2011*, 2011 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. From evidence to policy: Strengthening health system response: no opportunities missed, 2012a (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75162/1/WHO_RHR_HRP_12.22_eng.pdf).
- World Health Organization. Family planning: a health and development issue, a key intervention for the survival of women and children, 2012b (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/rhr_12_23/en/index.html, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting, 2012c (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. WHO recommendations for routine immunizations – summary tables, 2013a. (http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/index.html, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines, 2013b. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, consultado el 10 de octubre de 2013).
- World Health Organization. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn, 2013c. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-maternal-health.pdf, consultado el 4 de noviembre de 2013).

Apéndice 1: Declaración de acción colectiva para la planificación familiar posparto



Declaración de Acción Colectiva para la Planificación Familiar Posparto

El objetivo de esta declaración de acción colectiva es que todos los programas dirigidos a las mujeres dentro del primer año después del parto integren servicios de planificación familiar posparto y orientación sobre el tema.

Los planes y presupuestos estratégicos y operativos de los programas deberían privilegiar a las mujeres en el puerperio, grupo con la mayor cantidad de necesidades insatisfechas en cuanto a planificación familiar, y también deberían priorizar la actualización del conocimiento y la optimización de las destrezas de los diferentes profesionales. Además, los programas deberían ofrecer servicios integrales de planificación familiar después del parto en centros y comunidades, y garantizar que las mujeres, los hombres y las parejas tengan acceso a una amplia gama de opciones anticonceptivas.

¿Qué es la planificación familiar después del parto?

La planificación familiar después del parto es la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos a lo largo de los primeros 12 meses después del parto. Durante este período los embarazos aumentan el riesgo para la madre y el niño, también ofrecen las mejores oportunidades en cuanto a cantidad de contactos con los servicios de atención de la salud.

Continuidad asistencial de los contactos, con oportunidad para ofrecer la planificación familiar después del parto



¿Por qué es importante la PFDP?

Aunque la PFDP salve vidas, en el período posparto prolongado las mujeres generalmente no reciben asistencia adecuada o no se les prestan los servicios de planificación familiar (PF) necesarios para asegurar el acceso a la anticoncepción y así salvar vidas durante este período de vulnerabilidad.

- Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 65 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 12 meses siguientes pero no usan métodos anticonceptivos.
- La PF puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y el 10 % de la mortalidad infantil si las parejas establecen intervalos intergenésicos de dos años.² Los embarazos cuyos intervalos son cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan el mayor riesgo para la madre y el recién nacido ya que conllevan mayores riesgos relacionados con resultados adversos como el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer y los neonatos pequeños para la edad gestacional. Las mujeres que se embarazan dentro de los seis meses del último parto tienen 7,5 veces más riesgo de sufrir un aborto inducido y 1,6 veces de riesgo de muerte fetal.³
- Es probable que las púerperas no se den cuenta que pueden embarazarse aunque estén en el período de lactancia. Un estudio realizado en Egipto reveló que el 15 % de las mujeres que amamantan quienes no usaban el método anticonceptivo de amenorrea de lactancia concibieron antes de reanudar la menstruación.⁴

Estrategias para corregir las necesidades insatisfechas de la PFDP

Aumentar el grado de concientización sobre las necesidades de PF de las mujeres después del parto: los prestadores de atención de salud, las mujeres, sus familias y las comunidades como también los responsables de las políticas y los gerentes de programas muchas veces desconocen la necesidad de la planificación familiar después del parto y no saben que la mujer puede recuperar su fertilidad en los primeros meses después del parto y que con el inicio oportuno la mayoría de los métodos anticonceptivos son seguros para las mujeres que amamantan. Además, para abordar la atención después del parto, incluida la PFDP, los responsables de las políticas necesitan argumentos contundentes para ampliar el foco más allá del control prenatal, la atención del trabajo de parto y parto, y la atención infantil.

Garantizar que no se desperdicien oportunidades durante la continuidad de la atención de la salud: la continuidad de la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el posparto de la mujer ofrece diversas oportunidades para brindarle servicios de PF y orientación sobre el tema. Entre el 50 % y el 60 % de las embarazadas concurren a las consultas prenatales o tienen contacto con los prestadores de salud en el momento del parto o inmediatamente después, y continúan en contacto por el cuidado del lactante y otros servicios de atención pediátrica.⁶ Cuando se introduce la PFPP en el contexto de la atención primaria y, con ella, los servicios integrales de salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRN), que comprenden el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido, las vacunas, la nutrición y la atención en la comunidad, surgen posibilidades aceptables, oportunas y eficaces para llegar a las puérperas y atender sus necesidades de PF.⁶⁻⁷

Organizar servicios: la organización eficiente de los servicios es crucial para gestionar los tiempos e incluir la orientación y la toma de decisiones sobre la PF, y, de este modo, garantizar que los servicios integrales, como las unidades de maternidad o las sesiones de inmunización, cuenten con todo el equipamiento, los insumos, los anticonceptivos y el personal capacitado necesarios para prestar asesoramiento sobre la PF, incluidos los métodos de acción prolongada o permanentes. La formación tanto previa a la prestación del servicio como en el servicio de todos los profesionales de la salud que asisten a la madre, al recién nacido y al niño debe garantizar que todos ellos estén especializados en los servicios de PFPP y la orientación sobre este tema.

Maximizar la atención en la comunidad: en una revisión reciente se indicó que el 50 % de todos los partos no se realizan en establecimientos o centros de atención⁸ y que en el 70 % de estos no se brinda atención puerperal. Como consecuencia, estas mujeres tienen escasas oportunidades de recibir información o servicios de PF. Cabe destacar que el acceso podría ser aún más acotado en el caso de los grupos desfavorecidos, como las adolescentes, las minorías y las mujeres que viven en zonas rurales. Los trabajadores de la salud pueden aportar información y prestar servicios a las mujeres y hombres en las comunidades donde viven, en lugar de pedirles que concurren a los establecimientos o centros de atención que pueden estar alejados de donde viven o ser, en cierta forma, inaccesibles. Los hombres pueden participar eficazmente en la PFPP con el poder de decisión, influyendo en las actitudes de las familias y las comunidades, y como usuarios de los servicios.

Ampliar la variedad de opciones: los métodos de PFPP pueden implementarse en el puerperio inmediato, y entre ellos se incluyen: 1) el dispositivo intrauterino, que puede insertarse inmediatamente y hasta 48 horas después del parto o después de 4 semanas; 2) la ligadura de trompas, que puede realizarse hasta 1 semana después del parto o tras 6 semanas; o 3) la vasectomía, que puede realizarse en la pareja de la mujer en cualquier momento durante el embarazo o el período posparto. En realidad, la vasectomía es un método muy adecuado y conveniente en el puerperio, porque el período de 12 semanas que debe transcurrir antes de que el hombre sea estéril coincide con la práctica normal de la abstinencia posparto. La ampliación del período posparto ofrece la única oportunidad para que una mujer use el método de amenorrea de lactancia (MELA)¹, que puede utilizarse de manera eficaz hasta seis meses después del parto mientras dure la lactancia materna exclusiva y, de esta forma, aportar una importante nutrición al lactante. La mujer, ya sea que esté o no amantando, puede usar con seguridad otros métodos, como las pastillas anticonceptivas, las inyecciones, los implantes y los condones, aunque el momento deseado para iniciar este tratamiento puede variar según el método y el estado de la lactancia.

Posibles beneficios del programa de implementación de la PFPP

El período posparto, especialmente el inmediato, es una época en la que las parejas generalmente tienen múltiples contactos con el sistema de atención de la salud. La prestación de servicios anticonceptivos durante este período es rentable y eficiente, porque no es necesario aumentar ni el personal, ni la supervisión ni la infraestructura de manera significativa.⁹ Además, para muchas mujeres que rara vez están en contacto con el sistema de atención de la salud, la implementación de la PF en el posparto inmediato no implica ni los costos ni la incomodidad de tener que regresar al establecimiento y, por lo tanto, amplía las oportunidades para brindar a las parejas los servicios de PF.

La integración de la PFPP en los programas y los servicios integrales de salud de la madre, el recién nacido y el niño contribuye a ampliar los servicios a las mujeres durante el primer año después del parto y a aumentar el uso de la PF en las mujeres y sus parejas durante el primer año después del parto. Esto, además, pueden disminuir considerablemente los embarazos de alto riesgo y las necesidades insatisfechas en cuanto a PF, y puede mejorar la salud y la sobrevivencia de las madres y los niños.

¹ Ross J and Winfrey W. 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*. 27(1): 20-27.

² Cleland J et al. 2006. Family planning: The unfinished agenda. *The Lancet*. 368(9549): 1810-1827.

³ DaVanzo J et al. 2007. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*. 114(9): 1079-1087.

⁴ Shaaban OM, Glasier A. 2008. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. *Contraception*. 77(5):350-354.

⁵ Ross and Winfrey op. cit.

⁶ Huntington D and Aplogan A. 1994. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning*. 25(3): 176-183.

⁷ Saeed GA et al. 2008. Change in trend of contraceptive uptake—effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*. 77(5): 377-381.

⁸ Fort A, Kothari M and Abderrahim N. 2006. *Postpartum Care: Levels and Determinants in Developing Countries*. Calverton, Maryland, USA. Macro International, Inc.

⁹ Singh S et al. Guttmacher Institute and UNFPA. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York. Guttmacher Institute and UNFPA.

El método de amenorrea de lactancia exige el cumplimiento de 3 criterios: 1) ausencia de la menstruación, 2) lactancia exclusiva o casi exclusiva y 3) lactante de hasta seis meses de edad.

Apéndice 2

Evidencia respaldatoria para el diseño de programas

Se realizó la revisión de la bibliografía para identificar la evidencia sobre intervenciones programáticas para la PFPP desde el año 2000 hasta julio de 2012. Las búsquedas en publicaciones informales y en revistas con revisión científica externa se realizaron mediante PubMed y la Biblioteca Cochrane, y con los motores de búsqueda en Internet Google y Bing. Los datos clave y sus repercusiones en los diseños de programas recogidos de la bibliografía se muestran en la tabla a continuación. Se brinda esta información para cada punto de contacto que constituye una oportunidad para la integración de la PFPP con los servicios de SMRN. Esta evidencia respaldatoria fue revisada por los expertos que participaron de la consulta técnica de la OMS de 2012, con el fin de informar sobre el desarrollo de ejemplos de estrategias de programas, que se describen en el capítulo 3. Las citas de los estudios mencionados en esta tabla se indican a continuación.

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
Control prenatal	
La orientación sobre la PF durante el período prenatal puede aumentar el uso de anticonceptivos después del parto. La calidad de la orientación sobre la PF marca una diferencia.	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio controlado aleatorizado (ECA) realizado en Egipto mostró una mayor adopción de la PFPP en el período posparto inmediato y en el transcurso de los tres meses siguientes como resultado de una intervención de educación prenatal (Soliman 1999). Otros dos ECA realizados en Turquía y Escocia y en China y Sudamérica no hallaron diferencia alguna (Akman et al. 2010; Smith et al. 2002). Un estudio de grupos comparativos no equivalentes halló un mayor uso de anticoncepción puerperal tras la orientación en el CP que incluyó a los maridos. No obstante, este artículo describía de manera exigua la intervención (Varkey et al. 2004). Un EAC realizado en un centro fue precedido por un estudio cualitativo de deliberaciones grupales focales y también incluyó un componente comunitario (Turan et al. 2001). Un EAC observó el conocimiento sobre la anticoncepción más que su uso como criterio de valoración (Mullaney et al. 2010).
Las intervenciones realizadas durante el CP resultaron más eficaces cuando fueron parte de múltiples contactos que cuando se las realizó durante el CP solamente.	<ul style="list-style-type: none"> Un EAC realizado en cuatro países halló que la incorporación de una sesión de orientación prenatal a la atención estándar no afectaba el uso de anticonceptivos ni las tasas de embarazo (Smith et al. 2002). Esto contradice a los estudios anteriores, en los que se mostró que la incorporación de múltiples sesiones influían positivamente en el conocimiento sobre la anticoncepción o su uso.
Trabajo de parto, parto y previo al alta	
La orientación sobre la PFPP previa al alta (incluidos los materiales de información, educación y comunicación) puede aumentar el uso de la anticoncepción.	<ul style="list-style-type: none"> Un ECA realizado en Paquistán comparó el uso de la anticoncepción entre mujeres que habían recibido una orientación didáctica informal de 20 minutos (con sus maridos o familiares cercanos) junto con un folleto de una página sobre la PFPP antes del alta frente a sujetos comparativos que habían recibido atención de rutina. Las mujeres que habían recibido la intervención fueron más proclives a usar cualquier forma de anticoncepción, así como los métodos anticonceptivos modernos, desde la semana 8 hasta la semana 12 después del parto (Saeed et al. 2008). En Nepal, una sesión de 20 minutos de educación en salud durante el posparto inmediato centrada en la PF y dictada por trabajadoras de la salud, mostró una leve mejora en el uso de la anticoncepción a los 6 meses del parto frente a los sujetos del grupo comparativo (Bolam et al. 1998).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
<p>El acceso a los métodos anticonceptivos en el posparto inmediato aumenta el uso de la anticoncepción (incluida la LME, el DIU y los servicios de esterilización).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de cohortes prospectivo aleatorizado realizado en Perú incluyó una sala de trabajo de parto experimental, en la que a las mujeres se les ofrecían, antes del alta, la inserción del DIU, métodos de barrera o anticonceptivos orales para las que no amamantaban a sus bebés. Las mujeres del grupo comparativo se derivaron para la prestación de los servicios de PF deseados después del alta. El uso de la anticoncepción entre las mujeres del grupo experimental fue considerablemente superior a los 40 días (44,7 % frente a 25,9 %) y a los 6 meses (81,8 % frente a 68,7 %) en comparación con lo informado para las mujeres del grupo comparativo (Foreit et al. 1993). • Potter et al. (2003) mostraron una mayor cantidad de necesidades insatisfechas de esterilización femenina al momento del parto en Brasil, pero no describen el uso de anticoncepción ulterior después de una solicitud no atendida. • Un EAC que evaluaba el momento de la inserción del DIU (inmediatamente después de la expulsión de la placenta, de 10 minutos a 48 horas después del parto y DIU de intervalo) halló escasas diferencias entre los grupos en el uso del DIU a los 3 y 6 meses. Se trataba de un estudio de factibilidad de los Estados Unidos, que se incluyó en la revisión de la bibliografía (Dahlke et al. 2011).
<p>Las políticas gubernamentales respaldatorias pueden tener un papel importante para facilitar el acceso al CT cuando se elige este método en el posparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de 1612 embarazadas realizado en Brasil halló que, cuando la legislación desalentaba el CTP después de una cesárea, el 47,5 % de las clientas del CP del sector público y el 14,6 % del sector privado expresaba su deseo de esterilización antes del alta hospitalaria tras el parto de sus hijos. De entre estas mujeres, el 69 % del sector privado y solo el 33 % del sector público eran sometidas al CTP (Potter et al. 2003).
<p>La mejora de la destreza del prestador para ofrecer orientación de buena calidad y servicios competentes con materiales constantes favorece el uso de la PFPP en el posparto inmediato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En Honduras, la formación intensiva del personal se centró en la orientación eficaz sobre la PF, y se brindó la promoción del servicio a médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y educadores en las unidades de obstetricia y ginecología de los hospitales. Además, los médicos y las enfermeras completaron una formación de excelencia en la inserción del DIU y equipos para apoyar inserciones ulteriores de DIU (incluso después de la expulsión de la placenta y antes del alta). El programa mostró un aumento en la proporción de mujeres que recibieron educación sobre la anticoncepción en el momento del parto, la proporción de mujeres interesadas en el uso de la anticoncepción y la proporción de mujeres que recibieron un método durante su hospitalización (Medina 2001*).
<p>La orientación previa al alta, que incluye información sobre la vasectomía para compartir con la pareja, puede servir como método de identificación de clientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos del proyecto de un programa de vasectomía en Guatemala arrojaron evidencia de que el aporte de información sobre la vasectomía a las mujeres en el período posparto inmediato aumentaba el uso de esta técnica entre sus parejas (Vernon, Solórzano y Muñoz 2007).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
Debería considerarse el intercambio de tareas que promueve la prestación de servicios de PFPP en manos de asistentes no médicos calificados para el parto.	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio de cohortes longitudinal pre- y posintervención realizado en Kenya halló que, cuando se incorporaba un paquete de atención posparto integral, que comprendía servicios de PFPP, una cantidad considerablemente superior de mujeres del grupo posintervención recibía un método de planificación familiar (el 65 % frente al 35 %), incluido el DIU (el 30 % frente al 3 %), en comparación con el grupo preintervención. Todos los prestadores del servicio, excepto uno, eran enfermeras o enfermeras-parteras (Mwangi et al. 2008*; Warren et al. 2010). La evaluación de un proyecto en Kenya mostró que las clientes a las que una enfermera o una enfermera-partera les insertaba el DIU inmediatamente después del parto tenían una tasa de continuidad del 76 % a los 3 y 6 meses después del parto (Chaurat et al. 2011*).
La orientación sobre la LME, que incluye visitas domiciliarias respaldatorias y apoyo para la lactancia, aumenta el uso de dicha práctica.	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio de diseño cuasiexperimental, que es parte de un EAC comunitario realizado en Bangladesh, halló que las mujeres del grupo de la intervención que recibieron los mensajes sobre la planificación familiar y materiales por parte de los TSC eran más proclives a usar la LME a los 3 meses (el 23 % frente al 0 %), a usar cualquier método anticonceptivo a los 3 meses (el 36,4 % frente al 10,8 %) y a usar cualquier método a los 12 meses (el 42,1 % frente al 27,1 %) (Baqui et al. 2011, sin publicar). Un estudio de grupo comparativo cuasiexperimental pre- y posintervención realizado en la India halló que las mujeres del grupo experimental eran más proclives a usar un método anticonceptivo a los 9 meses después del parto (el 62 % frente al 31 %) y más proclives a practicar la LME a los 4 meses después del parto (el 22 % frente al 0 %). La intervención incluyó orientación en el centro de atención y en la comunidad y una campaña educativa con TSC con llegada a maridos y suegras (Khan et al. 2008, Sebastian, Khan y Roychowdhury 2010).
Incluir la LME en cualquier programa que busque elevar la prevalencia de los métodos anticonceptivos modernos hasta los 12 meses después del parto y el MELA hasta los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio de 519 mujeres de 10 países que practicaban la LME halló que de entre todas las mujeres estudiadas el 68 % usaban un método anticonceptivo hasta los 9 meses; de estas, el 79 % había comunicado su deseo de espaciar los partos (Labbok et al. 1997). Un estudio en Brasil mostró que la proporción de mujeres que recibieron orientación sobre el MELA y aceptaron usar este método tuvieron una propensión más de dos veces superior a usar la anticoncepción hasta los 12 meses en comparación con las mujeres que no habían recibido orientación sobre el MELA y que no habían aceptado implementarlo (Hardy et al. 1998). Un estudio posintervención en Jordania halló que las usuarias de la LME eran más proclives a usar un método anticonceptivo moderno a los 12 meses que las mujeres que amamantaban a sus bebés sin practicar la LME (el 38 % frente al 20 %) y que las que no usaban la planificación familiar (el 16 %) (Bongiovanni 2005*).
Atención posparto/puerperal	
Un programa basado en la comunidad que incluyó la formación y el apoyo de los TSC para brindar orientación sobre la PFPP, junto con prácticas eficaces de información, educación y comunicación y apoyo distrital coordinado, puede aumentar el uso de la anticoncepción puerperal, incluso desde los primeros meses, es decir, al tercer o cuarto mes después del parto.	<ul style="list-style-type: none"> Un estudio de grupo comparativo cuasiexperimental pre- y posintervención realizado en la India halló que las mujeres del grupo experimental eran más proclives a usar un método anticonceptivo a los 9 meses después del parto (el 62 % frente al 31 %) y más proclives a practicar la LME a los 4 meses después del parto (el 22 % frente al 0 %). La intervención incluyó una campaña comunitaria educativa y la coordinación entre las autoridades del distrito y los TSC (Khan et al. 2008).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
<p>La atención domiciliaria de apoyo durante los períodos prenatal o puerperal pueden aumentar el uso de la anticoncepción después del parto, incluida la LME.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de cohortes en la India observó un aumento considerable (el 61,8 % frente al 30,6 %) en el uso de la anticoncepción a los 9 meses después del parto entre las mujeres del grupo de la intervención frente a las del grupo comparativo. La intervención incluyó una campaña educativa llevada a cabo por trabajadores comunitarios, con materiales como folletos, pósteres, murales y manuales. La campaña estaba dirigida a las embarazadas, sus maridos, sus suegras y líderes de opinión de la comunidad (Sebastian et al. 2010 and 2012). • Un estudio de diseño cuasiexperimental, que es parte de un EAC comunitario realizado en Bangladesh, halló que las mujeres del grupo de la intervención que recibieron los mensajes sobre planificación familiar y materiales por parte de los TSC eran más proclives a usar cualquier método anticonceptivo a los 3 meses (el 36,4 % frente al 10,8 %), a usar cualquier método anticonceptivo a los 12 meses (el 42,1 % frente al 27,1 %) y a usar la LME a los 3 meses (el 23 % frente al 0 %) (Baqui et al. 2011*).
<p>Las visitas domiciliarias durante el CP y la AP posiblemente no aumenten el uso de la anticoncepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de cohortes realizado en Chile no halló ningún efecto positivo en el uso de la anticoncepción ni en las tasas de embarazo a favor de las visitas domiciliarias del CP y la AP en comparación con las mujeres atendidas en las clínicas públicas en términos de uso de la anticoncepción o tasas de embarazo. De entre el grupo comparativo/de la clínica, el porcentaje de mujeres perdidas durante el seguimiento ascendió al 21 %, mientras que ninguna mujer del grupo de la comunidad se perdió de vista durante el seguimiento (Alvarado et al. 1999). • Un ECA realizado en Siria no observó ningún efecto positivo en el uso de la anticoncepción entre las mujeres que habían recibido de una a cuatro visitas domiciliarias posparto en comparación con las que no habían recibido estas visitas en cuanto al uso de la anticoncepción. Se observó un aumento considerable en los grupos de la intervención, pero la LME no era un componente de este estudio (Bashour et al. 2008). • Un estudio prospectivo de cohortes realizado en Palestina no halló ninguna diferencia significativa entre las mujeres que recibieron las visitas domiciliarias como complemento de la atención básica en comparación con las mujeres que solo recibieron la atención básica en cuanto al uso de la anticoncepción hasta los dos meses y a los seis meses después del parto (Center for Development in Primary Health Care 2003*).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
<p>La atención en la comunidad, con llegada a los maridos y a las suegras, así como el material de información, educación y comunicación, puede aumentar de manera eficaz el uso de la PFPP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio prospectivo de cohortes en la India observó un aumento considerable (el 61,8 % frente al 30,6 %) en el uso de la anticoncepción a los 9 meses después del parto entre las mujeres del grupo de la intervención frente a las del grupo comparativo. La intervención incluyó una campaña educativa llevada a cabo por los trabajadores comunitarios, con materiales como folletos, pósteres, murales y manuales. La campaña estaba dirigida a las embarazadas, sus maridos, sus suegras y líderes de opinión de la comunidad (Sebastian et al. 2010 and 2012). • Un estudio similar realizado en la India, en el que se evaluó un grupo comparativo cuasiexperimental pre- y posintervención, halló que las mujeres del grupo experimental eran más proclives a usar un método anticonceptivo a los 9 meses después del parto (el 62 % frente al 31 %) y más proclives a practicar la LME a los 4 meses después del parto (el 22 % frente al 0 %). La intervención incluyó una campaña educativa en la comunidad por TSC, con llegada a maridos y suegras (Khan et al. 2008).
<p>Programas más extensos con múltiples contactos durante la continuidad de la atención podrían tener más efecto en el uso de la PFPP que los programas breves con pocos contactos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio realizado en Egipto empleó un diseño de cohorte y observación posprueba con un grupo comparativo no equivalente. En dicho estudio, se usaron dos modelos: el primero consistía en la difusión de mensajes sobre la PFPP en el CP y la AP en los establecimientos sanitarios; el segundo incluía además un componente en la comunidad. Se halló que las mujeres de los grupos de la intervención eran más proclives a usar la anticoncepción a los 10 y 11 meses posparto (el 48 % y el 43 % frente al 31 %) y a mantener la protección durante más tiempo que las mujeres del grupo comparativo (6,8 meses y 4,5 meses frente a 2,9 meses) (Abdel-Tawab, Loza y Zaki 2008*). • Un estudio de pre- y posintervención realizado en Honduras, que incluyó varios encuentros en el CP y la AP, en los que se brindaron orientación y más opciones de métodos, halló un aumento en la aceptación de la esterilización, la inserción de DIU y el uso de anticonceptivos orales: del 8,8 % al inicio del programa al 41,2 % después de los 14 meses (Vernon et al. 1993).
<p>La implementación de un paquete de AP integral, que incluya la PFPP, puede redundar en un uso más temprano y mayor de la anticoncepción entre las púerperas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio de diseño experimental pre- y posintervención con grupo comparativo realizado en Guatemala halló un aumento hasta los 3 meses después del parto del 7 % al 19 % en el grupo experimental y una disminución del 23 % al 15 % en el grupo comparativo, así como un aumento al tercer mes después del parto del 18 % al 25 % en el grupo experimental y una disminución del 20 % al 14 % en el grupo comparativo. La intervención incluía material de información, educación y comunicación, la formación de los prestadores de atención de la salud y supervisión en la comunidad y los establecimientos sanitarios (Jacobs, Brambila y Vernon 2002*). • Una encuesta de pre- y posintervención en Rusia halló un aumento en el uso de la anticoncepción después del parto del 0 % al 65 % tras una intervención integral de CP y AT, en la que se suministraron insumos, se capacitó a los prestadores y se mejoró la calidad de la atención de los servicios integrales (Stephenson et al. 1998).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
Servicios de salud del lactante e inmunizaciones	
<p>El uso de la PF puede aumentar si se ofrece la anticoncepción durante los servicios de inmunización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un estudio por conglomerados, aleatorizado de dos grupos pre- y posintervención realizado en la República de Ruanda, en el que se integró la PF con los servicios de inmunización, halló un aumento del uso de la PF del 51 % al 57 % en el grupo de la intervención y una disminución del 58 % al 49 % en el grupo comparativo sin ningún efecto en detrimento de las tasas de inmunización (Dulli et al. 2012*). • Una encuesta de análisis comparativo de series temporales realizada en Togo halló un aumento considerable entre quienes aceptaban la anticoncepción de 200/mes a 307/mes en el grupo de la intervención en comparación con un aumento sin importancia de 144/mes a 167/mes (NS) en el grupo comparativo después de la incorporación de las derivaciones para PF como parte del programa ampliado en el centro de inmunización (Programa Ampliado de Inmunizaciones). También se observó un aumento considerable en la media de usuarias, de 1035/mes a 1311/mes en el grupo de la intervención en comparación con un aumento sin importancia de 704/mes a 768/mes en el grupo comparativo durante el mismo período (Huntington y Aplogan 1994). • En un estudio de una serie de casos de Mali se halló que, tras la incorporación de mensajes y servicios de planificación familiar los días de los eventos de inmunización, el uso aumentó de 330 DIU e implantes por año antes de la intervención a 3997 por año después de 1 año y 292 días de eventos, y a 5600 por año después de 2 años y 1100 días de eventos. (PSI 2010*). • Un estudio de diseño experimental, pre- y posintervención y con grupo comparativo realizado en la India halló que las mujeres que acudieron a la clínica para recibir los servicios de inmunización y que, a su vez, recibieron servicios de PF aumentaron de 0,42 por visita a 0,62 por visita en el grupo de la intervención, mientras que, en el grupo comparativo, las cifras disminuyeron de 0,37 por visita a 0,36 por visita. La intervención incluyó el uso de una herramienta de detección sistemática para identificar a las mujeres que llevaban a sus hijos para la inmunización y también necesitaban servicios de PF (Das et al. 2005*). • Un ECA por conglomerados realizado en Guinea Bissau, en el que los mensajes sobre la lactancia y la PF eran parte de la primera visita del CP, más sesiones de inmunización a las 6, 10 y 14 semanas, registró 31 inserciones de DIU en el grupo de la intervención y solo 14 inserciones en el grupo comparativo (RR = 2,45) (Jakobsen et al. 1999).
<p>Los prestadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones (EPI) posiblemente necesiten desarrollar sus habilidades en PF, mientras que los prestadores de PF puede que lo necesiten para el EPI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los estudios citados anteriormente mencionan la formación de los prestadores del servicio de inmunizaciones en los mensajes de PF (Huntington y Aplogan 1994; PSI 2010*; Das et al. 2005; Jakobsen et al. 1999).

DATOS Y CONSIDERACIONES CLAVE PARA LA PROGRAMACIÓN	EVIDENCIA RESPALDATORIA EN LA BIBLIOGRAFÍA
Planificación familiar posparto para las mujeres que viven con el VIH	
Se pueden alcanzar tasas altas de cobertura de anticoncepción entre las mujeres que viven con el VIH si reciben orientación en el CP y derivación a una clínica de PF después del parto.	De entre 319 mujeres que viven con el VIH que recibieron orientación en el CP y fueron derivadas para la PF después del parto, el 72 % de las mujeres usaban un método anticonceptivo hormonal durante al menos 2 meses durante el posparto, habiendo iniciado el uso aproximadamente en el tercer mes del posparto (intervalo: de 1 a 11 meses). En total, el 44 % usaba AMPD, el 31 % usaba un método anticonceptivo oral y el 25 % cambió de método durante el seguimiento. La notificación a la pareja, la mortalidad neonatal y el uso de condones fueron similares entre quienes usaban otras formas de anticoncepción y quienes no lo hacían (Balkus et al. 2007).
El uso de la ARAP entre las puérperas que viven con el VIH aumenta cuando se atienden cuestiones relativas al acceso (disponibilidad y costo).	En un estudio prospectivo de cohortes, el uso de implantes fue considerablemente superior (el 38 %) en el lugar cuando se dispensaron anticonceptivos sin cargo y allí mismo en comparación con lo observado en el lugar (el 6 %) cuando se derivaba a la mujer para los servicios de anticoncepción. La adopción del DIU fue sumamente baja en ambos lugares (el 2 %) (Dhont et al. 2009).

*Artículo no publicado en ninguna revista científica revisada por expertos

Referencias del Apéndice 2

Abdel-Tawab N, Loza S & Zaki A. Helping Egyptian women achieve optimal birth spacing intervals through fostering linkages between family planning and maternal/child health services. Cairo, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Egypt_OBSI.pdf).

Akman M et al. The influence of prenatal counselling on postpartum contraceptive choice. *Journal of International Medical Research*, 2010, 38(4):1243–1249.

Alvarado R et al. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning*, 1999, 30(2):133-141.

Balkus J et al. High uptake of postpartum hormonal contraception among HIV-1-seropositive women in Kenya. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34(1):25–29.

Baqui A et al. Healthy fertility study: operations research to address unmet need for contraception in the postpartum period in Sylhet District Bangladesh. Twelve month postpartum follow-up survey report. 2011.*

^hashour HN et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nursing*, 2008, 25(2):115–125.

Bolam A et al. The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 1998, 316:805–811.

Bongiovanni A. Promoting the lactational amenorrhea method (LAM) in Jordan increases modern contraceptive use in the extended postpartum period. 2005. (<http://www.linkagesproject.org/publications/LAM%20Research%20Report,%20Final,%20November%201,%202005.pdf?detail=14>).*

Center for Development in Primary Health Care. Improving postpartum care among low parity mothers in Palestine, final report. Cairo, Population Council. 2003 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/West_Bank_LowParity.pdf).*

Chaurat E et al. An assessment of postpartum intrauterine contraceptive device services in Embu, Kenya. 2011.*

Dahlke JD et al. Postpartum insertion of levonorgestrel–intrauterine system at three time periods: a prospective randomized pilot study. *Contraception*, 2011, 84:244-248.

Das NP et al. Systematic screening to integrate reproductive health services in India. New Delhi, Population Council, 2005. (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_Screen.pdf).*

Dhont N et al. Improved access increases postpartum uptake of contraceptive implants among HIV-positive women in Rwanda. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2009, 14(6):420–425.

Dulli L et al. Improving postpartum family planning through immunization services. Presentation to the FHI360 closeout meeting in Washington, DC, 2012.*

Foreit KG et al. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(1):19–24, 33.

Hardy E et al. Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea method (LAM) in a postpartum program. *Advances in Contraception*, 1998, 14 (1):59–68.

Huntington D & Aplogan A. The integration of family planning and childhood immunization services in Togo. *Studies in Family Planning*, 1994, 25(3):176–183.

Jacobs E, Brambila C & Vernon R. Reproductive health care in the postnatal period in Guatemala. Mexico City, Population Council, 2002 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Guatemala_Postnatal_Care.pdf).*

Jakobsen MS et al. Promoting breastfeeding through health education at the time of immunizations: a randomized trial from Guinea Bissau. *Acta Paediatrica*, 1999, 88(7):741–747.

Khan ME et al. Promoting healthy timing and spacing of births in India through a community-based approach. New Delhi, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_HTSP.pdf).*

Labbok MH et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration and implications for clinical application. *Contraception*, 1997, 55:327–336.

Medina R et al. Postpartum and postabortion patients want family planning. Honduras Contraceptive Choice OR Summary. New York, Population Council, 2001a (<http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum25.pdf>).*

Mwangi A et al. Strengthening Postnatal Care Services Including Postpartum Family Planning in Kenya. Nairobi, Population Council, 2008 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Kenya_PPPF.pdf).*

Potter JE et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. *Contraception*, 2003, 67:385–390.

PSI. Case study, Mali: reaching women in need of family planning at clinic immunization days. Washington, DC, Population Services International, 2010.*

Saeed GA et al. Change in trend of contraceptive uptake – effect of educational leaflets and counseling. *Contraception*, 2008, 77:377–381.

Sebastian MP, Khan ME & Roychowdhury S. Promoting healthy spacing between pregnancies in India: need for differential education campaigns. *Patient Education and Counseling*, 2010, 81(3):395–401.

Sebastian MP et al. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behaviour change communication intervention. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(2):68–77.

Smith KB et al. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception*, 2002, 65 (3):237–243.

Soliman MH. Impact of antenatal counseling on couples' knowledge and practice of contraception in Mansoura, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5(5):1002–1013.

Stephenson P et al. World Bank Technical Paper 404: Improving Women's Health Services in the Russian Federation. Washington, DC, World Bank, 1998.

Turan JM et al. Including expectant fathers in antenatal education programmes in Istanbul, Turkey. *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(18):114–125.

Varkey LC et al. Involving men in maternity care in India. New Delhi, India, Population Council, 2004 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_MIM.pdf).*

Vernon R et al. The impact of perinatal reproductive health programs in Honduras. *International Family Planning Perspectives*. 1993, 19(3):103–109.

Vernon R, Solórzano J & Muñoz B. Introducing sustainable vasectomy services in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 2007, 33(4):182–187.

Warren C et al. Safeguarding maternal and newborn health: improving the quality of postnatal care in Kenya. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care/ISQua*, 2010, 22(1):24–30.

* No se publicó en ninguna revista científica revisada por expertos.

**Para obtener más información sobre esta publicación,
comuníquese con:**

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
Correo electrónico reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 350649 4

