

NORMAS NACIONALES SOBRE Regulación de la Fertilidad



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



**NORMAS TECNICAS Y GUIAS CLINICAS SOBRE
REGULACION DE LA FERTILIDAD**

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)
Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)

Editores

Dr. René Castro, MINSAL
Dra. Soledad Díaz, ICMER
Dr. Guillermo Galán, APROFA
Dra. Carmen López, MINSAL
Dra. María Isabel Matamala, MINSAL

Comité Redactor:

Dr. René Castro, MINSAL
Dra. Soledad Díaz, ICMER
Dr. David Eisen, consultor de JHPIEGO (1991 –2002)
Dr. Guillermo Galán, APROFA
Dra. Carmen López, MINSAL
Dr. Jorge Robinovich, APROFA

Colaboradores:

Matrona Sra. Ana Ayala, MINSAL
Matrona Srta. Fanny Berlagosky, MINSAL
Socióloga Sra. Claudia Dides, ICMER
Sociólogo José Olavaria, CEDEM
Abogada Sra. Lidia Casas, ICMER
Dra. María Rebeca Massai, ICMER
Dr. Octavio Peralta, Universidad de Chile
Matrona Sra. Verónica Schiappacasse, ICMER
Dra. Ximena Luengo, ICMER

Agradecimientos:

Al personal de los Servicios de Salud de regiones, a las/los profesionales de ICMER, que revisaron los borradores e hicieron sugerencias para mejorar los textos, y a las/los participantes en los 10 Talleres en que se validaron los contenidos de estas Normas.

Índice

Abreviaturas	5
Presentación Ministra	7
Principios Normativos	9
SECCION A: POLITICAS Y PROGRAMAS DE REGULACION DE LA FERTILIDAD EN CHILE	11
1. Antecedentes	13
2. Incorporación de la Planificación Familiar en las Políticas de Salud Pública	14
3. Impacto de las actividades de Regulación de la Fertilidad en Chile	17
4. Proyecciones	18
SECCION B: MARCO CONCEPTUAL	21
1. Ética, Derechos y Anticoncepción	24
1.1. Ética y anticoncepción	24
1.2. Derechos humanos y anticoncepción	25
1.3. Conclusiones	27
2. Consideraciones de Género	29
2.1. Género y salud sexual y reproductiva	30
2.2. Género y regulación de la fertilidad	31
3. Calidad de la Atención	34
3.1. Elementos de la calidad de la atención	34
3.2. Desde la perspectiva de las y los usuarios	36
3.3. Desde la perspectiva de las y los proveedores	37
SECCION C: TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA	41
1. Propiedades de los anticonceptivos	43
2. Recomendaciones para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud	46
3. Anticoncepción Hormonal	59
3.1. Métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno	60
3.1.1. Anticonceptivos combinados orales	60
3.1.2. Anticonceptivos combinados inyectables mensuales	67
3.1.3. Anticoncepción combinada en anillo vaginal y parche transdérmico	70

3.2.	Métodos anticonceptivos de progestágeno solo	70
3.2.1.	Anticonceptivos orales de progestágeno solo	74
3.2.2.	Progestágeno inyectable de acción prolongada	75
3.2.3.	Implantes subdérmicos de acción prolongada	76
3.2.4.	Anillo vaginal de progesterona	78
4.	Anticoncepción No Hormonal	79
4.1.	Reversibles:	79
4.1.1.	Dispositivos intrauterinos	79
4.1.2.	Métodos de barrera	88
	- Masculinos: Condón de látex; Condón de poliuretano	
	- Femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano; Capuchón cervical; Esponja; Espermicidas	
4.1.3.	Método de la amenorrea de lactancia	95
4.1.4.	Métodos de abstinencia periódica: Ovulación o moco cervical; Temperatura basal; Calendario; Sintotérmico	98
4.2.	Permanentes:	103
4.2.1.	Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina	105
4.2.2.	Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina	108

SECCION D: ANTICONCEPCION EN POBLACIONES ESPECIFICAS 115

1.	Anticoncepción en adolesce ntes	117
2.	Anticoncepción en mujeres en periodo post-parto	128
3.	Anticoncepción en mujeres después de un aborto	133
4.	Anticoncepción en mujeres después de los 35 años	135
5.	Anticoncepción e infecciones de transmisión sexual y HIV / SIDA	139
6.	Anticoncepción en hombres	142

SECCION E: ANEXOS 151

1.	Anticonceptivos hormonales disponibles en Chile	153
2.	Bibliografía	158

Abreviaturas

- ACI:** Anticonceptivos Hormonales Combinados Inyectables (también llamados AIC: Anticonceptivo Inyectable Combinado)
- ACO:** Anticonceptivos Hormonales Combinados Orales (también llamados AOC: Anticonceptivos Orales Combinados)
- AE:** Anticoncepción de Emergencia
- AMPD:** Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
- AOPS:** Anticonceptivos Orales de Progestágeno Solo / Progestina Sola (también llamados PPS: Píldoras de Progestágeno Solo)
- APROFA:** Asociación Chilena de Protección de la Familia.
- AQV:** Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
- AVC:** Anillo Vaginal Combinado.
- AVP:** Anillo Vaginal de Progesterona.
- bHCG:** Gonadotrofina Coriónica.
- CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- CEDAW:** Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer.
- DIU-Cu:** Dispositivo intrauterino con cobre.
- DIU-LNG:** Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.
- EPI:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- EN/NET:** Enantato de Noretisterona.
- ICMER:** Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- IMC:** Índice de Masa Corporal.
- IMPL ETG:** Implante de Etonogestrel.
- IMPL LNG:** Implante de Levonorgestrel.
- INE:** Instituto Nacional de Estadísticas.
- IPPF:** Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation).
- ITS:** Infección de Transmisión Sexual.
- JHPIEGO:** Programa de Información y Educación para Gineco-Obstetras. Universidad Johns Hopkins, USA. MAC: Método Anticonceptivo.
- mcg:** microgramo, µg.
- MELA:** Método de la Amenorrea de Lactancia.

- MINSAL:** Ministerio de Salud.
- EN-NET:** enantato de noretisterona.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, WHO).
- ONU:** Organización de Naciones Unidas.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud (Panamerican Health Organization, PAHO).
- PAD:** Presión Arterial Diastólica.
- PAE:** Píldoras Anticonceptivas de Emergencia.
- PAS:** Presión Arterial Sistólica.
- PIP:** Proceso Inflamatorio Pelviano.
- PPS:** Píldoras de Progestágeno Solo o de Progestina Sola (también llamadas AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo)
- PTC:** Parche Transdérmico Combinado.
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SSR:** Salud Sexual y Reproductiva.
- T-Cu:** T con Cobre.
- T-Cu 380 A:** T con Cobre 380 A.
- T-LNG:** T con levonorgestrel.
- VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- VHS:** Virus del Herpes Simple.
- VPH:** Virus del Papiloma Humano.

Presentación

En nuestro país existe, desde los inicios de la historia de la salud pública, una tradición de respeto a la responsabilidad del Estado en orden a promover políticas y actividades que favorezcan la salud y el bienestar de las personas y las familias, en particular de las más vulnerables. Una de estas políticas ha sido la oferta de servicios de Regulación de la Fertilidad en el sistema público de salud. Actualmente, en el contexto de una visión de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción.

Ya en 1967, la Política de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, basándose en la necesidad de disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro en la población, incorporó actividades de regulación de la fertilidad, a los programas de atención materno-infantil, respondiendo al derecho de las familias a “tener solamente el número de hijos que puedan ser formados integralmente”, “... garantizando el respeto a la conciencia de las personas y a su dignidad”. En Octubre 1990, con el retorno a la convivencia democrática, el Gobierno de Chile reconociendo el beneficio que logra la población con las actividades de Planificación Familiar, formula las Bases para una Política de Planificación Familiar.

El excelente nivel que de los indicadores nacionales en salud materno- infantil (mortalidad materna, perinatal, infantil) – entre los más bajos de América Latina - puede atribuirse en gran medida, a la continuidad en el tiempo de esta intervención sanitaria.

La construcción progresiva de los conceptos de Salud Reproductiva y Salud Sexual, así como de los derechos que respaldan su realización, que ha tenido lugar a partir del consenso de la comunidad internacional y de los aportes de la Organización Mundial de la Salud, ha generado importantes cambios en la provisión de los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar. Este nuevo enfoque de derechos está fuertemente centrado en las mujeres entendidas como sujetos sociales activos, con autonomía, y que producto de la construcción social del femenino hasta ahora vigente, desempeñan múltiples roles en la sociedad. Tal mirada se sustenta en una concepción más abarcadora de la salud, que supera las aproximaciones predominantemente demográficas y centradas en lo materno-infantil que prevalecían hasta comienzos de los 90, e incluye el reconocimiento, la promoción y el pleno respeto de los derechos humanos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. En el contexto de este proceso de cambios, en 1997, el Ministerio de Salud definió la Salud Sexual y Reproductiva como una de las 16 Prioridades Salud-País.

En el año 2000, como parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales para la década, orientadores del proceso de Reforma Sectorial actualmente en implementación, se formularon tres Objetivos Sanitarios Específicos en el ámbito de la Regulación de la Fertilidad:

a) Reducir la inequidad reproductiva generada por las desigualdades de género y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de población (de menor nivel socioeconómico, de pueblos originarios, adolescentes y adultos jóvenes), posibilitando efectivamente que para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, su fecundidad real sea igual a la que desean.

b) Reducir la incidencia del aborto inseguro provocado, mejorando la oferta y la calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, y focalizando los esfuerzos en las mujeres con mayor riesgo de interrumpir voluntariamente su embarazo en condiciones de inseguridad. La prevención de la recurrencia abortiva requiere de una estrecha y permanente coordinación entre los servicios hospitalarios que atienden mujeres por complicaciones de un aborto inseguro y los establecimientos de atención primaria, donde se entregan los servicios de Regulación de la Fertilidad.

c) Reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes por su mayor vulnerabilidad, requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso.

La multiplicidad de factores que inciden en el logro y mantención de un nivel óptimo de Salud Sexual y Reproductiva al alcance de todas las personas, así como la magnitud de las tareas a desarrollar en pos de dicho objetivo, exceden las responsabilidades y capacidades de nuestro sector. Requiere del esfuerzo concertado y asociativo de los distintos actores sociales que conforman la sociedad, como son las entidades gubernamentales, no gubernamentales, comunitarias, los sectores políticos y los medios de comunicación, entre otros.

En este contexto, el Ministerio de Salud presenta las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, elaboradas en conjunto con instituciones y organizaciones de la sociedad civil, como una herramienta para contribuir a alcanzar los Objetivos Sanitarios planteados para toda la población, a mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen y resguardar el ejercicio de los derechos que la legislación nacional reconoce a las personas. Estas normas incorporan explícitamente la perspectiva de género y por ello, se proponen corregir las desigualdades que existen entre hombres y mujeres respecto a su capacidad de ejercer control y decidir sobre su propia salud sexual y reproductiva, así como también, aumentar la participación y responsabilidad masculina en este ámbito, equiparándola con la que hoy asumen casi exclusivamente las mujeres. Alcanzar estos objetivos requiere de nuevas formas de proveer los servicios, así como de una nueva cultura en la relación entre las/os proveedoras/es y la población usuaria de los mismos.

En definitiva, el propósito de estas normas es contribuir a que cada embarazo sea deseado y fruto de la decisión libre, informada y responsable de ambos progenitores, que la reproducción no interfiera con su desarrollo como individuos y como pareja sino que sea parte del mismo, y que todas las niñas y niños que nazcan en el país tengan iguales oportunidades de desarrollarse plenamente en un ambiente afectuoso y seguro.



Dra. María Soledad Barría I.

Ministra de Salud

Principios Normativos

Las políticas y servicios que el sistema sanitario ha desarrollado para permitir que las personas eviten voluntariamente los embarazos no deseados han contribuido a elevar el nivel de salud de la población y son altamente valorados por las personas.

Las presentes Normas Nacionales para regular el acceso y la calidad de estos servicios contribuyen al logro de los Objetivos Sanitarios para la década, particularmente los de continuar disminuyendo la mortalidad materna mediante la reducción de los embarazos no deseados y de alto riesgo; el de corregir las inequidades existentes en salud sexual y reproductiva, y el de responder a las expectativas de la población.

Las personas que demandan atención para regular voluntariamente su fertilidad deben ser atendidas en servicios públicos o privados que cumplan con las siguientes características generales:

1. Ser consecuentes con los principios de la bioética y el ejercicio de los derechos que el Estado reconoce a las personas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la regulación de la fertilidad.
2. Responder a las necesidades diferenciadas que respecto de sexualidad y reproducción tienen las mujeres y los hombres, producto de determinaciones de género.
3. Contribuir en forma explícita a corregir inequidades de género en salud sexual y reproductiva, facilitando procesos de empoderamiento y la protección especial de la salud de las mujeres.
4. Cumplir con los criterios de calidad desde la perspectiva de la forma de provisión, de las personas atendidas, de las/os proveedoras/es y del manejo de los insumos anticonceptivos.
5. Los proveedores de servicios de regulación de la fertilidad deben realizar la orientación y consejería, la entrega o inserción de un método anticonceptivo y los procedimientos quirúrgicos destinados a evitar embarazos, de acuerdo a las normas establecidas en este documento, el que se basa en los Criterios Médicos de Elegibilidad y las Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud.
6. Considerar en la provisión de servicios las particularidades de la anticoncepción en adolescentes, en mujeres después de los 35 años, en el período post-parto, en el período post-aborto, y en personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH / SIDA.

7. Instalar en forma intencionada, modalidades de provisión de servicios que incentiven la participación de los hombres en la prevención de embarazos no deseados.
8. Priorizar esfuerzos y recursos en la atención de los grupos de población con menores recursos económicos, cognitivos y sociales, para proteger su ejercicio del derecho a una maternidad y paternidad intencionada y responsable.
9. Contar con mecanismos participativos expeditos para incorporar la opinión, sugerencias, quejas y demandas de las personas usuarias.
10. Proporcionar a las personas que son atendidas, información para mejorar y mantener su salud y contar con procedimientos expeditos para derivarlas a otros servicios preventivos, o para el tratamiento de patologías detectadas, sea en el ámbito sexual y reproductivo o en cualquier otro.

Sección A:

Política y Programas de Regulación de la Fertilidad en Chile

1. Antecedentes
2. Incorporación de la Planificación Familiar en las Políticas de Salud Pública
3. Impacto de las actividades de Regulación de la Fertilidad en Chile
4. Proyecciones

1. Antecedentes

El hito más importante para atención de la salud reproductiva de las mujeres en Chile ha sido la creación, en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS)¹, época en que los principales problemas de salud correspondían al área materno - infantil. Sin embargo, al inicio de la década de los 60, la mortalidad materna y en especial, la mortalidad por aborto, continuaba siendo elevada, causando alrededor del 35 a 40% de todas las muertes maternas.

En 1962, el Dr. Gustavo Fricke, entonces Director General del SNS, convocó a una Comisión Asesora en Política de Regulación de la Fecundidad, cuyo objetivo fue el de elaborar estrategias para reducir la alta incidencia de abortos inducidos y sus complicaciones y disminuir el alto costo asociado a su tratamiento. Al mismo tiempo, un grupo de médicos, académicos

y clínicos, promovió una iniciativa para enfrentar la llamada “epidemia” del aborto provocado. Así, ese mismo año, crearon la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA), afiliada luego a la International Planned Parenthood Federation (IPPF) para prestar asesoría al Ministerio de Salud en el desarrollo de las actividades de Planificación Familiar.

Simultáneamente, se acumulaba evidencia de que no era suficiente atender bien cada embarazo y cada parto: las mujeres necesitan tiempo entre un embarazo y el siguiente para recuperarse física y psicológicamente. El abordaje de ambos problemas, la mortalidad por aborto provocado y la prolongación del intervalo entre los partos, requiere que las personas tengan acceso a la información y los métodos que les permitan decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.

¹ Institución que organizó la atención de la salud en Chile (Ley 10.383, 10 Agosto 1952)

2. Incorporación de la Planificación Familiar a las Políticas de Salud Pública

En 1964, durante el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, siendo Director General del SNS el Dr. Francisco Mardones Restat y basándose en la recomendación de la mencionada Comisión Asesora, se formuló la primera Política de Planificación Familiar del Gobierno de Chile como un componente de las actividades de protección de la salud materno-infantil.

El objetivo de esta política era “reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras”... “garantizando el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad”. A pesar de la resistencia de sectores conservadores, el SNS inició, en 1965, las actividades de regulación de la fertilidad. Los principios que regían el Plan de Regulación de la Natalidad fueron dados a conocer a todo el país en Septiembre de 1966. En 1967 se formuló la Política de Población y de Salud Pública, la que ha regido desde entonces las actividades de regulación de la fertilidad en el país. Sus objetivos fundacionales fueron:

En 1967 se realizó en Santiago la Octava Conferencia Internacional de Planificación de la Familia, bajo el lema “Paternidad conciente: deber y derecho humano”. En su saludo, el Presidente de la República señaló que no era posible eludir el problema de la explosión demográfica: “...problema que es necesario no sólo estudiar sino que resolver y afrontar con valor... que no sólo afecta a cada familia y a cada Estado, sino que es un problema que afecta a la humanidad entera”.

En 1968 se firmó un convenio entre el SNS y APROFA “... con el objeto de regularizar y establecer sobre bases legales un programa cooperativo de regulación de la natalidad en todo el territorio nacional”, el que fue actualizado en 1991. APROFA actuó como intermediario en la donación de insumos anticonceptivos provenientes de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) hasta el año 1990. APROFA ha sido, además, un importante agente capacitador de matronas y médicos en la prescripción y control de los

- Reducir la tasa de Mortalidad Materna relacionada, en gran medida, con el aborto provocado clandestino.
- Reducir la tasa de Mortalidad Infantil relacionada con el bajo nivel de vida en sectores de población de alta fecundidad.
- Promover el bienestar de la familia, favoreciendo una procreación responsable que permitiese, a través de la información adecuada, el ejercicio y el derecho a una paternidad conciente.

métodos anticonceptivos que se entregan en el sistema público de salud.

En Octubre de 1976, por Resolución del SNS, se aprueba la norma sobre Encargo de Acciones de Regulación de Fecundidad, que autoriza a las profesionales Matronas, capacitadas por APROFA, para la prescripción de los métodos anticonceptivos. Esta medida respondió a la escasez de médicos para satisfacer la creciente demanda de servicios de regulación de natalidad, reconociendo la excelente calidad de la formación profesional de las matronas.

En 1990, durante el gobierno de Don Patricio Aylwin, primer gobierno democrático que sucedió a la dictadura, se formularon las Bases para una Política de Planificación Familiar. En ella, "... el Gobierno de Chile reconoce el beneficio que logra la población con las actividades de Planificación Familiar, permitiéndole tener el número de hijos con el espaciamiento y oportunidad deseada. Por esta razón, se mantiene el apoyo a las actividades de Planificación Familiar en pro del logro de una adecuada salud reproductiva integral". De esta manera se hizo explícito el respaldo político a estas actividades, cuyos objetivos continuaban siendo promover la salud de las mujeres y los niños y reducir la mortalidad materna e infantil asociada a la alta fecundidad.

El Programa de Salud Materna y Perinatal formulado en 1991 incluye entre sus actividades básicas el Control de Paternidad Responsable: "...es la atención proporcionada a la mujer o a la pareja en edad fértil (entre 15 y 49 años) que desea controlar su fecundidad".

En Septiembre de 1995, la USAID puso término a la donación de insumos anticonceptivos por considerar que Chile no era ya un país prioritario para recibir esta ayuda dada su estabilidad política y económica y su satisfactoria situación de salud materno-infantil. Desde entonces, la compra de anticonceptivos se realiza con

fondos públicos, a través de la Central de Abastecimiento, organismo autónomo del Ministerio de Salud y en función de las necesidades de estos insumos estimadas por cada uno de los 28 Servicios de Salud del país.

En 1997, la Salud Sexual y Reproductiva fue definida como una de las 16 prioridades de salud para el país y en el Programa de Salud de la Mujer, continuador del anterior, dicha actividad pasó a llamarse Control de Regulación de Fecundidad: "...atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad".

También en 1997, reconociendo el rol fundamental de las matronas en la regulación de la fertilidad, la Ley Nº 19.536 modificó el Código Sanitario para que la planificación familiar dejase de ser una "función delegada", pasando a ser una "función propia" de la matrona. En la actualidad, estas profesionales realizan más del 90% de las actividades preventivas dirigidas a las mujeres en los establecimientos de atención primaria del sistema público.

Las actividades de regulación de la fertilidad han tenido desde su inicio cobertura nacional para toda la población beneficiaria legal - establecida por la ley 18.469 sobre atenciones de salud - sin restricciones de acceso, y su provisión se ha realizado en los establecimientos dependientes del SNS, reemplazado a partir de 1979 por el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

La población, y particularmente las mujeres, han hecho uso y valorado el acceso a la atención para controlar su fertilidad desde el inicio de las actividades de planificación familiar. En el periodo 1989-1990, una encuesta realizada por APROFA² en una muestra nacional de 1400 mujeres en edad fértil de residencia urbana y rural, reportó una prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos del 55.6% en las mujeres de la muestra

urbana, y del 53.6% para las mujeres de la muestra rural. Del total de usuarias, cerca de la mitad utilizada un dispositivo intra uterino (DIU). El uso de anticonceptivos orales era ligeramente mayor en la población urbana (26%) que en la rural (22%), y la esterilización quirúrgica era más usada por las mujeres de zonas rurales (17%) que las de zonas urbanas (10%).

La población de usuarias de anticonceptivos bajo control en establecimientos del SNSS continúa creciendo. Pasó de 600.374 mujeres en 1990 a 1.087.743 en el año 2004 siendo este importante aumento (81%) atribuible principalmente a una mayor demanda espontánea de parte de la población.

La Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000 (Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Estadística), aplicada a una muestra nacional de hogares, con representación regional y de población urbana y rural, mostró que la media de fecundidad deseada o número ideal de hijos para una familia, es de 2,76. El 52.5% de la población declaró no usar ningún método para posponer el embarazo, en un 83.8% de los casos, porque “no lo necesita”. El 53.8% de quienes usaban algún método anticonceptivo, lo obtenía en el sistema público de salud, el 23.8% en el sistema privado y el 18.1% restante, directamente en las farmacias.

3. Impacto de las Actividades de Regulación de la Fertilidad

Las políticas de salud pública desarrolladas en los últimos 50 años, especialmente la de regulación de la fertilidad, son, en gran medida, responsables del excelente nivel actual de los indicadores tradicionales de salud materno-infantil en Chile. Se han reducido en forma importante los egresos hospitalarios por aborto inducido y la tasa de mortalidad materna por aborto. En 1964, la tasa de Mortalidad Materna, era de 118 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, de 66 en 1970 y solo de 20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2000.

El impacto demográfico de las actividades de planificación familiar ha sido también notable. La tasa de fecundidad disminuyó, entre los quinquenios 1960 - 1965 y 1995 - 2000, en todos los grupos de edad. En las mujeres mayores de 30 años, esta reducción fue de

un 60%. Entre los años 1983 y 2003³, la tasa global de fecundidad, que era de 2.5 hijos por mujer en 1983, disminuyó a 1.9 hijos por mujer en el año 2003, con una reducción de un 24,0%. Sin embargo, la disminución de la tasa en las mujeres menores de 19 años ha sido menor que en el resto de los grupos de edad, situación que explica que las mujeres menores de 20 años hayan aumentado su participación relativa en la fecundidad total. La alta fecundidad en la población adolescente – el 16.2 % de los nacimientos en el año 2000 correspondió a madres menores de 20 años – está relacionada, principalmente, con el acceso restringido que tiene este grupo etario a educación sexual y a servicios de regulación de fertilidad.

En síntesis, la historia de la Planificación Familiar en Chile y su impacto, se sustenta en cuatro pilares:

- La decisión política de todos los gobiernos durante los últimos 40 años, de iniciar y mantener las actividades de regulación de fertilidad. Hoy, su respaldo financiero en el presupuesto fiscal asegura la sustentabilidad de estas actividades.
- La institucionalización y persistencia, durante los últimos 50 años, de un sistema de salud pública de alcance y cobertura nacional.
- La existencia de profesionales con gran capacidad técnica y compromiso con la atención de las mujeres, especialmente las matronas en el nivel primario de atención.
- El nivel cultural alcanzado por la población y su confianza en las acciones que desarrolla la autoridad sanitaria.

4. Proyecciones

El reforzamiento de las políticas destinadas a ofrecer a la población una atención de salud de alta calidad y pertinencia deberá permitir que, efectivamente, cada persona tenga la posibilidad de ejercer su derecho a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos y a alcanzar y mantener un óptimo nivel de salud sexual y reproductiva.

Este desafío responde a la obligación del Estado, no sólo de dar continuidad a una política sanitaria de alto impacto, sino también de avanzar en el logro de los compromisos internacionales suscritos por el país y con los Objetivos Sanitarios nacionales para la década, de implementar la nueva legislación sanitaria, de modernizar la gestión pública y también en el imperativo ético de responder a las aspiraciones de la sociedad civil en este ámbito.

Compromisos Internacionales Suscritos

Los principales instrumentos internacionales que el país ha suscrito y que comprometen al Estado a entregar servicios de control de la fertilidad a la población son los siguientes:

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), reemplazó el concepto de control demográfico del crecimiento de la población por el concepto de Salud Sexual y Reproductiva.

- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), ratifica el concepto de SSR aprobado en El Cairo.
- Las "Metas para el Milenio" (Naciones Unidas, 2000), que comprometen a erradicar la extrema pobreza y el hambre, educación universal, empoderamiento de la mujer y equidad de género, reducir la mortalidad infantil y materna, y combatir el VIH/SIDA. Como expresión de la importancia que otorga a estas metas, en relación a la Salud Materna, el Estado de Chile ha añadido a los indicadores propuestos, dos indicadores complementarios: Reducir en un 45% el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 19 años y Aumentar la cobertura de métodos anticonceptivos para mujeres en edad fértil, hasta alcanzar al 60% de las beneficiarias del sistema público de salud.
- Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Mundial de la Salud del año 2002, la cual declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.

Objetivos Sanitarios Nacionales para la Década 2000 – 2010

Uno de estos objetivos, definidos como orientación básica para el proceso de reforma sectorial, es el de continuar disminuyendo la Mortalidad Materna

mediante la reducción de los embarazos no deseados y de alto riesgo. Para lograrlo, es necesario disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real y focalizar acciones en la población adolescente y en sectores de población con menores ingresos.

Otro de los objetivos es proveer servicios que respondan a las expectativas legítimas de la población. En este sentido⁴ una de las expectativas de la población usuaria es recibir una atención que se centre y solucione, en lo posible, el motivo de consulta y que sea informada, delicada, deferente, amable, profesional, completa y oportuna.

La Reforma Sanitaria

Las nuevas leyes que rigen el sistema sanitario -además de establecer un conjunto de garantías explícitas- promueven un modelo de atención integral, cercano y centrado en las personas. Implementarlas, haciendo realidad la reforma sectorial, es a la vez un desafío y una oportunidad para enriquecer la atención en base al concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Esto significa considerar la sexualidad como un ámbito de la calidad de vida de las personas, las familias y la sociedad, reconociendo y respetando los derechos reproductivos individuales.

Esta nueva perspectiva requiere, no sólo de una forma distinta de proveer y organizar los servicios sino también de entender la atención de salud como una orientación y acompañamiento, más que como una mera indicación o prescripción de un medicamento. Esto implica un cambio de actitud de parte de quienes otorgan y quienes reciben estos servicios. Las presentes Normas para la regulación de la fertilidad pretenden ser un aporte en este sentido.

4 "Feedback Consultores" estudio cualitativo, año 2000

Modernización de la Gestión Pública

Como parte del proceso de modernización del Estado, todos los servicios públicos y ministerios comprometen y desarrollan Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG); uno de ellos es el de implementar el "Enfoque de Género" en la gestión. El MINSAL desarrolla este PMG desde el año 2002. La reorientación y refuerzo de la atención orientada al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a través de la regulación voluntaria de la fertilidad, ha sido un componente muy importante de este Plan desde su inicio dado que la salud sexual y reproductiva es uno de los ámbitos en que las desigualdades e injusticias de género se expresan con mayor fuerza.

Compromiso con la Sociedad Civil:

En Chile existe un número importante de organizaciones e instituciones vinculadas a la investigación, a la docencia superior, a la provisión de servicios, a la difusión de derechos, etc. que expresan la importancia que la sociedad otorga a este aspecto de la vida de las personas, y que han jugado y juegan un rol relevante en la gestión de iniciativas legislativas y en la generación y seguimiento de programas y servicios. El Ministerio de Salud ha venido desarrollando un trabajo en conjunto con representantes de organizaciones de la sociedad civil y personas interesadas y expertas en Salud Sexual y Reproductiva y valora el significativo rol que juegan en el desarrollo de políticas y en el control social de su implementación.

La elaboración de las presentes Normas es un ejemplo de esta colaboración y es interés de este Ministerio el reforzar, ampliar y resguardar espacios efectivos de participación también en su implementación, seguimiento y evaluación.

Sección B:

MARCO CONCEPTUAL

El Ministerio de Salud ha asumido, para la definición de sus políticas de regulación de la fertilidad, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Esto implica reconocer que para lograr un óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, decidir libremente si tener o no hijos, cuantos y cuando, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura. También implica que el proceso reproductivo culmine de modo satisfactorio, con la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la o el recién nacido, de modo que los hijos e hijas puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta.

En consecuencia, los servicios de regulación de la fertilidad, como uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva, está centrada en las personas y en sus derechos, más que en metas poblacionales o políticas. Considera a las personas como sujetos activos que participan junto a las y los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí mismas, sus parejas y sus familias. A diferencia de los servicios de atención tradicionales, abarcan un espectro más amplio de las necesidades humanas y promueven el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, inseparables de los derechos civiles, políticos y sociales.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres y parejas que tienen diferentes características biomédicas, distintos estilos de vida

y que pertenecen a entornos sociales y culturales diversos, lo que influye en sus vidas y en sus proyectos de vida. Las condiciones en que viven son dinámicas y el sistema de valores y creencias en el que están inmersos es cambiante. Están influidos por los estereotipos de género vigentes y tienen distintos niveles de conciencia sobre la influencia que éstos tienen sobre su comportamiento. En este complejo contexto se toman las decisiones respecto a las conductas sexuales y reproductivas. Para la mayoría de las personas, estas decisiones no son sencillas ya que deben considerar muchos aspectos - algunos difíciles de comprender o aceptar - y porque son decisiones con consecuencias muy significativas para la vida personal y familiar a corto y largo plazo. Por ello, es fundamental que el personal de salud involucrado en la entrega de estos servicios conozca y se sienta respaldado por los principios éticos y de derechos humanos en que se basa esta atención. De esta forma, será capaz de informar y apoyar el proceso de elegir un método anticonceptivo, en lugar de prescribirlo desde la perspectiva médica o de sus propias preferencias.

En síntesis, los servicios de Regulación de la Fertilidad son esenciales para que las personas tengan la posibilidad de alcanzar un nivel óptimo de salud sexual y reproductiva y ejercer sus derechos, y deben tener, como marco orientador de sus acciones, los imperativos éticos y los derechos de las personas, la perspectiva de género y la calidad de atención.

1. Consideraciones éticas y de derechos humanos

Las consideraciones que se presentan a continuación se basan en los principios de la bioética y en la perspectiva de los derechos humanos establecidos por la Convención de las Naciones Unidas en 1968. Los principios de la bioética orientan a quienes entregan los servicios en cada una de las acciones a realizar durante la atención a las personas. El respeto a los derechos humanos es un compromiso del Estado que debe traducirse en todas las acciones de gobierno.

Estos principios resguardan el pluralismo de la sociedad chilena, respetan las diferentes posiciones que pueden tener las personas sobre regulación de la fertilidad, así como su libertad para decidir sobre el uso o no uso de métodos anticonceptivos.

Ambas perspectivas se entrelazan a nivel de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de las personas respetando su diversidad.

1.1. Ética y Anticoncepción

Las consideraciones éticas que sustentan los servicios de regulación de la fertilidad se basan en los principios fundamentales de la bioética: beneficencia y no maleficencia, equidad y justicia, y autonomía y respeto por las persona.

Una de las razones fundamentales para ofrecer a la población servicios de regulación de la fertilidad responde a los **Principios de beneficencia y no maleficencia**: el interés por mejorar la salud las mujeres, la que puede verse afectada gravemente por el proceso reproductivo,

y por disminuir el número y prolongar el intervalo entre los hijos, mejorando así la calidad de la crianza y la salud de niños y niñas. Existe cada vez más información acerca de los efectos negativos que tienen los embarazos no deseados que se llevan a término sobre la salud física y mental de mujeres y niños. Estos embarazos son un factor de riesgo para el maltrato infantil y muchos de ellos se producen en la adolescencia, con consecuencias aún más severas para la vida de las niñas y jóvenes y para sus hijos.

Otra razón, igualmente importante, responde al **Principio de equidad y justicia**: corregir la enorme inequidad existente en la distribución del riesgo reproductivo y de los embarazos no deseados. Este riesgo se concentra en las mujeres de los países menos desarrollados y en los grupos de población más pobre de cada país. En los países más ricos, el primer embarazo se posterga, el número de hijos por mujer es menor, los intervalos entre los embarazos son más largos, la tasa de uso de anticoncepción es alta y la mortalidad por causas reproductivas es cada vez más baja. En los países más pobres, en cambio, el primer embarazo ocurre en edades tempranas, el número de hijos por mujer es mayor, los intervalos entre embarazos son más cortos, el acceso a la anticoncepción es limitado y la mortalidad por causas reproductivas continúa siendo alta.

Existe evidencia de que, en términos poblacionales, la reducción del número de hijos por mujer se asocia invariablemente a una mejor calidad de vida y de educación. Las tasas de fecundidad en los países con mayor

desarrollo socioeconómico son bajas como consecuencia del uso de métodos anticonceptivos, y en la gran mayoría de los países pobres, el control de la fertilidad forma parte de las políticas para superar la pobreza.

Por último, una razón no menos significativa para ofrecer estos servicios es responder al **Principio de autonomía y respeto por las personas**, lo que en este caso implica apoyar las decisiones libres de las personas con respecto a su sexualidad y reproducción. Este concepto se vincula a los derechos ciudadanos, y responde a una aspiración que se instala progresivamente en la población de nuestro país. La autonomía de las personas, en el contexto de una “paternidad y maternidad responsables” requiere la posibilidad de tener sólo el número de hijos que pueden querer, cuidar, mantener y educar.

Aunque estas razones o fundamentos para la entrega de servicios de regulación de la fertilidad son, desde una perspectiva ética, aceptables para la mayoría de las personas, es importante tener en cuenta que algunas religiones sostienen que no es posible separar el fin unitivo del fin reproductivo del acto sexual. Sin embargo, desde la perspectiva biológica, estos fines han estado separados naturalmente, por razones fisiológicas, desde los albores de la humanidad. En la mayoría de las especies el acto sexual está restringido a los días en que es posible la concepción, sin embargo la mujer acepta las relaciones sexuales fuera del período fértil del ciclo menstrual y durante los períodos de infertilidad asociados a la lactancia. De hecho, en las parejas humanas que tienen vida sexual regular, la mayoría de los actos sexuales ocurren cuando el fin unitivo está dissociado del fin procreativo. También es necesario tener en consideración que, en algunos grupos sociales, predomina el temor a intervenir sobre el patrón reproductivo de la especie, por lo que tienen reservas para aceptar la regulación de la fecundidad y la atención de problemas asociados a la sexualidad.

Por otro lado, los métodos disponibles para la anticoncepción difieren entre sí en su composición, eficacia anticonceptiva, forma de administración o uso, mecanismo de acción y efectos secundarios. Algunos actúan interviniendo en los procesos endocrinos que regulan la ovulación, otros interfieren con la fecundación, ya sea en forma mecánica o por cambios en la composición de las secreciones del tracto genital. Algunos dependen de sustancias exógenas y otros, de la conducta de la pareja, como los métodos de abstinencia periódica. Algunos están bajo el control directo de las personas que los usan y otros dependen de los/las proveedores/as de servicios, como los dispositivos intrauterinos, los implantes y esterilización quirúrgica. Algunos son de uso continuo, otros se usan solamente antes de un acto sexual como el preservativo y el diafragma, o después de una relación sexual no protegida.

Estas características diversas de los métodos anticonceptivos posibilitan que las personas y parejas puedan elegir el método más adecuado para ellas.

1.2. Derechos Humanos y Anticoncepción

Dos acuerdos jurídicamente vinculantes de las Naciones Unidas obligan, desde hace 40 años, al Estado chileno a “incorporar la diversidad de opciones disponibles y perspectivas valóricas en sus políticas públicas de sexualidad y reproducción”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, también de 1966, establecen derechos humanos básicos como el derecho a la salud y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, de los que se derivan los derechos sexuales y reproductivos.

En 1968, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Teherán (Resolución XVIII de la Asamblea General de las Naciones Unidas) señala que:

“Las parejas tienen el derecho humano fundamental de decidir el número y espaciamiento de sus hijos y el derecho a obtener la educación y los métodos necesarios para hacerlo”. Este principio ha sido ratificado en las diversas Conferencias Internacionales que la ONU ha realizado en materias de Población y Desarrollo, de Derechos Humanos y sobre la Mujer.

Otros instrumentos internacionales importantes sobre estas materias que comprometen a nuestro país son:

- La Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979; en Chile se ratifica en 1989, pasando a formar parte de la legislación nacional.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), en la que el concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) reemplazó el concepto de control demográfico del crecimiento de la población.
- La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), la cual ratifica el concepto de SSR aprobado en El Cairo
- La Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Mundial de la Salud 2002 que declara que “aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva, es clave para el cumplimiento de las Metas del Milenio, particularmente referidos a la disminución de la mortalidad materna e infantil y el control de la diseminación del VIH / SIDA”.

Estos acuerdos coinciden en que la anticoncepción contribuye al respeto de los derechos fundamentales de las personas:

Derecho a la vida: El uso de la anticoncepción salva la vida de las mujeres, ya que evita abortos

realizados en condiciones de riesgo y embarazos en mujeres con patologías que las exponen a graves riesgos si se embarazan. Protege la salud de las madres al prolongar el intervalo entre los embarazos. Salva vidas de niños y niñas, porque las tasas de mortalidad infantil son más altas cuando los embarazos se producen en intervalos menores de dos años.

Derecho a la libertad individual: cada persona, como individuo único e irrepetible, tiene el derecho a expresar su sexualidad y decidir su conducta reproductiva según la percepción que tiene de sí misma, de su situación de vida y de acuerdo a sus principios y valores. El uso de anticoncepción apoya el ejercicio de este derecho.

Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión: una sociedad pluralista, en la que conviven personas con diferentes valores y creencias religiosas que requieren respeto y tolerancia, no impone el uso de ningún método anticonceptivo. Por el contrario, se adecua a la diversidad de pensamiento, conciencia y religión de las personas que los utilizan y no pretende influir tampoco en la decisión de no usar un método. Por otra parte, el personal de salud tiene también derecho a considerar que el mecanismo de acción de alguno de los métodos pudiera no ser aceptable para ellas/os. Esta “objeción de conciencia” los obliga, desde el punto de vista ético, a derivar a quién solicita ese método a otro profesional que no tenga esta objeción, asegurándose que la persona es atendida y puede ejercer sus derechos..

Derecho a formar una familia, tener hijos o no tenerlos: la anticoncepción responde al ejercicio de este derecho, ligado al concepto de maternidad y paternidad voluntaria y responsable, aceptando las distintas concepciones de lo que es una familia y las diferentes posiciones respecto al ejercicio de la sexualidad desligada de la reproducción. El personal de salud debe atender a quienes solicitan anticoncepción

sin anteponer sus propias concepciones y posiciones en estos aspectos.

Derecho al cuidado de la salud: la anticoncepción contribuye a proteger, preservar y promover la propia salud, permitiendo a las personas evitar embarazos no deseados o de alto riesgo. El ejercicio de este derecho implica que las personas tengan acceso a información acerca de las alternativas anticonceptivas existentes, a fin de elegir la más conveniente y segura desde el punto de vista biomédico y de sus valores personales, y a la evaluación de los efectos secundarios mientras utilizan un método anticonceptivo. Para asegurarlo, se requiere de idoneidad técnica en los/las proveedores/as del servicio y de instalaciones adecuadas.

Derecho a la información y educación: las personas que solicitan anticoncepción deben recibir del personal de los servicios información actualizada sobre fisiología reproductiva y acerca de los métodos anticonceptivos. Esta información debe ser la más pertinente y relevante, ser suficiente y acompañarse de la orientación necesaria para que cada persona tome sus propias decisiones.

Derecho a la privacidad y confidencialidad: el documento sobre Población y Salud Reproductiva de la OPS/OMS en 1995 precisa que “La preservación de la intimidad y la privacidad de los individuos, así como el favorecer la autonomía y el proceso de la toma de decisiones, resultan básicos para quienes trabajan en los temas de salud sexual y reproductiva”. Por ello, la atención debe realizarse en un ambiente privado, asegurando a quien consulta que la información que entrega es confidencial. Sin embargo, es importante tener en cuenta que una atención realizada con la presencia de ambos miembros de la pareja puede, en algunos casos, limitar la libre expresión de una persona. En las relaciones de pareja existen distintos grados de dependencia afectiva, social y económica en la relación, especialmente para las mujeres, y puede existir violencia intrafamiliar que lleva a

que una mujer no quiera expresar en presencia de quien la arremete, o información personal que no se desea compartir como, por ejemplo, otras parejas sexuales.

Derecho a la equidad y a la dignidad: la anticoncepción requiere ser decidida por la o el usuario, en el marco de una relación de respeto mutuo con la o el prestador de salud, sin ningún tipo de discriminación.

Derecho a los beneficios del progreso científico: las y los profesionales de la salud deben guiarse por estándares derivados de la evidencia científica más actual y la organización y gestión de los servicios para la atención en regulación de la fertilidad deben estar basados también en la evidencia proveniente de la investigación en este ámbito. No deben usarse fármacos o procedimientos que no sean la alternativa más eficaz y segura, o que no cumplan con los estándares de seguridad y eficacia deseables. Respetando este derecho, los contenidos de estas Normas de Regulación de la Fertilidad se ajustan a la evidencia científica más reciente y a los últimos acuerdos internacionales en materia de manejo clínico de la anticoncepción.

Derecho a vivir libre de maltrato o tortura: la tecnología anticonceptiva evita el aborto y sus consecuencias físicas, psicosociales y legales, que equivalen a una forma grave de maltrato. Pero, además, no puede entregarse en condiciones (físicas, de horario, trato, etc.) que impliquen alguna forma de maltrato psicológico o físico.

1.3. Conclusiones

Existe amplio consenso en que la regulación de la fertilidad beneficia a las personas y a la población, en la medida en que protege el derecho a la vida y la salud, apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción y el derecho de los hijos e hijas a nacer siendo deseados. Que resguarda la libertad de conciencia de las personas para decidir

utilizar o no algún método anticonceptivo, a partir de sus valores personales. Que cumple el principio de no-maleficencia en la medida en que los y las proveedores/as de servicios de anticoncepción posean información actualizada acerca de las condiciones más seguras para el uso de cada método disponible. Que es consecuente con el principio de equidad y justicia cuando los servicios son accesibles a todas las personas, sin discriminación y cuando las autoridades de estos servicios, sean públicos o privados, se responsabilizan

de facilitar y supervisar que esta condición se cumpla.

Al Estado le corresponde, en sus políticas públicas de sexualidad y reproducción, resguardar los derechos de la población, incorporando la diversidad de opciones disponibles y perspectivas valóricas. En consecuencia, la preocupación ciudadana y el control social sobre la regulación de la fertilidad debieran estar centrada en que los servicios ofrecidos cumplan efectivamente con los principios de la bioética y con el respeto de los derechos de las personas.

2. Consideraciones de Género

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como género “la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual”.

La definición de los comportamientos y roles de género es una construcción propia de cada sociedad y cada cultura. Es la forma particular de cada una de ellas de establecer lo que es “natural” para cada sexo y definir lo que es propiamente “femenino” y “masculino”. La identidad como hombres y mujeres se desarrolla influenciada por los modelos que ofrecen la familia, la escuela, las instituciones, los medios de comunicación, el lenguaje, el arte, los mitos y las religiones. El grupo social espera y presiona a que hombres y mujeres sean y actúen de acuerdo a la definición de roles que ha creado para el género masculino o femenino. En el marco de modelos con rasgos comunes, la heterogeneidad social explica las diferencias que se dan en comportamientos y roles de género según estrato social, nivel socioeconómico, etnia e incluso a lo largo de la vida de las personas.

Existe una diferente valoración social de las funciones asignadas a mujeres y hombres. En general, las mujeres se ven sometidas a una carga de tareas reproductivas, productivas y de servicio por las que reciben escaso reconocimiento y muy poco o ningún beneficio económico. Como consecuencia, las mujeres tienen menos tiempo para dedicar a su propio desarrollo y bienestar, para reflexionar y crear, y disfrutan de menos libertad que los hombres. Sin embargo, al estar

determinados por aspectos socioculturales cambiantes, los roles asignados a cada género han cambiado a lo largo de la historia. Actualmente, principalmente gracias al acceso masivo de las mujeres a la educación y a la posibilidad de regular la fertilidad, las funciones reproductivas ocupan una proporción menor de tiempo en sus vidas y son cada vez más reconocidas por su trabajo productivo y su aporte social.

La “perspectiva o enfoque de género” es un marco de análisis de las relaciones sociales que estudia los roles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades de hombres y mujeres en una sociedad determinada. Se centra, fundamentalmente, en el análisis de las relaciones de poder que se dan entre hombres y mujeres y que colocan a la mujer, en la mayoría de los grupos humanos, en una posición de inferioridad y subordinación en relación al hombre. Este enfoque permite analizar, como parte del diseño y seguimiento de políticas, programas y proyectos, el distinto impacto que puedan tener en mujeres y hombres, lo que es particularmente relevante en el ámbito de la salud.

Considerar las diferencias y superar las desigualdades de género es muy importante para el bienestar y desarrollo de la humanidad. Entre otros, el principio N° 4 del Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, 1994 señala: “El avance en la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres, y la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres, y el asegurar las capacidades de las mujeres

de controlar su propia fecundidad, son los pilares de los programas de población y de los programas relacionados con el desarrollo”.

En 1989, el Estado de Chile ratificó, pasando así a formar parte de nuestra legislación, la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. Asimismo, se ha comprometido a “avanzar en el empoderamiento de la mujer y equidad de género” como una de las Metas para el Milenio⁵, y se ha hecho parte de los instrumentos que los organismos internacionales proponen para hacer realidad la superación de las inequidades de género⁶.

2.1. Género y Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) es uno de los ámbitos en los que se expresan con mayor fuerza las desigualdades e inequidades de género. Por esto, el diseño y la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva deben considerar, junto a los aspectos biomédicos, la forma de vivir que caracterizan y diferencian a mujeres y hombres en las distintas etapas de sus vidas.

Las mujeres asumen todo el costo biológico y gran parte del costo social de la reproducción y, sin embargo, tienen menor control que los hombres sobre las decisiones que involucra el ejercicio de la sexualidad. Las mujeres enfrentan los riesgos que tienen, para su salud y su vida, los embarazos, abortos y partos y hoy sufren, mayoritariamente, los eventuales problemas asociados

al uso de un método anticonceptivo. Los hombres tienen más posibilidades de desentenderse de la crianza y el cuidado de los hijos, y son objeto de mucha menor censura social que cuando esa conducta se da en las mujeres. Expresión de esta desigualdad es la frecuencia con que debe intervenir el sistema judicial para imponer la co-responsabilidad del hombre respecto a los hijos, al menos en el aspecto económico.

Una alta proporción de las mujeres tiene escasa autonomía para tomar decisiones en el área de su salud sexual y reproductiva, incluyendo la regulación de la propia fertilidad. La escasa seguridad en sí mismas y el bajo nivel de autoestima son algunos de los factores que influyen en esta situación y estos están asociados a las menores oportunidades que tienen las mujeres para su desarrollo personal, y a la insuficiente información y conciencia de sus derechos. A esto se suman factores económicos – las mujeres tienen menor acceso al empleo y reciben menos salario que los hombres – que obstaculizan su disponibilidad de los recursos necesarios para implementar sus decisiones. Por lo tanto, aplicar enfoque de género en los servicios de atención de regulación de la fertilidad, del embarazo, aborto y parto y sus complicaciones es un imperativo ético hacia las mujeres que los necesitan y utilizan.

Igualmente imperativo es considerar con perspectiva de género las necesidades de los hombres en salud sexual y reproductiva. Los hombres son sujetos de su propia sexualidad y reproducción, transmiten y son infectados por enfermedades de transmisión sexual

5 *“la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, la educación universal, el empoderamiento de la mujer y equidad de género, reducir la mortalidad infantil y materna, combate del VIH/SIDA la malaria y otras enfermedades, asegurar un ambiente saludable y desarrollar una colaboración global para el desarrollo”.*

6 *El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas creó, en 1986, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Desde 1994 existe una Relatoría Especial sobre la Violencia Contra la Mujer, creada por la Comisión de Derechos humanos de la ONU. Acuerdos importantes se lograron en la Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, China, 1995; la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1990; la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993; la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, 1994; la Convención de Violencia de Belem de Pará (OEA), 1994; y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, 1995.*

(ITS). Son parejas, estables u ocasionales, de mujeres con las que pueden compartir la responsabilidad de evitar los embarazos no deseados. Son padres que asumen o pueden asumir tareas significativas en el cuidado y la crianza de sus hijos. En el ámbito público, los hombres están más presentes, por los roles de género vigentes, como comunicadores, políticos, investigadores y autoridades administrativas, civiles y religiosas. También son prestadores de servicios de salud y educación. Las decisiones y conductas de los hombres afectan la vida de las mujeres, contribuyendo a mantener la inequidad de género, o a superarla.

El análisis de género en salud permite responder –e incorporar las respuestas en la definición de los criterios de priorización técnica y política y en el diseño y provisión de los servicios- a interrogantes como las siguientes:

- ¿Por que las mujeres son, en todos los grupos sociales, las encargadas, habitualmente exclusivas, de la crianza, de regular la fertilidad y de atender la mayoría de las necesidades básicas del grupo familiar?
- ¿Cómo toman los hombres y las mujeres sus decisiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad y cómo participan sus parejas en esas decisiones?
- ¿Que significa para las mujeres y para los hombres la salud sexual y reproductiva y qué necesitan saber para adoptar medidas de auto-cuidado a fin de tener una mejor salud en esta área?
- ¿Que piensan, necesitan y desean mujeres y hombres en relación a los métodos para regular la fertilidad, para prevenir las infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH) y otros procedimientos usados en el cuidado de la salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuales son las diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a actitudes y conductas, en una consulta o control de salud?

- ¿En que medida y de que manera las características de un servicio y las actitudes su personal afectan el acceso y las decisiones de los hombres y las mujeres atendidos/as?

En síntesis, la incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud reproductiva implica asumir que la sexualidad es un componente fundamental en la identidad, bienestar y felicidad de hombres y mujeres. Que su ejercicio conlleva, durante el periodo fértil, la posibilidad de un embarazo no deseado y a lo largo de la vida, el riesgo de una infección que se transmite mediante el acto sexual. Y que una oferta de servicios de SSR y anticoncepción apropiada y de calidad, puede contribuir a que la vida sexual de las personas, particularmente la de las mujeres, sea percibida como menos riesgosa y más placentera.

2.2. Género y Regulación de la Fertilidad

Algunas de las más importantes consideraciones de género en el ámbito de la regulación de la fertilidad son las siguientes:

La posibilidad de regular la propia fertilidad tiene efectos positivos para las mujeres: menores riesgos para su salud; mayor autonomía y autoestima; cambios en la dinámica de la vida de pareja y familiar; mejor calidad de vida; mayor libertad en la expresión de la sexualidad; mejores oportunidades de educación y empleo; y mayores oportunidades de participar en la vida ciudadana.

La anticoncepción puede ser una carga para las mujeres: puede generar temor o tener efectos adversos para la salud, exige superar las dificultades de acceso e implica gasto de tiempo para obtener los servicios y, en algunos sectores, puede existir censura familiar y/o social por utilizar un método anticonceptivo.

Los roles de género asignan la anticoncepción como responsabilidad y tema de mujeres, y a los hombres les asignan una participación marginal como parejas que acompañan y no como usuarios de métodos. En la medida en que se superen estos estereotipos, será posible que la responsabilidad de regular la fertilidad sea compartida con los hombres, con la consiguiente disminución de esta carga para las mujeres.

Las relaciones entre mujeres y hombres son determinantes en la toma de decisiones sobre anticoncepción: las mujeres y los hombres pueden querer consultar con sus parejas y decidir en conjunto acerca de las opciones anticonceptivas. En estos casos, los y las proveedores/as deben entregar información apropiada a ambos directamente o en su defecto, para que ella o él la compartan. En otros casos, las personas desean tomar decisiones individualmente, sea porque no tienen pareja estable, porque no desean consultarla, porque tienen temor de compartir alguna información personal con ella, o porque sus parejas se oponen a la anticoncepción. Los y las proveedores/as deben respetar estas opciones personales, mantener la confidencialidad e informar sobre las opciones anticonceptivas que les parecen más adecuadas a esas circunstancias personales.

Las relaciones de género afectan la negociación para el uso de ciertos métodos: cuando el método elegido requiere participación masculina, como el uso del condón o la práctica de la abstinencia periódica, es necesario preguntar a la usuaria por su capacidad para negociar con su pareja para que acepte utilizarlo. Si no posee esta capacidad, pueden sugerírsele técnicas de negociación u orientarla hacia otras opciones más adecuadas a su situación. También puede ser necesario orientar a las mujeres cuando se trata de métodos anticonceptivos susceptibles de ser percibidos por el hombre como DIU, implante, o métodos de barrera femeninos.

La esterilización quirúrgica femenina y masculina es una decisión personal: la esterilización quirúrgica no requiere consentimiento de la pareja, pero es importante informar a la o el solicitante, durante la orientación previa, sobre la conveniencia de informar a su pareja, dado que la decisión puede afectar el futuro reproductivo de ambos. La vasectomía es un procedimiento más simple y económico que la esterilización femenina y debe informarse siempre como una alternativa.

La relación entre usuarias /os y proveedoras /es puede estar influenciada por factores de género: habitualmente existe una relación subordinada de la persona que consulta frente a quien le provee un servicio de salud, especialmente cuando el servicio es para regulación de la fertilidad. Las personas deben ser atendidas por proveedores/as que respeten sus decisiones, que no las induzcan o decidan por ellas y que no les prescriban lo que les parece más adecuado como proveedores/as. Por razones de género, la desigualdad de poder es mayor cuando la usuaria es una mujer y el prestador, un hombre.

El manejo de los efectos adversos puede estar influenciado por factores de género: la mayoría de los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres tienen efectos adversos, que en algunas ocasiones pueden llegar a ser muy molestos y serios. Sin embargo, los efectos adversos menos graves que presentan las mujeres con el uso de un método anticonceptivo tienden a ser ignorados o minimizados por las y los proveedoras/es: Por ejemplo, la cefalea con los métodos orales combinados y los sangrados prolongados o excesivos con los dispositivos intrauterinos y progestágenos solos. Los y las proveedores/as deben saber manejarlos oportuna y eficazmente.

La eficacia anticonceptiva de un método es esencial para las mujeres: las mujeres asumen, por razones biológicas, los riesgos de la reproducción y

también, por razones de género asumen, muchas veces solas, el cuidado de los hijos. Una falla en la eficacia del método anticonceptivo las expone a riesgos para su salud y/o altera drásticamente su proyecto de vida y el de sus familias. Por esto, la información sobre la efectividad de cada método debe ser explicada en forma clara y exhaustiva, respondiendo todas las dudas.

Las mujeres disponen de menos recursos que los hombres para financiar los servicios y los anticonceptivos: esto limita su autonomía, las hace más dependientes de sus parejas y restringe su capacidad para negociar el uso de un método. El factor económico afecta especialmente a las adolescentes de sectores socioeconómicos desfavorecidos. Esta situación debe ser considerada en forma especial en la estimación de los recursos e insumos necesarios para una población determinada.

Para los hombres, la anticoncepción significa un mayor control de su reproducción: en Chile está aumentando lentamente la participación de los hombres en la responsabilidad de regular la fertilidad, particularmente entre los jóvenes. Esto refleja lo que sucede en países más desarrollados, en los que cerca de un tercio de las parejas que recurren a un método para evitar un embarazo utilizan uno que requiere participación masculina, como la vasectomía, el preservativo masculino, abstinencia periódica y coito interrumpido. Los servicios deben incentivar y responder a este mayor interés y demanda de los hombres, acogidos y haciéndoles fácil el acceso a la información y a los métodos masculinos. La importancia de esta medida es reconocida por la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo, que señala: "El objetivo

es promover la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, así como alentar y dar a los hombres herramientas para que se hagan responsables por su comportamiento sexual y reproductivo, y por sus roles sociales y familiares".

En conclusión, la incorporación de la perspectiva de género en la provisión de servicios de regulación de la fertilidad significa ofrecer el mayor rango posible de opciones anticonceptivas seguras para las mujeres, a fin de que puedan elegir los que son aceptables para ellas, así como incentivar, facilitar y reforzar que los hombres asuman como individuos y compartan la responsabilidad de regular la fertilidad, ofreciendo prestaciones y métodos coherentes con sus características y expectativas.

SERVICIOS DE REGULACION DE FERTILIDAD PARA HOMBRES

Existe consenso de la necesidad de ampliar las actividades de regulación de fertilidad para incorporar las nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres en salud reproductiva, incluyendo la investigación de nuevos métodos que permita ampliar la oferta de anticonceptivos para hombres. Esto beneficia a los hombres y a las mujeres, permitiéndoles compartir la responsabilidad reproductiva y apoyarse recíprocamente en sus decisiones en el ámbito de la anticoncepción. En la sección D numeral 6 se abordará con mayor profundidad la anticoncepción en hombres.

3. Calidad de la Atención

La calidad de un servicio de salud sexual y reproductiva depende de la consideración de los aspectos técnicos y humanos que es preciso tener en cuenta para resguardar los derechos y satisfacer las necesidades de las personas. Involucra aspectos como la pertinencia, oportunidad y efectividad de las acciones pero, además, tiene importantes implicancias éticas y considera las percepciones y actitudes individuales y las relacionadas con la cultura y el nivel socioeconómico de cada persona que es atendida.

Para lograr una atención de alta calidad, las y los proveedoras/es y los servicios deben estar centrados en las personas y en la comunidad que atienden, respondiendo a la diversidad de los factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a los individuos y grupos humanos. Los aspectos que más influyen en la calidad son la competencia técnica y la actitud de los y las proveedores/as, la capacidad de liderazgo de las autoridades, y el modelo de gestión de los servicios. Los servicios que toman en cuenta las características y preferencias de las personas a quienes están dirigidos y se proponen explícitamente respetar su autonomía, tienen mejores resultados y mayor satisfacción y valoración de parte de las y los usuarias/os.

El acceso a servicios de alta calidad puede contribuir al empoderamiento de las mujeres en la medida que favorece que se perciban a sí mismas como sujetos de derechos. La información y orientación en salud reproductiva puede servirles para tomar decisiones con mayor libertad también en otros aspectos de su

vida. Para las parejas, recibir servicios de alta calidad puede contribuir a que mujeres y hombres aprendan a reconocer y respetar sus diferencias, a negociar las libertades de ambos, a asumir responsabilidades, y a resolver los conflictos de manera compartida.

3.1. Elementos de la calidad de atención

Desde la perspectiva de la provisión de los servicios de regulación de la fertilidad y en base a los “factores indispensables” definidos por Judith Bruce, en 1989, los requisitos para lograr la mayor calidad son los siguientes:

3.1.1. Elección libre e informada

El personal de los servicios debe proporcionar información completa, actualizada e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos, para que las personas puedan escoger aquel que les parezca más conveniente para sí mismas. Esta información debe incluir al menos: cuales son los métodos disponibles en el servicio y en otros lugares de atención, las características de cada método en relación a su eficacia, modo de uso, efectos secundarios y duración, y las razones médicas que pudieran limitar sus opciones. Debe informar, además, sobre otros aspectos de la atención y de los procedimientos que realiza el servicio en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La calidad es mayor si el servicio dispone de una gama más amplia de métodos para que las personas escojan el más adecuado para cada etapa y momento de su vida reproductiva.

3.1.2. Intercambio de información

Es imprescindible considerar la información que puede entregar la persona usuaria. La actitud de la o el prestador debe facilitar la participación activa de las personas, conociendo su situación de vida, sus opciones reproductivas, su condición de salud, su experiencia previa con métodos anticonceptivos, o con procedimientos o exámenes que deban realizarse. Cuando la persona atendida se percibe a si misma y es percibida como la protagonista de sus decisiones, podrá actuar en forma más responsable, tendrá más posibilidades de usar correctamente el método que elija, y estará más satisfecha con su decisión. Es fundamental que el intercambio de información sea permanente a lo largo del seguimiento ya que la situación personal de la mujer, hombre o pareja puede cambiar o surgir nuevas dudas o problemas.

3.1.3. Competencia técnica de las y los proveedoras/es de servicios

Las y los proveedoras/es deben dominar los conocimientos necesarios y manejar correctamente las técnicas actualizadas de todos los procedimientos que realizan. Parte importante de las competencias es manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar la información en forma óptima y mantener una comunicación efectiva, esencial para que quien consulta comprenda la información en que apoya su proceso de toma de decisión. Por ejemplo, la actitud de interés por las necesidades de la persona, la habilidad para escuchar y la capacidad de expresarse en forma clara, apoyándose en material educativo y comprobando si la información ha sido comprendida. Las y los profesionales deben ser capaces, también, de reconocer sus propias limitaciones y las situaciones en que no están preparados para entregar una ayuda efectiva, y referir a la persona a otro profesional o servicio.

3.1.4. Relación empática entre proveedoras/es y usuarios/os

El servicio debe estar organizado de manera que las personas se sientan bien frente al profesional o técnico que las atiende y se establezca entre ellas una relación cálida y respetuosa, con la debida privacidad y dedicando, en lo posible, el tiempo que cada persona necesita. Esto depende de la relación entre el número de profesionales y el número de personas a atender, las condiciones para un desplazamiento fluido en el establecimiento y el menor tiempo posible de espera. Los horarios de atención deben ser convenientes para los distintos tipos de usuarias/os: dueñas de casa, trabajadoras remuneradas, adolescentes, hombres y parejas. El recinto y las salas de atención deben estar escrupulosamente limpios.

3.1.5. Mecanismos para promover el seguimiento

El seguimiento es necesario para la continuidad en el uso de un método de anticoncepción durante todo el período en que la persona considere apropiado, respetando su decisión de cambiarlo en un control programado o en una consulta solicitada. La atención debe intencionar el interés y capacidad de las y los proveedores para promover y facilitar las consultas de seguimiento. Por ejemplo, enfatizando la importancia de la continuidad en la atención y utilizando mecanismos como correspondencia, teléfono o visitas domiciliarias para incentivar la asistencia a los controles.

3.1.6. Integralidad del Servicio:

Las actividades de regulación de la fertilidad deben formar parte de la atención de salud general y estar integradas con los servicios de cuidado prenatal, del puerperio, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, de atención ginecológica, de atención en situaciones de violencia o abuso y controles

de salud para hombres y adolescentes. La integralidad de la atención responde a un enfoque holístico de la salud y al modelo de atención que promueve la reforma sectorial, y ha demostrado que aumenta la eficiencia de los programas de salud y la satisfacción de usuarias/os y de proveedoras/es.

Una atención integral, particularmente de salud sexual y reproductiva, involucra la relación entre dos personas (prestador/a y usuario/a) y, por lo tanto, la posibilidad de tomar conocimiento de una situación de violencia o abuso. Cuando eso ocurre, debe cumplirse con las **responsabilidades que impone la ley en el ámbito de la protección de las personas frente a los delitos sexuales**. La ley ⁷ determina que las y los profesionales de salud están obligados, cuando exista evidencia física en el cuerpo de la víctima originada por actos de carácter sexual, a denunciar este posible delito⁸ - **no a la persona que está recibiendo atención, que es la presunta víctima** - a la fiscalía correspondiente. La fiscalía decidirá si iniciar o no una investigación. Una denuncia a la fiscalía, **en ningún caso limita o modifica la atención de salud que debe entregarse a la presunta víctima**.

3.2. Calidad de la atención desde la perspectiva de las y los usuarias/os

Para ser considerada de alta calidad, la atención de regulación de la fertilidad debe responder y respetar

los diez derechos que la Federación Internacional de Planificación Familiar reconoce a las y los usuarias/os:

3.2.1. Derecho a información: todas las personas en la comunidad tienen derecho a conocer los beneficios que ofrecen los servicios para ellas y sus familias.

3.2.2. Derecho a la atención: todas las personas tienen derecho a ser atendidas, independientemente de su condición social, situación económica, edad, estado civil, creencias, origen étnico o cualquier otra característica.

3.2.3. Derecho a elección: las personas tienen derecho a decidir libremente si desean o no utilizar los servicios, y la libertad para elegir los métodos que desean usar. Los y las proveedores/as deben ayudarles en esta elección libre e informada, dando información imparcial, educación y orientación. Solo cuando existen razones médicas significativas para insistir en una opción determinada, el equipo de salud tiene la responsabilidad de orientar en esa dirección.

3.2.4. Derecho a la seguridad: las personas tienen el derecho a preservar su salud mientras usan un método anticonceptivo. La seguridad es un componente de la calidad de la atención y requiere de instalaciones adecuadas e idoneidad técnica de los y las proveedores/as del servicio.

3.2.5. Derecho a la privacidad: las personas tienen derecho a analizar sus necesidades y preocupaciones en un ambiente en que sientan confianza y se encuentren cómodas, donde la

⁷ Ley ° 19.927 referidas al Título VII "Crímenes y Delitos Contra el Orden de las Familias, Contra la Moralidad Pública y Contra la Integridad Sexual"

⁸ Debe informarse al fiscal cuando se confirma un embarazo en una niña menor de 14 años, cuando un niño o niña menor de 14 años ha sido objeto de actos significación sexual y cuando en una persona de cualquier edad ha existido acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal mediante abuso de una anomalía o perturbación mental, abuso de una relación de dependencia de la víctima, abuso del grave desamparo en que se encuentra la víctima o por engaño a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.

conversación no sea escuchada por terceros. El examen físico, cuando es necesario, debe realizarse en condiciones de privacidad, salvo la presencia de un segundo profesional o técnico del propio servicio. Cuando sea necesario hacer un examen físico, este debe realizarse en condiciones de privacidad.

3.2.6. Derecho a la confidencialidad: debe asegurarse a las personas que consultan que no se comunicará a otros, sin su consentimiento, la información que entregue ni otro detalle de la atención recibida, lo que es especialmente importante para las y los adolescentes.

3.2.7. Derecho a la dignidad: las y los usuarias/os debe ser tratados con cortesía, consideración y respeto por su dignidad, sea cual sea su nivel de educación, condición social u otra característica que pueda diferenciarles o hacerlos vulnerables. Para las y los usuarias/os, la calidad en la atención significa “ser tratadas/os como personas”.

3.2.8. Derecho a la comodidad: debe procurarse que el lugar de atención tenga buena ventilación, iluminación, asientos y servicios higiénicos limpios; que el tiempo de estadía en el centro de atención sea razonable y en relación al servicio solicitado.

3.2.9. Derecho a la continuidad del seguimiento: los servicios deben estar disponibles durante todo el tiempo que las personas los necesiten y no deben discontinuarse sino por una decisión conjunta del/la proveedor/a y la/el usuaria/o.

3.2.10. Derecho de opinión sobre la calidad del servicio que reciben: los servicios deben contar con un procedimiento explícito que permita a las y los usuarias/os expresar su opinión sobre la calidad del servicio recibido. Sus opiniones y sugerencias deben tomarse en cuenta de forma positiva para mejorar la calidad del servicio.

3.3. Calidad desde la perspectiva de las y los proveedoras/es de servicios

De las personas que proveen los servicios depende, en gran medida, la calidad de la atención que reciben las y los usuarias/os. Por lo tanto, además de la competencia técnica, la experiencia laboral, la disponibilidad de los insumos, es fundamental tener en cuenta sus valores y actitudes frente a las situaciones que deben enfrentar durante la atención, así como sus necesidades personales y profesionales. La Federación Internacional de Planificación Familiar ha propuesto que se deben satisfacer las siguientes necesidades de las y los proveedoras/es:

3.3.1. Capacitación:

Las y los proveedoras/es de servicios deben tener acceso a los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las acciones requeridas. Su capacitación debe incluir todos los aspectos técnicos; las habilidades de comunicación - necesarias para que el/la proveedor/a comprenda y se haga cargo de la situación de la persona que consulta - y la perspectiva de género. Esto último es esencial para que brinden apoyo, información y servicios que tomen en cuenta las diferencias, desigualdades e inequidades que existen entre mujeres y hombres y sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva.

3.3.2. Información:

Las y los proveedoras/es deben estar informados sobre todos los asuntos relacionados con sus funciones. Como no trabajan aisladamente, podrán realizar sus tareas en forma más eficiente si conocen también el trabajo de sus compañeros/as en el mismo servicio y en otras áreas del establecimiento.

3.3.3. Infraestructura y organización:

Necesitan contar con la infraestructura física y la organización apropiadas para ofrecer servicios de alta calidad.

3.3.4. Insumos:

Necesitan suministro continuo y confiable de

los insumos necesarios. Este debe incluir los métodos anticonceptivos, material educativo, instrumental y equipos.

3.3.5. Orientación:

Necesitan orientación clara, pertinente y objetiva, que refuerce su compromiso y competencia para ofrecer servicios de buena calidad, mediante normas, guías, protocolos, etc. y de una supervisión técnicamente correcta, que les refuerce en sus logros y les apoye en la corrección de sus deficiencias.

3.3.6. Apoyo y asesoría:

Para sentirse más seguros/as y ser más efectivas/os en el proceso de atención, las y los prestadoras/es necesitan hacer consultas, pedir apoyo técnico, o referir a otro u otra profesional del mismo servicio o de otro nivel de atención. Deben asegurarse los mecanismos que favorezcan el apoyo que pueden prestarse las distintas unidades de trabajo entre sí.

3.3.7. Respeto:

Las y los proveedoras/es necesitan reconocimiento de su idoneidad y capacidad profesional y consideración a sus necesidades personales. Necesitan contar con el apoyo del servicio para ganarse el respeto de sus usuarios, por lo que deben evitarse conductas, como críticas o amonestaciones en público, que puedan afectar negativamente su imagen.

3.3.8. Estímulo:

Necesitan ser estimuladas/os a desarrollar su potencial profesional y creatividad, para trabajar en forma autónoma, de acuerdo a las capacidades de cada cual. Necesitan estímulo a su compromiso personal con la calidad del servicio, que es el elemento más importante para obtenerla.

3.3.9. Retroalimentación y evaluación:

Necesitan retroalimentación periódica y regular, positiva y constructiva, en cuanto a su competencia y sus actitudes, de acuerdo a la evaluación hecha por otros. Esta información les ayuda a mejorar su desempeño. Es útil

que en esta retroalimentación participen especialmente las y los usuarios/os y todas las personas involucradas, incluyendo directivos, administradores, supervisores y otros prestadores y prestadoras.

3.3.10. Expresión de opiniones:

Necesitan expresar sus opiniones en cuanto a la calidad y la eficiencia del servicio. Deben ser escuchados por las autoridades y tomadas en cuenta sus opiniones al tomar decisiones de gestión o administrativas.

Finalmente, es fundamental considerar la responsabilidad que las **Autoridades Sanitarias, los Directivos de los Servicios de Salud y los directivos de Establecimientos de Salud y Servicios Clínicos** tienen en la calidad de la atención de las actividades de regulación de la fertilidad. De las autoridades y directivos depende la asignación de los recursos (humanos, financieros, de infraestructura) que son determinantes para entregar una atención de alta calidad en regulación de fertilidad. También influyen sus actitudes y disposición ya que son responsables de la definición de los objetivos y metas del servicio, de la administración de los recursos, de la organización, gestión y evaluación de los servicios, y dado que ejercen liderazgo en el personal, generando un "estilo" de atención.

Por eso, es importante que autoridades y directivos estén informados, interesados y familiarizados con las características y necesidades de la comunidad a la que sirven y que prioricen las necesidades más urgentes e importantes, en conjunto con el personal y con la población y que coordinen el trabajo con otros servicios.

Deben considerar, así mismo, las características y necesidades del personal e implementar formas de estimular y reforzar las actitudes positivas así como procedimientos para identificar y eliminar las barreras organizacionales y personales que pudieran interferir con la calidad de la atención. Deben estimular todas las

formas de mejorar la calidad de la atención, muchas de las cuales no involucran mayores recursos. Por ejemplo, actividades informativas y educativas grupales, orientar acerca de otros servicios donde pueden encontrar lo que desean o necesitan, usar la creatividad personal para mejorar el servicio, y hacerse cargo de la necesidad del personal de actualizar sus conocimientos.

Finalmente, deben dar importancia a la evaluación de la calidad de atención en los servicios. Realizar diagnósticos periódicos de permiten identificar cuáles son los elementos positivos y negativos relevantes. Es útil que las y los mismos proveedoras/es y autoridades diseñen herramientas propias para esta evaluación y acorde con las necesidades y expectativas de usuarias y usuarios.

ORIENTACION EN REGULACION DE LA FERTILIDAD

Su objetivo es brindar información y apoyo a mujeres, hombres y parejas para que puedan tomar decisiones personales, libres e informadas sobre los métodos anticonceptivos y sobre otros aspectos de su salud sexual y reproductiva. Una orientación adecuada implica lograr una comunicación efectiva y bidireccional entre el/la orientador/a y la/el usuaria/o.

Beneficios de la orientación:

- Ayuda a las personas a tomar decisiones personales, libres e informadas.
- Aumenta los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos y sus características
- Aumenta la satisfacción de la/el usuaria/o.
- Aumenta la posibilidad que la/el usuaria/o use en forma correcta el método elegido.
- Mejora la tolerancia a los efectos colaterales.
- Incrementa las tasas de continuidad de uso de los métodos anticonceptivos.
- Respeta la libertad de cambiar de método anticonceptivo.
- Entrega información acerca del método elegido y contribuye a que las personas utilicen la información según sus propias circunstancias y necesidades.
- Mejora la calidad y la adhesión a los programas de regulación de la fertilidad.
- Mejora el prestigio de las actividades.

Las y los orientadoras/es son responsables de:

- Identificar las metas reproductivas de las y los usuarias/os.
- Detectar y calificar los factores de riesgo para el uso de cada método anticonceptivo.
- Identificar los conocimientos que la/el usuaria/o tiene de los métodos anticonceptivos.
- Entregar información correcta, actualizada y suficiente a las y los usuarias/os, incluyendo las razones médicas que pudieran limitar las opciones anticonceptivas
- Informar sobre las características de los métodos (mecanismo de acción, eficacia, modo de uso, efectos colaterales), resolver dudas y aclarar mitos.
- Ayudar a la/el usuaria/o a aplicar la información de los diversos métodos, según sus propias circunstancias individuales.
- Respetar la decisión personal, libre e informada tomada por la mujer, el hombre o la pareja.
- Asegurar que la/el usuaria/o elija el método sin presión, ni coerción, de ningún tipo.
- Asegurar la privacidad y la confidencialidad.
- Respetar los diferentes estilos de vida y valores de las personas que atienden.

Sección C:

TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

1. PROPIEDADES DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Definición

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.

Eficacia

La eficacia de un método anticonceptivo puede ser evaluada durante el uso ideal o perfecto, considerando los embarazos producidos durante el uso correcto y consistente del método, atribuibles a una falla intrínseca del anticonceptivo. También puede ser evaluada durante el uso típico o habitual, que incluye todos los embarazos que se producen durante el uso del método, incluyendo el uso incorrecto, el uso no sistemático y las fallas técnicas del método. En general, la eficacia se expresa como el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

En la Tabla 1 se presenta la eficacia de los métodos anticonceptivos de uso regular, según la tasa de embarazos por 100 mujeres en los primeros doce meses de uso. Los métodos se consideran muy efectivos si esta tasa es de 0-1, efectivos si está entre 2 y 9 y menos efectivos si está entre 10 y 30. Esta tabla no incluye la anticoncepción de emergencia ya que la eficacia de este método se evalúa en forma diferente ya que es de uso ocasional.

Seguridad

La inocuidad o seguridad de los métodos anticonceptivos para la salud de las y los usuarias/os es un elemento esencial. El uso de un método no debe provocar efectos adversos o que impliquen riesgos para la salud. Para este fin, la Organización Mundial de la Salud ha definido los criterios de elegibilidad para el uso de los distintos métodos anticonceptivos, que se describen más adelante. Es importante considerar que algunos anticonceptivos tienen además efectos benéficos para la salud de quienes los usan, como la prevención de infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH, que ofrece el uso correcto y consistente del condón masculino de látex y la prevención de ciertos cánceres genitales con el uso de anticoncepción hormonal combinada.

Aceptabilidad

Las personas perciben de manera distinta las características de cada método anticonceptivo; lo que para algunas puede ser una ventaja, para otras puede ser un inconveniente. Por esto, las y los potenciales usuarias/os deben ser informadas/os sobre todas las características de los métodos anticonceptivos, incluyendo eficacia, duración, efectos colaterales, criterios de elegibilidad para su uso, modo de uso y costo. Así podrán elegir el que sea más adecuado a sus necesidades.

Forma de uso

Cuando el uso del método es fácil, es más probable que pueda ser utilizado por todo tipo de

personas. La información sobre la forma de uso debe ser entregada en forma clara y el asesoramiento debe incluir indicaciones precisas. Algunos métodos pueden ser más difíciles de usar, como el diafragma, lo que requiere capacitar a las usuarias y comprobar que se han comprendido las instrucciones.

Disponibilidad

Los métodos anticonceptivos deben estar al alcance de las y los potenciales usuarias/os. Se recomienda ofrecer a la persona o a la pareja el mayor número de alternativas anticonceptivas, de modo que el abanico de posibilidades sea tan amplio, que incluya cualquier situación de vida o condición de salud.

**Tabla 1. Eficacia de los métodos anticonceptivos
Tasa de embarazos por 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso**

Método anticonceptivo	Uso correcto y consistente	Uso típico
Sin método	85	85
Implantes de levonorgestrel	0.05	0.05
Vasectomía	0.1	0.2
Inyectables combinados	0.1	3
Inyectable progestágeno solo (AMPD)	0.3	3
Esterilización femenina	0.5	0.5
Dispositivo intrauterino TCU 380A	0.6	0.8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (en lactancia)	0.5	1
Método de la amenorrea de lactancia (MELA)*	0.5	2
Anticonceptivos orales combinados	0.1	6-8
Anticonceptivos orales de progestágeno solo (sin lactancia)	0.5	‡
Condón masculino	2	15
Coito interrumpido	4	19
Diafragma con espermicida	6	16
Abstinencia periódica	1-9	25
Condón femenino	5	21
Espermicidas	18	29

0-1	Muy efectivo	2-9	Efectiva	10-30	Menos efectivas
-----	--------------	-----	----------	-------	-----------------

* Tasa de falla en los primeros 6 meses post-parto.

‡ Las pastillas de progestágeno solo son algo menos efectivas que las pastillas combinadas cuando se toman sin estar lactando.

Adaptado de Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. Reproductive Health and Research Family and Community Health. World Health Organization, Geneva, 2002/2004.

Reversibilidad

La recuperación de la fertilidad después de la suspensión del método es un elemento esencial para quienes desean postergar el primer embarazo y para quienes desean prolongar el intervalo intergenésico, mientras que otras personas o parejas pueden desear métodos permanentes.

Costo

El precio de los anticonceptivos no debe ser una limitación para su uso. El sistema público de salud asegura el acceso sin costo a la población con menores ingresos. Frente a opciones anticonceptivas similares en cuanto a sus características, debe considerarse siempre la opción más conveniente desde el punto de vista económico.

2. RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS⁹

Las indicaciones que se entregan acerca del uso de los métodos anticonceptivos se basan en dos documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos y Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos. Las recomendaciones que contienen estos documentos son el producto de un proceso que se inició en 1994 y culminó con la reunión de un Grupo de Expertos celebrada en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, en abril de 2004.

Los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos proporcionan orientación acerca de quienes pueden usar métodos anticonceptivos de manera segura. Las Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos, proporcionan orientación acerca de cómo usar métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz después de que éstos se consideren médicamente apropiados.

Entre los méritos de estas recomendaciones destacan:

- La inclusión de todas las condiciones de salud relevantes.
- La inclusión de las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- La evaluación de las condiciones basada en la evidencia científica actual, tanto clínica como epidemiológica.
- La inclusión de los aspectos relacionados con los servicios necesarios y la calidad de la atención que debe entregarse.

El Grupo de Expertos basó sus recomendaciones en una revisión sistemática de la evidencia, basada en los siguientes niveles y categorías de evidencia:

Nivel I: Evidencia obtenida de al menos un estudio clínico controlado randomizado, bien diseñado.

Nivel II-1: Evidencia obtenida de estudios clínicos controlados bien diseñados sin randomización.

Nivel II-2: Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohorte o caso-control bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por más de un grupo de investigación.

⁹ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*
World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. 3rd edition. Geneva, 2005. www.who.int/reproductive-health*

Nivel II-3: Evidencia obtenida de múltiples series en el tiempo, con o sin intervención. También podrían incluirse dentro de este tipo de evidencia resultados muy llamativos en experimentos sin grupo control.

Nivel III: Opinión de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

La evidencia científica disponible para fundamentar la eficacia, los efectos benéficos y adversos de cada método anticonceptivo y las recomendaciones para su uso seguro y correcto se resumen en cada capítulo de esta sección sobre tecnología anticonceptiva.

2.1. Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud

Las condiciones consideradas se clasificaron en cuatro categorías de acuerdo a la elegibilidad de cada método anticonceptivo para personas que presenten la condición:

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones para el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método.

Categoría 4: Una condición en la que el uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud.

Cuando una condición se ha clasificado en Categoría 4 para un método anticonceptivo, nunca debe ser usado por personas que presenten esa condición.

Una mujer con una condición clasificada en Categoría 3 y que requiere el uso de un anticonceptivo particular necesita una evaluación clínica cuidadosa, considerando la severidad de la condición y la

disponibilidad y aceptabilidad de un método alternativo. El método clasificado en categoría 3 no debe ser usado, salvo que otros anticonceptivos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptables. Es el método de última elección y, si es imprescindible usarlo, la mujer requiere seguimiento especial.

La clasificación de un método en Categoría 2 no implica una restricción para su uso pero debe considerarse en el proceso de orientación y en la selección del método, ya que otras opciones pueden ser mejores para esa condición o se requiere seguimiento especial.

Las condiciones clasificadas en Categoría 1 no representan un riesgo para el uso del anticonceptivo y puede usarse siempre, sin restricciones.

En formas simplificada, y cuando no hay profesionales especializados, las categorías 1 y 2 implican que sí se puede usar el método en personas que presentan la condición, mientras que las categorías 3 y 4 determinan que no se debe usar en esas personas.

En los capítulos sobre cada método anticonceptivo, se detallan las condiciones clasificadas en categorías 4 y 3. En la Tabla 2 se resumen los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para métodos hormonales y dispositivos intrauterinos.

2.2. Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos

Las Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos son la respuesta del Grupo de Expertos a una revisión de 33 preguntas específicas seleccionadas por la OMS en base a 1) controversias o inconsistencias importantes en las guías existentes; 2) la posibilidad de que hubiera evidencia relevante disponible; y 3) propuestas de participantes del Grupo de Expertos y organizaciones o agencias de planificación familiar.

El documento considera también implicaciones programáticas que se deben tratar, las que incluyen:

- Elección informada
- Elementos de la calidad de la atención
- Procedimientos de detección esenciales para la administración de los métodos
- Capacitación y habilidades de los prestadores
- Derivación y seguimiento durante el uso de anticonceptivos, según corresponda.

En la aplicación de estas recomendaciones a los programas, se deben distinguir las prácticas de prestación

de servicios que son fundamentales para el uso seguro de la anticoncepción de aquéllas que pueden ser apropiadas para un buen cuidado de la salud, pero no se relacionan con el uso del método. La promoción de las prácticas de buen cuidado de la salud no relacionadas con el uso seguro de anticoncepción no se debe considerar como un requisito previo ni como un obstáculo para la entrega de un método anticonceptivo, aunque sí como un complemento.

Las recomendaciones de este documento se incluyen en cada capítulo en las secciones sobre inicio y uso del método, manejo de los efectos secundarios y orientación y consejería.

Tabla 2. Criterios médicos para la elección de un método anticonceptivo

TABLA RESUMEN							
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inicio - C = Continuación							
CARACTERISTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA							
EMBARAZO	NA	NA	NA	NA	NA	4	4
EDAD	De menarquia a <40 =1 ≥ 40 =2	De menarquia a <40 =1 ≥ 40 =2	De menarquia a <18 =1 18-45 =1 > 45 =1	De menarquia a <18 =2 18-45 =1 > 45 =2	De menarquia a <18 =1 18-45 =1 > 45 =1	< 20 =2 ≥20 =1	<20 =2 ≥20 =1
PARIDAD							
a) Nulípara	1	1	1	1	1	2	2
b) Mujeres que han tenido uno o más partos	1	1	1	1	1	1	1
LACTANCIA							
a) <6 semanas post-parto	4	4	3	3	3		
b) 6 semanas a <6 meses (principalmente lactando)	3	3	1	1	1		
c) >6 meses post-parto	2	2	1	1	1		
POST-PARTO (no amamantando)							
a) <21 días	3	3	1	1	1		
b) ≥21 días	1	1	1	1	1		
POST-PARTO (amamantando o no, incluyendo post-cesárea)							
a) <48 horas						2	3
b) ≥48 horas a <4 semanas						3	3
c) ≥ 4 semanas						1	1
d) Sepsis puerperal						4	4

En esta tabla se usan las siguientes abreviaturas:

ACO: Anticonceptivos Hormonales Combinados Orales (o AOC: Anticonceptivos orales combinados).

ACI: Anticonceptivos Hormonales Combinados Inyectables (o AIC: Anticonceptivo inyectable combinado).

PPS: Píldoras de Progestágeno Solo / Progestina Solo (o AOPS: Anticonceptivo oral de progestágeno solo).

AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito

EN/NET: Enantato de Noretisterona

IMPL LNG/ETG: Implantes sub-dérmicos de Levonorgestrel o de Etonogestrel

DIU- CU: Dispositivo intrauterino con cobre.

DIU-LNG: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

I: Inicio del método.

C: Continuación del método.

NA: No se aplica.

TABLA RESUMEN							
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD/EN/ NET	IMPL LNG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I=Inicio, C=Continuación							
POST-ABORTO							
a) Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	1	2	1	1	1	1
HISTORIA DE CIRUGIA PELVICA (ver también post-parto, incluyendo cesárea)	1	1	1	1	1	1	1
TABAQUISMO							
a) Edad < 35 años	2	2	1	1	1	1	1
b) Edad ≥ 35 años							
i) <15 cigarrillos/día	3	2	1	1	1	1	1
ii) ≥15 cigarrillos/día	4	3	1	1	1	1	1
OBESIDAD							
Indice de masa corporal (IMC) ≥30 Kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1
MEDICIÓN DE PRESION ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

TABLA RESUMEN							
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I=Inicio, C=Continuación							
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES							
MULTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, diabetes e hipertensión)	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
HIPERTENSION							
a) Historia de hipertensión, incluyendo hipertensión durante el embarazo, cuando NO se puede evaluar la presión arterial;	3	3	2	2	2	1	2
b) Hipertensión controlada adecuadamente, cuando PUEDE evaluarse la presión	3	3	1	2	1	1	1
c) presión arterial elevada (bien tomada)							
i) Sistólica 140-159 ó diastólica 90-99	3	3	1	2	1	1	1
ii) Sistólica ≥160 ó diastólica ≥100	4	4	2	3	2	1	2
d) Enfermedad vascular	4	4	2	3	2	1	2
HISTORIA DE PRESION ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (donde se puede medir la presión arterial actual y es normal)	2	2	1	1	1	1	1

* Dependiendo de la severidad de la condición

TABLA RESUMEN										
CONDICION	ACO	ACI	PPS		AMPD/EN/NET	IMPL LNG/ ETG		DIU-Cu	DIU-LNG	
I = Inicio - C = Continuación										
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) - EMBOLIA PULMONAR (EP)	4	4	2		2	2		1	2	
a) Historia de TVP/EP	4	4	3		3	3		1	3	
b) TVP/EP actual	2	2	1		1	1		1	1	
c) Historia familiar (parientes en primer grado)										
d) Cirugía mayor										
i) con inmovilización prolongada	4	4	2		2	2		1	2	
ii) sin inmovilización prolongada	2	2	1		1	1		1	1	
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1		1	1		1	1	
MUTACIONES TROMBOGENICAS CONOCIDAS (como Factor V Leiden, mutación de protrombina, Proteína S, Proteína C, deficiencias de antitrombina)	4	4	2		2	2		1	2	
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL	1	1	1		1	1		1	1	
a) Venas varicosas										
b) Tromboflebitis superficial	2	2	1		1	1		1	1	
CARDIOPATÍA ISQUEMICA (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)	4	4	I	C	3	I	C	1	I	C
			2	3			2		3	2
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ENFERMEDAD ACTUAL O HISTORIA)	4	4	I	C	3	I	C	1	2	3
			2	3			2			
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS (NO es necesario el examen de lípidos de rutina para el uso seguro de anticonceptivos)	2/3*	2/3*	2		2	2		1	2	
VALVULOPATIA CARDIACA										
a) sin complicaciones	2	2	1		1	1		1	1	
b) complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis, bacteriana subaguda)	4	4	1		1	1		2	2	

* Dependiendo de la severidad de la condición

TABLA RESUMEN																
CONDICION	ACO		ACI		PPS		AMPD/EN/ NET		IMPL LNG/ ETG		DIU-Cu		DIU-LNG			
I = Inicio - C = Continuación																
TRASTORNOS NEUROLOGICOS																
CEFALEAS	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	1	I	C			
	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1		1	1	1		
	a) No migrañosa (leve o severa)															
	b) Migraña															
	i) Sin aura															
Edad <35	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2			
Edad ≥35	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2			
ii) Con aura																
(a cualquier edad)	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1	2	3			
EPILEPSIA	1		1		1		1		1		1		1			
TRASTORNOS DEPRESIVOS																
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1		1		1		1		1		1		1			
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO																
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL												I	C			
	Patrón irregular sin sangrado abundante													1	1	
	Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)													1	2	
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave)												I	C	I	C	
	Antes de la evaluación													4	2	4
ENDOMETROSIS	1		1		1		1		1		2		1			
TUMORES BENIGNOS DEL OVARIO (INCLUYENDO QUISTES)	1		1		1		1		1		1		1			
DISMENORREA SEVERA	1		1		1		1		1		2		1			

TABLA RESUMEN									
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD/ EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Inicio - C = Continuación									
ENFERMEDAD TROFOBlastICA									
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	1	1	1	3		3	
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	1	1	1	4		4	
ECTROPIÓN CERVICAL	1	1	1	1	1	1		1	
NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)	2	2	1	2	2	1		2	
CANCER CERVICAL (en espera de tratamiento)	2	2	1	2	2	I	C	I	C
						4	2	4	2
ENFERMEDADES DE LA MAMA									
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	2	2	2	1		2	
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	1	1		1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1		1	
d) Cáncer									
i) actual									
ii) pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años.	4	4	4	4	4	1		4	
	3	3	3	3	3	1		3	
CANCER DE ENDOMETRIO	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						4	2	4	2
CANCER DE OVARIO	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						3	2	3	2

TABLA RESUMEN									
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD/ EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Inicio - C = Continuación									
MIOMAS UTERINOS									
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	4	4	4	4
ANORMALIDADES ANATOMICAS									
a) Con distorsión de la cavidad uterina						4	4	4	4
b) Sin distorsión de la cavidad uterina						2	2	2	2
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI)						I	C	I	C
a) Historia de EPI (asumiendo que actualmente no hay factores de riesgo de ITS									
i) Con embarazo posterior	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ii) Sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) EPI actual	1	1	1	1	1	4	2	4	2
	1	1	1	1	1				
ITS**						I	C	I	C
	1	1	1	1	1	4	2	4	2
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)									
c) Vaginitis (incluyendo tricomonas y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2

* Dependiendo de la severidad de la condición

** Siempre debe recomendarse el uso de condones para la prevención de ITS / EPI / VIH

TABLA RESUMEN									
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Inicio - C = Continuación									
VIH / SIDA**									
ALTO RIESGO DE VIH	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						2	2	2	2
INFECCION POR VIH	1	1	1	1	1	2	2	2	2
SIDA clínicamente bien con terapia antirretroviral	1	1	1	1	1	3	2	3	2
						2	2	2	2
OTRAS INFECCIONES									
ESQUITOSOMIASIS									
a) No complicada	1	1	1	1	1	1		1	
b) Fibrosis del hígado (si es grave consulte cirrosis)	1	1	1	1	1	1		1	
TUBERCULOSIS									
a) No pélvica	1	1	1	1	1	I	C	I	C
b) Pélvica		1	1	1	1	1	1	1	1
diagnosticada		1	1	1	1	1	4	3	4
PALUDISMO	1	1	1	1	1	1		1	
TRASTORNOS ENDOCRINOS									
DIABETES									
a) Historia de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1		1	
b) Enfermedad no- vascular									
i) no insulino- dependiente	2	2	2	2	2	1		2	
ii) insulino- dependiente	2	2	2	2	2	1		2	
c) Nefropatía / retinopatía / neuropatía	3/4*	3/4*	2	3	2	1		2	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de duración >20 años	3/4*	3/4*	2	3	2	1		2	

* Dependiendo de la severidad de la condición

** Siempre debe recomendarse el uso de condones para la prevención de ITS / EPI / VIH

TABLA RESUMEN							
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inicio - C = Continuación							
TRASTORNOS TIROIDEOS							
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES							
ENFERMEDAD DE LA VESICULA BILIAR							
a) Sintomática							
i) Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	1	2
ii) Tratada médicamente	3	2	2	2	2	1	2
iii) Actual	3	2	2	2	2	1	2
b) Asintomática							
	2	2	2	2	2	1	2
HISTORIA DE COLESTASIS							
a) Relacionada con embarazo	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada con uso previo de ACO	3	2	2	2	2	1	2
HEPATITIS VIRAL							
a) Activa	4	3/4*	3	3	3	1	3
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1
CIRROSIS							
a) Leve (compensada)	3	2	2	2	2	1	2
b) Severa (descompensa-da)	4	3	3	3	3	1	3

* Dependiendo de la severidad de la condición

TABLA RESUMEN							
CONDICION	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Inicio - C = Continuación							
TUMORES DEL HIGADO							
a) Benigno (adenoma)	4	3	3	3	3	1	3
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4*	3	3	3	1	3
ANEMIAS							
Talasemia	1	1	1	1	1	2	1
Drepanocítica	2	2	1	1	1	2	1
Ferropriva	1	1	1	1	1	2	1
INTERACCIONES FARMACOLOGICAS							
DROGAS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPATICAS							
a) Rifampicina							
b) Ciertos anticonvulsionantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	2	3	2	3	1	1
	3	2	3	2	3	1	1
ANTIBIOTICOS (excluyendo rifampicina)							
a) Griseofulvina	2	1	2	1	2	1	1
b) Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2	2	2	2	2	2/3*	2/3*

* Dependiendo de la severidad de la condición

3. ANTICONCEPCION HORMONAL

Introducción

Los métodos de anticoncepción hormonal contribuyen en forma muy importante a evitar embarazos no deseados y a una mejor salud reproductiva de la población, ya que tienen una elevada eficacia anticonceptiva y porque son usados por gran número de mujeres en todo el mundo.

Existen diferentes métodos anticonceptivos hormonales que utilizan distintas vías para la administración de los distintos esteroides. Todos ellos actúan por vía sistémica por lo que tienen efectos sobre otros órganos, de distinta magnitud según los esteroides usados, la dosis, y la vía de administración. Cada método tiene características especiales y diferentes efectos secundarios.

Los métodos anticonceptivos hormonales son:

3.1. Métodos anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

- 3.1.1. Anticonceptivos combinados orales
- 3.1.2. Anticonceptivos combinados inyectables mensuales
- 3.1.3. Anticoncepción combinada en anillo vaginal y parche transdérmico

3.2. Métodos anticonceptivos de progestágeno solo

- 3.2.1. Anticonceptivos orales de progestágeno solo

3.2.2. Progestágeno inyectable de acción prolongada

3.2.3. Implantes subdérmicos de acción prolongada

3.2.4. Anillo vaginal de progesterona

3.3. Anticoncepción hormonal de emergencia

Píldoras de levonorgestrel

Píldoras combinadas de estrógeno y levonorgestrel

Los métodos hormonales no protegen de las infecciones transmisibles por vía sexual (ITS), incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por esto, el uso correcto y consistente de condones se debe recomendar a todas las mujeres y parejas que elijan un anticonceptivo hormonal para evitar el embarazo (doble protección).

En el **Anexo 1** se entrega el listado y presentación de los Anticonceptivos Hormonales actualmente disponibles en Chile

El dispositivo intrauterino con levonorgestrel comparte características de los métodos de progestágenos solos y los DIU y se incluye en el capítulo sobre DIU.

3.1. METODOS ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS DE ESTROGENO Y PROGESTAGENO

3.1.1. ANTICONCEPCION COMBINADA ORAL

La anticoncepción combinada oral (ACO) o píldora combinada es uno de los métodos más usados y estudiados en el mundo. La mayoría de las usuarias evitan embarazos no deseados usando este método sin riesgo para su salud y sin efectos secundarios aunque algunas mujeres tienen mayor riesgo de presentar ciertas enfermedades, especialmente cardiovasculares.

Composición

Cada píldora de ACO contiene un estrógeno y un progestágeno (o progestina) sintético en dosis variable de acuerdo a la formulación del preparado comercial. Según su formulación, existen dos tipos de ACO:

- La mayoría son de tipo monofásico, en que el contenido de estrógeno y progestágeno es el mismo en todas las píldoras. Los más usados y más evaluados son los que contienen 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel. Para los otros progestágenos usados (linestrenol, desogestrel, gestodeno, norgestimato, acetato de clormadinona, drospirenona) y para ACO con dosis más bajas de etinilestradiol hay menos evaluación epidemiológica.
- Los preparados multifásicos (bifásicos y trifásicos) contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración, no hay evidencias de que sean mejores o más inocuos que los monofásicos, y son habitualmente más caros.

La ACO, en general, está disponible en envases de 21 píldoras que se toman en días consecutivos, con un descanso de 7 días entre cada envase. También hay envases de 28 pastillas, que contienen 21 píldoras con

hormonas y 7 píldoras con placebo, hierro o vitaminas, que se toman en vez de la semana de descanso. Han aparecido otras modalidades, que contienen dosis más bajas de esteroides, en que la ventana de descanso es más corta para evitar que se produzca crecimiento folicular en estos días.

Eficacia anticonceptiva

La anticoncepción oral combinada es muy eficaz. La tasa de embarazos más baja observada es 0.1 por 100 años-mujer. Sin embargo, la tasa de embarazos observada durante el uso típico es más alta y varía entre 6 y 8 embarazos por 100 años-mujer (Tabla 1). Esto ocurre generalmente por olvido de ingerir la píldora, vómitos o diarrea concomitante, o interacción con algunas drogas. La usuaria con sobrepeso no presenta mayor riesgo de embarazo que la usuaria de peso normal.

Mecanismo de acción

La ACO ejerce su acción anticonceptiva por una combinación de efectos sobre la fisiología reproductiva de la mujer, que impiden que ocurra la fecundación. La inhibición de la ovulación es el principal mecanismo de acción de los ACO y de allí deriva su denominación como “anovulatorios”. También se produce alteración del moco cervical, bloqueando la penetración de los espermatozoides.

Efectos benéficos

Además de su eficacia anticonceptiva, se han descrito diversos efectos benéficos:

- Reducción importante del riesgo de presentar cáncer de endometrio y de ovario.
- Reducción importante del riesgo de embarazo ectópico.
- Reducción y regulación de los sangrados uterinos y reducción de la anemia ferropiva.
- Alivio de la dismenorrea y de síntomas

premenstruales.

- Disminución del riesgo de presentar quistes ováricos funcionales.
- Disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Disminución del riesgo de pérdida de densidad ósea.
- Reducción del riesgo de desarrollar fibromas uterinos.

Efectos adversos menores

Los efectos colaterales de la ACO se presentan en una proporción baja de usuarias. La cefalea es el más frecuente, seguido por náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. También puede presentarse irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo. Al igual que en el embarazo, puede presentarse cloasma en algunas mujeres. Las modificaciones del endometrio inducidas por el uso de ACO se pueden traducir en alteraciones ocasionales de los sangrados uterinos. Estos efectos adversos menores pueden causar malestar, afectar la vida sexual de la mujer y crear pérdida de la confianza en el método.

Efectos adversos severos

Enfermedades del sistema circulatorio:

Es raro que las mujeres jóvenes, usuarias de ACO, presenten patología cardiovascular arterial; pero pueden presentar un discreto incremento del riesgo de enfermedad tromboembólica. En mujeres de más edad, especialmente en las mayores de 40 años, el uso de ACO se asocia a un mayor riesgo de patología arterial cuando existen otros factores de riesgo, como hipertensión y consumo de cigarrillo.

- *Infarto del miocardio:* El riesgo de presentar un infarto del miocardio es mayor en las usuarias de ACO, fumadoras, mayores de 40 años, y que no

se controlan rutinariamente la presión arterial, en comparación con las no usuarias (Tabla 2).

- *Accidente vascular cerebral:* Las mujeres mayores de 35 años y fumadoras que emplean ACO tienen más riesgo de presentar trombosis cerebral que las no usuarias (Tabla 2).
- *Hipertensión arterial:* La mayoría de las mujeres que usan ACO presentan un leve aumento de la presión arterial dentro del rango normal. Solo un 2.5% desarrolla hipertensión arterial clínica, reversible al suspender el tratamiento.
- *Enfermedad tromboembólica:* El uso de ACO se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, especialmente en el primer año de uso, el que desaparece al suspender la píldora. Este riesgo es mayor al usar ACO que contiene desogestrel o gestodeno (Tabla 3.3). El riesgo aumenta con la edad, la obesidad, cirugía reciente y algunas formas de trombofilia.

Cáncer:

- *Cáncer de la mama:* Las usuarias de ACO que contienen 30 mcg EE o más tienen un pequeño pero estadísticamente significativo aumento del riesgo de cáncer de mama (riesgo relativo 1.2), el que disminuye paulatinamente al suspender su uso. Diez años después de la discontinuación, el riesgo es igual al de las mujeres que nunca emplearon el método. Sin embargo, un estudio reciente no encontró asociación entre el riesgo de cáncer de mama y el uso de ACO de dosis bajas (30 mcg EE o menos). Esta información es más pertinente en usuarias mayores de 40 años ya que el cáncer de mama aparece con mayor frecuencia a estas edades.
- *Cáncer cérvico-uterino:* Estudios recientes sugieren que el uso de la píldora por más de 5 años se asocia con un leve aumento del riesgo de carcinoma

escamoso del cuello uterino en mujeres portadoras del virus papiloma humano oncogénico.

Otras patologías:

- *Enfermedades hepáticas:* La ictericia colestásica se observa con más frecuencia en usuarias de ACO. Además se ha observado un riesgo mayor de

desarrollar adenomas hepatocelulares benignos, lo que ocurre con muy baja frecuencia.

- *Cambios metabólicos:* En usuarias de ACO se han observado cambios en el metabolismo lipídico y de los carbohidratos pero no se ha demostrado que tengan significado patológico.

Tabla 3.1. Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial según uso de anticonceptivos combinados orales e historia de hipertensión. Datos de países en desarrollo.

Patología	No usuaria con hipertensión	Usuaría sin hipertensión	Usuaría con hipertensión
Isquemia Cerebral	7.7 (5.4-11.0)	2.7 (2.0-3.8)	14.5 (5.4-39.0)
Hemorragia Cerebral	9.4 (7.1-12.5)	1.4 (1.1-1.9)	14.4 (6.7-30.4)
Infarto Miocardio	9.5 (4.9-18.5)	3.7 (1.8-7.4)	15.3 (3.3-71.6)

¹ RR (Intervalo de confianza 95%)

Grupo de referencia: no-usuarias sin historia de hipertensión

Adaptado de World Health Organization. *Lancet* 348:498, 1996; *Lancet* 348:505, 1996 y *Lancet* 349:1202, 1997

Tabla 3.2. Riesgo relativo¹ de enfermedad arterial según uso de anticonceptivos combinados orales y consumo de cigarrillo². Datos de países en desarrollo.

Patología	No usuaria fumadora	Usuaría no fumadora	Usuaría fumadora
Isquemia Cerebral	1.3 (0.9-1.8)	2.6 (1.8-3.8)	4.8 (2.8-8.4)
Hemorragia Cerebral	1.6 (1.2-2.0)	1.4 (1.1-2.1)	3.7 (2.4-5.7)
Infarto Miocardio	5.6 (2.6-12.1)	4.5 (1.9-10.7)	22.6 (7.6-67.2)

¹ RR (Intervalo de confianza 95%)

Grupo de referencia: no-usuarias sin historia de hipertensión, no fumadoras

² Fumadora >10 cigarrillos por día.

Adaptado de World Health Organization. *Lancet* 348:498, 1996; *Lancet* 348:505, 1996 y *Lancet* 349:1202, 1997

Tabla 3.3. Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en usuarias de anticonceptivos orales combinados según tipo de progestágeno

Tipo de Progestágeno	Razón de riesgo* (IC 95%)
No usuarias	1.0 (referencia)
Levonorgestrel	3.4 (2.5 - 4.7)
Desogestrel	8.3 (4.3 - 15.9)
Gestodeno	10.5 (4.3 - 20.0)

*Ajustada por masa corporal y otros factores. IC: intervalo de confianza

Adaptado de World Health Organization. *Lancet* 346:1582, 1995

Recuperación de la fertilidad

Seis meses después de discontinuar el método, el 99% de las mujeres ya han recuperado los ciclos menstruales. A los dos años después de suspendido el uso, las tasas de embarazo son de 90% o más. No hay relación entre tiempo de uso y el intervalo hasta la recuperación de la fertilidad. Los anticonceptivos orales combinados no producen infertilidad.

Embarazo durante el uso

Las mujeres deben ser advertidas de que deben suspender la píldora si existe la sospecha de embarazo. La evidencia existente no sugiere consecuencias negativas para el feto en mujeres que usaron ACO inadvertidamente durante las primeras semanas de embarazo.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud.¹⁰

Las condiciones clínicas que deben considerarse para el uso de la píldora combinada, son las siguientes:

Categoría 4: En esta categoría se clasifican condiciones en que el uso de ACO representa un riesgo inaceptable para la salud:

- lactancia durante las primeras 6 semanas post-parto
- edad mayor de 35 años más tabaquismo sobre 15 cigarrillos/día
- hipertensión arterial severa (sistólica >160 o diastólica >100 mm Hg) o asociada a daño vascular
- trombosis venosa profunda o embolía pulmonar (historia o enfermedad actual)
- mutaciones trombogénicas conocidas (ej: factor V

de Leyden, mutación de protrombina, proteína S, proteína C, y deficiencias antitrombina)

- cirugía mayor con inmovilización prolongada
- cardiopatía isquémica (historia o enfermedad actual)
- accidente vascular cerebral (historia o enfermedad actual)
- cardiopatía valvular complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)
- migraña con aura (todas las edades)
- factores múltiples de riesgo cardiovascular tales como edad mayor, fumar, diabetes e hipertensión (condición que en algunos casos puede estar en categoría 3)
- cáncer de mama actual
- diabetes con nefropatía o retinopatía o con enfermedad vascular o con más de 20 años de duración
- hepatitis viral activa
- tumores hepáticos benignos o malignos
- cirrosis hepática descompensada

Categoría 3: Dado que los riesgos son mayores que los beneficios, el método sólo puede usarse si no hay alternativa y sólo bajo estricto control clínico:

- primeros 21 días post-parto
- lactancia desde 6 semanas a 6 meses post-parto
- edad mayor de 35 años más tabaquismo menor de 15 cigarrillos por día
- historia de hipertensión arterial, incluyendo hipertensión del embarazo (si la presión arterial no puede evaluarse)
- hipertensión arterial (sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg)

¹⁰ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

- antecedente de cáncer de mama (sin evidencia de enfermedad por 5 años)
- migraña sin aura en mujeres > 35 años
- hiperlipidemia conocida
- patología biliar no colecistectomizada
- antecedente de colestasia intrahepática relacionada con ACO
- cirrosis hepática compensada,
- uso de ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina) y de rifampicina.

Categoría 2: Son condiciones en que las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos y que requieren orientación o manejo clínico, como en los siguientes ejemplos:

- Sangrados vaginales irregulares: los sangrados irregulares son frecuentes y no son una restricción para el uso de ACO, salvo que se sospeche embarazo o patología, en cuyo caso se debe hacer el diagnóstico antes de iniciar el uso de las píldoras.
- Cáncer del aparato genital: Las mujeres portadoras de un cáncer genital pueden usar ACO mientras esperan tratamiento, lo mismo que las que han sido tratadas exitosamente por condiciones pre-malignas del cuello uterino.
- Terapia antiretroviral: no es una limitación para el uso de ACO pero la condición de la mujer requiere orientación y seguimiento.
- Las venas varicosas no complicadas, la obesidad, los desórdenes depresivos y las ITS no son una limitación para el uso de ACO pero requieren orientación según la evaluación clínica.

Categoría 1: Son condiciones que no representan una restricción para el uso de ACO y que se encuentran en la Tabla resumen de los criterios de la OMS.

Orientación y consejería

Una vez que la mujer ha decidido usar ACO, debe explicarse claramente:

- Las características de las distintas píldoras anticonceptivas, tales como eficacia, beneficios, efectos adversos (y como manejarlos), reversibilidad y costo.
- El tipo de píldoras más apropiadas y forma de usarlas
- Los factores de riesgo, enfatizando tabaquismo e hipertensión arterial
- Que la eficacia anticonceptiva depende de la regularidad en el uso y lo que debe hacerse cuando se omite una o más píldoras en forma involuntaria.
- Que no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- Los métodos anticonceptivos alternativos.

Evaluación de la potencial usuaria

- La historia clínica permite descartar un embarazo en curso y evaluar los factores de riesgo y las condiciones que restringen el uso de ACO según los criterios médicos de la OMS.
- Las mujeres jóvenes sanas, no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En las mujeres adultas, es importante controlar la presión arterial y descartar ictericia y signos de trombosis venosa profunda. Los análisis de laboratorio sólo se justifican si la mujer pertenece a una categoría de riesgo en la que estos se requieran.
- En ausencia de patologías que contraindiquen el uso de ACO, la mujer puede iniciar el método sin necesidad de otra evaluación previa.
- Sin embargo, es buena práctica desde el punto de vista de salud de la mujer evaluar otros aspectos clínicos antes o poco después de iniciado el uso, mediante anamnesis y examen

físico que incluya control de peso, presión arterial, examen ginecológico y mamario y frotis cervical para Papanicolaou. También es una oportunidad para aplicar el Examen de Medicina Preventiva.

Elección del anticonceptivo combinado oral

- Se recomienda comenzar con píldoras monofásicas que contengan 35 mcg o menos de etinilestradiol y levonorgestrel, que se asocian a menor riesgo de enfermedad tromboembólica.
- Los progestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno) están asociados a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, lo que debe informarse a la mujer, en especial si se trata de mujeres nulíparas.
- Las píldoras con 50 mcg de etinilestradiol deben considerarse sólo para casos especiales como el uso de drogas que interactúan con la ACO como ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona) y rifampicina, si la píldora es la única alternativa anticonceptiva posible.
- Los preparados contra el acné que contienen acetato de ciproterona y que tienen efecto anticonceptivo deben restringirse solo a los casos en que estén indicados por hiperandrogenismo, ya que tienen mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.

Inicio del anticonceptivo oral

- La ACO debe iniciarse entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual, aunque se podrían comenzar más tarde si hay seguridad de que la mujer no está embarazada. Si se comienza después del quinto día del ciclo debe recomendarse un método de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso.
- En el período post-parto, la mujer que no amamanta puede empezar la ACO después de la tercera

semana porque antes hay riesgo de trombosis. Si está lactando, no debe usar ACO en los primeros 6 meses. Después de 6 meses, puede iniciar su uso aunque esté en amenorrea de lactancia, si está segura de no estar embarazada, debiendo usar protección adicional durante los primeros siete días de uso.

Uso de los ACO

- La mujer debe ingerir la píldora, en lo posible, a la misma hora cada día durante 21 días y comenzar el envase siguiente después del período de descanso, habitualmente de 7 días, período durante el cual generalmente presentará un sangrado uterino. Las formulaciones con 28 píldoras, de las cuales 7 son habitualmente placebo, permiten la ingesta continua de la píldora, reduciendo la posibilidad de olvido o de atrasar el inicio de una nueva caja.
- Es importante que la mujer disponga de envases para varios meses, de modo que no postergue el inicio del nuevo envase por no tenerlo. La prolongación del intervalo de descanso entre un ciclo de píldoras y el siguiente conlleva el riesgo de embarazo, lo que es aún más importante en el caso de las píldoras que contienen 20 mcg de etinil-estradiol.

Omisión de píldoras

Se requieren 7 días de uso continuo de las pastillas combinadas para prevenir la ovulación. La omisión de píldoras es la causa más frecuente de que ocurra un embarazo no deseado. Los vómitos y/o diarrea pueden disminuir la absorción de la píldora y si duran más de 24 horas, se deben tomar las mismas precauciones que con las píldoras omitidas. Las mujeres que se saltan píldoras con frecuencia deben considerar el uso de otro método anticonceptivo.

Las indicaciones en caso de omisión de píldoras son:

Para pastillas de etinilestradiol de 30-35 mcg:

- Si olvidó **1 ó 2** pastillas activas (que contienen hormonas) o si comienza un paquete 1 ó 2 días tarde: debe tomar una pastilla activa (hormonal) lo antes posible y luego continuar tomando las pastillas a diario, una por día. No necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si olvidó **3 ó más** pastillas activas (que contienen hormonas) o si comienza un paquete 3 o más días tarde: la mujer debe tomar una pastilla activa (hormonal) lo antes posible y luego continuar tomando las pastillas a diario, una por día. También debe usar condones o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta haber tomado pastillas activas (hormonales) durante siete días seguidos, para evitar el riesgo de embarazo si el proceso ovulatorio ya se ha iniciado.

Si la mujer olvidó estas 3 o más pastillas en la tercera semana, debe terminar las pastillas hormonales activas del paquete actual y comenzar un nuevo paquete al día siguiente. No debe tomar las siete pastillas inactivas.

- Si la mujer olvidó 3 o más pastillas en la primera semana y tuvo relaciones sexuales sin protección: podría considerar el uso de la anticoncepción de emergencia.

* Según el momento en qué recuerde haber olvidado una o más pastillas, puede tomar 2 pastillas en el mismo día (una al recordarlo y la otra en el horario habitual), aun si es en el mismo momento.

** Si la mujer olvidó más de 1 pastilla activa (hormonales), puede tomar la primera pastilla que olvidó y luego seguir tomando el resto de las pastillas que olvidó o descartarlas para seguir de acuerdo a los días programados en el envase.

Para pastillas de etinilestradiol de 20 mcg o menos:

- Si la mujer olvidó 1 pastilla activa (hormonal): debe seguir las indicaciones anteriores para “Si olvidó 1 ó 2 pastillas activas (hormonales)”.
- Si una mujer olvidó 2 o más pastillas activas (hormonales) o si comienza un paquete 2 o más días tarde: debe seguir las indicaciones anteriores para “Si olvidó 3 o más pastillas activas (hormonales) o si comienza un paquete 3 o más días tarde”.

Tanto para pastillas de etinilestradiol de 30-35 mcg y 20 mcg o menos:

- Si olvidó cualquiera de las pastillas inactivas (no hormonales): la mujer debe descartar la(s) pastilla(s) inactiva(s) (no hormonales) olvidada(s) y luego seguir tomando diariamente las pastillas activas del envase siguiente.

Seguimiento

Se recomienda un control a los dos o tres meses de comenzar el método, para evaluar la respuesta inicial. Se debe recomendar a las mujeres consultar fuera de los controles programados en caso de problemas o dudas, o si presentan síntomas. Como a toda mujer en edad reproductiva, se debe recomendar a la usuaria de ACO un control periódico de salud que incluya presión arterial y citología de cuello uterino en los intervalos recomendados.

Manejo de los efectos adversos

- Si se producen sangrados intermenstruales en forma repetida, deben descartarse patologías como miomatosis, pólipos, neoplasias, etc, y también la posibilidad de interacción con ciertas drogas (anticonvulsivos, rifampicina). Si se ha descartado lo anterior y persiste sangrado intermenstrual que la mujer no tolera, o hay riesgo

de anemia, se puede cambiar a una formulación con mayor dosis de progestágeno.

- Si se produce amenorrea asociada o no a goteo intermenstrual, debe descartarse un embarazo y puede cambiarse la formulación de la píldora, si la mujer lo desea. Debe explicarse que la amenorrea o el sangrado intermenstrual es sólo consecuencia de la respuesta del endometrio a los esteroides exógenos.
- La ACO debe suspenderse al menos 4 semanas antes de una intervención quirúrgica mayor o una inmovilización prolongada por el riesgo de enfermedad tromboembólica, recomendando anticoncepción no hormonal. La ACO puede reiniciarse al terminar la inmovilización y al menos 3 semanas después de la cirugía.
- La cefalea, las náuseas, los mareos, la tensión mamaria o la ansiedad tienden a disminuir con el tiempo, lo que se debe explicar en la orientación inicial. Si persisten, pueden tratarse con analgésicos o tranquilizantes. Para evitar las náuseas se recomienda tomar las pastillas en la noche y con algún alimento.
- Si aparece cloasma, se debe informar de su relación al uso de hormonales y recomendar el uso de anticonceptivos no hormonales.
- Si hay aumento de peso, se debe revisar el régimen alimenticio y la actividad física ya que la ingesta calórica excesiva y el sedentarismo son las causas más frecuentes de incremento de peso. Se debe indicar dieta o ejercicios y controlar periódicamente.
- Otras molestias o hallazgos del examen como leucorrea o ectropion cervical no se relacionan al uso de ACO, y se deben investigar y tratar según su causa.

- Se debe explicar a la usuaria cuales son los motivos de consulta urgente (síntomas sugerentes de una enfermedad cardiovascular, migraña con aura, ictericia, sangrado uterino excesivo sugerente de enfermedad ginecológica o embarazo).

Si los efectos adversos no desaparecen y son inaceptables para la mujer, se debe proponer cambio a otro método anticonceptivo y evaluar con ella la mejor opción según la molestia que motiva la discontinuación de las píldoras.

3.1.2. ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS INYECTABLES MENSUALES

Alrededor de 5 millones de mujeres utilizan inyectables combinados mensuales (ACI) en el mundo y su uso se ha difundido principalmente en China, algunos países de América Latina e India.

Composición

Son preparados inyectables sintéticos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno (o progestina). En Chile existen dos productos que han demostrado beneficios y ventajas con relación a otros inyectables mensuales:

- Presentación con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol (Cyclofem o Novafem).
- Presentación con 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerianato de estradiol (Mesigyna).¹¹

Eficacia anticonceptiva

Los inyectables combinados mensuales son altamente eficaces. La tasa acumulada de embarazo a

¹¹ Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay solo una o dos alternativas en el mercado nacional.

los 12 meses de uso correcto es 0.1 por 100 años-mujer siendo la tasa de 3 por 100 años-mujer en uso típico.

Mecanismo de acción

El principal mecanismo de acción anticonceptivo de los ACI es la inhibición de la ovulación.

Efectos adversos

- **Efectos adversos menores:** Son similares a los observados con la píldora combinada como cefalea, mareos, mastalgia, etc.
- **Efectos adversos severos:** Los estudios a corto plazo señalan poco efecto de los ACI sobre la presión arterial y la coagulación. No hay estudios epidemiológicos que permitan describir efectos adversos severos poco frecuentes, y se presume que son semejantes a los de las píldoras combinadas.
- **Efectos metabólicos:** Sólo se han observado cambios menores en el metabolismo de los lípidos, que desaparecen a los tres meses después de la suspensión del anticonceptivo.

Sangrados menstruales

A diferencia de las pastillas anticonceptivas combinadas que entregan diariamente la misma cantidad de esteroide, la dosis entregada por los inyectables mensuales y los niveles de esteroides en el plasma cambian a lo largo del mes. Por esto, la mayoría de las usuarias de ACI presenta un sangrado endometrial alrededor de 15 días después de su administración, que coincide con la caída de los niveles plasmáticos del estradiol sintético. Posteriormente, presentan sangrados más o menos regulares aproximadamente cada 30 días. El 30% de las mujeres presenta algún sangrado irregular y el 12% presenta sangrados prolongados en los primeros 12 meses de uso, alteraciones que representan la razón más frecuente para discontinuar el uso del método (Tabla 4). La pérdida de sangre menstrual es menor que en mujeres sin anticoncepción. La tasa de discontinuación al año por sangrado irregular varía entre 8% y 12% y la tasa de discontinuación por amenorrea es baja, entre 0.8% y 5.2% (Tabla 4).

Tabla 4. Tasas de discontinuación a los 12 meses de los inyectables combinados mensuales

Razón del abandono	CYCLOFEM	MESIGYNA
Embarazo	0.3	0.1
Amenorrea	0.8	5.2
Sangrados	7.9	12.7
Otras médicas	3.6	3.4
Todas	18.8	26.4
Nº mujeres	1,960	1,955
Meses – mujer	10,688	19,765

Análisis por tabla de vida.

Adaptado de Newton JR et al. J. Obstet. Gynec. 14: Supl. 1, 1994.

Retorno de la fertilidad

La función ovárica se recupera rápidamente al discontinuar el uso de los inyectables combinados mensuales. El 78% de las mujeres ovula en los primeros 6 meses y 38% de las mujeres se embarazan al año de suspensión del anticonceptivo.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud ¹²

La OMS estableció para los ACI los mismos criterios médicos de elegibilidad usados para los ACO, ya que ambos métodos contienen una combinación de estradiol y progestágeno y aún no existe suficiente evidencia epidemiológica sobre el uso de ACI. Sólo difieren en la clasificación para condiciones que alteran la función hepática:

- Cirrosis compensada es categoría 3 para ACO y categoría 2 para ACI
- Colelitiasis activa o tratada médicamente es categoría 3 para ACO y categoría 2 para ACI
- Uso de drogas que afectan las enzimas hepáticas (ciertos anticonvulsivantes y rifampicina) es categoría 3 para los ACO y categoría 2 para los ACI

Orientación y consejería

Es similar a la descrita para el uso de la anticoncepción combinada oral. Se debe destacar:

- Que la eficacia depende de la regularidad de su uso y que se deben recibir las inyecciones en los días indicados, independientemente de cuando se presenten los sangrados uterinos, ya que muchas personas creen que la inyección debe hacerse durante la menstruación.
- Que pueden producir sangrados irregulares.
- Que no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.

Evaluación de la potencial usuaria

La evaluación se debe hacer de la manera ya descrita para una potencial usuaria de ACO.

Inicio del inyectable mensual combinado

- La primera inyección debe administrarse entre el 1° y 7° día del ciclo menstrual, aunque podría comenzarse más tarde si se está segura/o que la mujer no está embarazada. Si comienza después del 7° día del ciclo menstrual se recomienda usar métodos de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso.
- La inyección es intramuscular, con las precauciones de asepsia habituales. La presentación de noretisterona y valerianato de estradiol se comercializa en jeringas especialmente cargadas con el anticonceptivo para que la propia mujer pueda administrarse la inyección.
- En el período post-parto, la mujer que no amamanta puede empezar el uso de ACI después de la tercera semana ya que antes hay riesgo de trombosis. Si está lactando, no debe usarlo en los primeros 6 meses. Después de 6 meses, puede iniciar su uso aunque esté en amenorrea, si está segura de no estar embarazada, en cuyo caso debe usar protección adicional durante los primeros siete días de uso.

Uso de los inyectables combinados mensuales

- Las inyecciones deben repetirse cada 4 semanas. El sangrado ocurrirá alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe enfatizar que la fecha de sangrado no es lo que determina cuando repetir la inyección sino la fecha de la primera administración.
- Si no es posible cumplir con la fecha exacta, se

¹² World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

pueden usar hasta 7 días antes y 7 días después de la fecha indicada, advirtiéndole que esto producirá desorden de los sangrados.

- Para minimizar el riesgo de atraso en la inyección mensual, que conlleva riesgo de embarazo, la mujer debe saber exactamente cuando le corresponde y tener citación para recibirla.

Seguimiento

- El seguimiento es básicamente el mismo que el descrito para la píldora combinada. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales se debe reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método.

Manejo de efectos adversos

- El manejo de los efectos adversos es el descrito para la ACO.
- En caso de efectos adversos intolerables o si hay riesgo de anemia, debe considerarse el cambio a otro método. Si la vía de administración deseada es la inyectable, se puede sugerir el uso de inyectables de progestágeno solo.

3.1.3. ANTICONCEPCION COMBINADA EN ANILLO VAGINAL Y PARCHES TRANSDERMICOS

Anillo vaginal combinado (AVC)

Es un anillo flexible, hecho de evatane, que libera 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonogestrel al día (NuvaRing¹³). Está diseñado para un solo ciclo de uso con tres semanas de uso continuo seguidas de un período de una semana sin anillo. Puede ser insertado y retirado fácilmente por la propia mujer.

Parque Transdérmico (PTD)

Es un sistema anticonceptivo transdérmico, que libera 20 mcg de etinil estradiol y 150 mcg de norelgestromin al día (Evra). Se usa un parche semanal por tres semanas, seguidas de un período de una semana sin parche.

Aunque la información sobre estos dos últimos métodos es aun escasa, se considera que su mecanismo de acción, eficacia anticonceptiva, seguridad y criterios médicos de elegibilidad son similares a los de los anticonceptivos orales combinados. Pueden iniciarse del mismo modo que los anticonceptivos orales combinados.

3.2. ANTICONCEPCION CON PROGESTAGENO SOLO

Los anticonceptivos con progestágeno solo o progestina sola (APS) son usados por un número creciente de mujeres, particularmente en el período de lactancia o por mujeres que deben evitar el uso de estrógenos. Estos anticonceptivos incluyen diferentes vías de administración del esteroide:

- **Anticoncepción oral:** los esteroides usados por vía oral (llamados también mini-píldoras) son linestrenol, levonorgestrel, desogestrel y noretindrona.
- **Anticoncepción inyectable:** los esteroides usados por esta vía son acetato de depomedroxiprogesterona (AMPD) o enantato de noretisterona (EN-NET).
- **Implantes sub-dérmicos:** los esteroides usados por esta vía son levonorgestrel o etonogestrel.
- **Anillo vaginal de progesterona.**
- **Dispositivo intrauterino (DIU) liberador de levonorgestrel.**

¹³ Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay solo una o dos alternativas en el mercado nacional.

En primer lugar se describen las semejanzas y diferencias entre los distintos métodos y más adelante, cada método en particular. El DIU que libera levonorgestrel se describe en la sección sobre DIU.

Aspectos generales

Características comunes

- Los métodos de progestágeno solo son adecuados para las mujeres que presentan condiciones que excluyen el uso de estrógenos.
- Pueden usarse durante la lactancia, comenzando después de las 6 semanas post-parto, ya que no afectan la duración de la lactancia ni el crecimiento de las/los lactantes. Su uso está asociado a una prolongación de la amenorrea post-parto. No se han detectado efectos sobre el metabolismo óseo o la densidad ósea en el primer año post-parto en usuarias de implantes y de píldoras.
- En general, no tienen efectos cardiovasculares adversos y tienen escasos efectos metabólicos.
- Los efectos colaterales son pocos, pero todos los APS modifican la función ovárica y el endometrio y provocan sangrados irregulares.
- Su uso es independiente del coito.
- No protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- Los criterios médicos para el uso de estos métodos también son similares, como se describe más adelante, pero difieren en algunos aspectos porque la dosis del progestágeno es mayor en el caso de los inyectables y menor en el caso de píldoras e implantes.

Diferencias

Las diferencias entre los APS dependen de la vía de administración y del esteroide empleado:

- Los distintos progestágenos tienen diferente

acción biológica y, por esta razón, algunos efectos en el organismo de la mujer pueden diferir según el esteroide que se use.

- Los inyectables entregan una dosis más alta que los otros métodos y son muy efectivos para inhibir la ovulación. Si bien en las usuarias de píldoras e implantes, la mayoría de los ciclos también son anovulatorios, el mecanismo de acción más importante es la alteración del moco cervical y la inhibición de la penetración espermática.
- Los inyectables e implantes evitan el primer paso por el hígado, que no recibe así una sobrecarga de esteroide, y permiten administrar esteroides que no son activos por la vía oral como la progesterona.
- Los aspectos relacionados con el uso y los servicios también difieren según la vía de administración. Las píldoras están bajo el control directo de la usuaria y su eficacia depende en gran medida del uso consistente y correcto. Los inyectables y los implantes, particularmente estos últimos, dependen de las/los proveedoras/es y la usuaria tiene menos control para discontinuar el método, ya que no puede suprimir de inmediato el efecto del depósito entregado por la inyección o depende del servicio para el retiro de los implantes.

Mecanismo de acción anticonceptiva

El mecanismo de acción de los métodos de progestágeno solo tiene similitudes y diferencias de acuerdo al esteroide usado y a la vía de administración. Todos estos métodos reducen la cantidad del moco cervical, e inhiben la penetración de los espermatozoides impidiendo así la fecundación. La mayoría de las píldoras de progestágeno solo y los implantes de levonorgestrel inhiben la ovulación en el 50% a 60% de los ciclos. Las píldoras y el implante de etonogestrel, y los inyectables, que liberan dosis más altas de esteroides, prácticamente siempre inhiben la ovulación.

Efectos adversos

Los APS determinan pocos problemas serios de salud ya que no contienen estrógenos y pueden usarse cuando los métodos hormonales combinados representan un riesgo para la salud. El más frecuente de los efectos adversos menores son las alteraciones menstruales. Otros son similares a los producidos por la ACO pero menos frecuentes y dependen del esteroide y la vía de administración: cefalea, náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico, tensión premenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo. El manejo de estos efectos adversos es similar al descrito para los métodos hormonales combinados.

Alteraciones menstruales

Todos los progestágenos producen cambios en el endometrio, lo que provoca alteración de los sangrados uterinos que incluyen cambios en su periodicidad, duración y cantidad. Los sangrados irregulares y/o amenorrea, son la principal causa de discontinuación del uso de estos anticonceptivos.

- Durante el uso de las píldoras y los implantes, lo más frecuente son ciclos cortos con sangrado intermenstrual y goteo, aunque no aumenta la pérdida de sangre menstrual ni hay anemia. La situación es diferente durante la lactancia y las mujeres sólo presentan sangrados irregulares en el primer mes de uso de píldoras o implantes y luego experimentan una prolongación del período de amenorrea post-parto de varios meses.
- Durante el uso de los inyectables, al comienzo puede presentarse goteo intermitente o sangrados irregulares y posteriormente, las mujeres presentan oligomenorrea o amenorrea.

Es muy importante dar una adecuada información a las potenciales usuarias sobre los desórdenes de sangrado uterino que puede esperar con el uso del método elegido, para que esté preparada a enfrentarlos y tolerarlos mejor. Debe explicarse a la mujer que se trata de un fenómeno que suele ocurrir con el método y que habitualmente cede espontáneamente durante los primeros meses de uso. Si una usuaria presenta un sangrado prolongado o excesivo, o sangrados muy frecuentes, debe descartarse un embarazo o una enfermedad ginecológica. Si el examen es normal, se debe reforzar la orientación como primera medida y recomendar terapia con hierro si es necesario. En las usuarias de píldoras e implantes, si persisten los sangrados alterados, y la mujer está incómoda pero quiere continuar el uso del método, se han ensayado diferentes alternativas para tratarlo:

- a) anticonceptivos orales combinados (que contengan 30 mcg de etinil estradiol) durante 7 a 21 días;
- b) anti-inflamatorios no esteroideos como ibuprofeno en dosis de 600-800 mg por día durante 5 días,
- c) estrógenos (etinil estradiol 20-50 mcg/día) por 14 a 21 días si no están contraindicados.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud.¹⁴

Los criterios de elegibilidad para el uso de de los métodos de progestágeno solo difieren de los usados para la píldora combinada porque los efectos adversos de estos métodos son pocos.

Categoría 4: Sólo el cáncer de mama actual se encuentra en esta categoría por representar un riesgo inaceptable para la salud.

Categoría 3: Las condiciones en que los riesgos

¹⁴ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

son mayores que los beneficios difieren según la vía de administración del método:

Para todos los métodos:

- lactancia en las primeras seis semanas post-parto
- presencia de trombosis venosa profunda o embolía pulmonar
- sangrados vaginales inexplicados (excepto para las píldoras)
- antecedente de cáncer de mama (sin evidencia de enfermedad por 5 años)
- hepatitis viral activa, cirrosis descompensada
- tumores hepáticos sin enfermedad aparente en los últimos 5 años
- la categoría 3 se aplica a migraña con aura (en todas las edades), si aparece durante el uso del método

Sólo para los inyectables (por entregar mayor dosis del esteroide):

- factores múltiples de riesgo cardiovascular
- hipertensión arterial severa (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mm Hg) o asociada a daño vascular
- cardiopatía isquémica
- accidente vascular cerebral
- cardiopatía valvular complicada
- diabetes con nefropatía o retinopatía o con enfermedad vascular o con más de 20 años de duración

Sólo para píldoras e implantes (por entregar menor dosis del esteroide):

- uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina) y de rifampicina
- la categoría 3 se aplica a cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral si aparecen durante el uso de estos métodos

Categoría 2: Son condiciones en que las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles

inconvenientes o riesgos y que requieren orientación o manejo clínico, como en los siguientes ejemplos:

- El uso de inyectables en mujeres menores de 18 años o mayores de 45 años, porque tiene impacto en la masa ósea.
- Los sangrados irregulares no son una restricción, salvo que se sospeche embarazo o patología, en cuyo caso se debe hacer el diagnóstico antes de iniciar el uso del método.
- La terapia antiretroviral tampoco es una limitación pero la condición de la mujer requiere orientación y seguimiento.
- Las venas varicosas no complicadas, la obesidad, los desordenes depresivos y las ITS no son una limitación pero requieren orientación según la evaluación clínica.
- Las mujeres portadoras de un cáncer genital pueden usar APS mientras esperan tratamiento, lo mismo que las que han sido tratadas exitosamente por condiciones pre-malignas del cuello uterino.

Categoría 1: Son condiciones que no representan una restricción para el uso de APS y que se encuentran en la Tabla resumen de los criterios de la OMS.

Orientación y consejería

Una vez que la mujer ha decidido usar APS, se le debe explicar claramente:

- Las características de los diferentes métodos de progestágeno solo, tales como forma de administración, eficacia, sangrados uterinos, efectos adversos, riesgos y beneficios, y costo. Enfatizar las diferencias que hay entre los métodos de progestágeno solo en estas materias.
- La forma de usarlos.
- Los factores de riesgo.
- Los contenidos específicos referentes al método elegido.

- Que no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- Métodos anticonceptivos alternativos.

Evaluación de la potencial usuaria

- La historia clínica permite descartar un embarazo en curso y evaluar los factores de riesgo y las condiciones que restringen el uso de un progestágeno solo según los criterios médicos.
- Las mujeres jóvenes sanas, no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En las mujeres adultas que desean usar el inyectable es importante controlar la presión arterial y descartar ictericia y signos de trombosis venosa profunda. Los análisis de laboratorio sólo se justifican si la mujer pertenece a una categoría de riesgo en la que estos se requieran.
- En ausencia de patologías que contraindiquen el uso de APS, la mujer puede iniciar el método sin necesidad de otra evaluación previa.
- Sin embargo, es buena práctica desde el punto de vista de salud de la mujer evaluar otros aspectos clínicos antes o poco después de iniciado el uso, mediante anamnesis y examen físico que incluya control de peso, presión arterial, examen ginecológico y mamario y frotis cervical para Papanicolaou. También es una oportunidad para aplicar el Examen de Medicina Preventiva.
- Si la mujer debe recibir tratamiento con ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina,

barbitúricos, primidona) o con rifampicina, debe recomendarse el uso de otros métodos anticonceptivos. Si los APS representan la única alternativa posible, se debe recomendar protección adicional mientras usa el medicamento.

3.2.1. PILDORAS DE PROGESTAGENO SOLO

Los anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) o píldoras de progestágeno solo (PPS) disponibles en Chile son: linestrenol 0.5 mg/día; levonorgestrel 30 mcg/día y desogestrel 75 mcg/día.

Eficacia anticonceptiva

Durante la lactancia, la tasa de embarazo durante el uso correcto de las píldoras de progestágeno solo es de 0.5 por 100 años-mujer, y de 1 por 100 años-mujer durante el uso típico. Se estima que las tasas de embarazo son más altas en mujeres que no están amamantando y en mujeres menores de 35 años (ver Tabla 1). Es esencial la regularidad de uso de esta píldora para obtener la mayor efectividad posible, lo que debe ser un aspecto destacado de la orientación a las usuarias de este método.

El riesgo de embarazo ectópico en una usuaria de PPS es menor que el de la población general que no usa anticoncepción, dada la alta eficacia anticonceptiva del método. Sin embargo, cuando se produce un embarazo en usuarias de estas píldoras, éste tiene más

Tabla 5. Comparación entre las vías de administración de los métodos de progestágeno solo

Inyectables	Píldoras e implantes	Implantes e inyectables
Mayor dosis del esteroide Muy efectivos en inhibir la ovulación Bajos niveles endógenos de estrógenos	Menor dosis diaria del esteroide Inhibición de la ovulación menos consistente Se mantiene la producción de estrógenos endógenos	Evitan el primer paso por el hígado

probabilidades de ser ectópico que un embarazo que ocurre por falla de otros métodos o en mujeres sin anticoncepción.

Efectos benéficos

Las píldoras de progestágeno solo son uno de los métodos anticonceptivos que determina menos problemas de salud dada la baja dosis de esteroides que contienen. No afectan la presión arterial ni aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica. Tampoco afectan el metabolismo de los lípidos ni la función hepática.

Efectos adversos

Además de los síntomas y alteraciones de los sangrados ya descritos, comunes a los APS, ocasionalmente se detectan folículos persistentes o quistes foliculares en el examen ecográfico, los que habitualmente son asintomáticos y regresan espontáneamente en 30 a 60 días con o sin interrupción del método.

Uso de las píldoras de progestágeno solo

- Se recomienda iniciar la ingesta entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual, aunque puede hacerlo más tarde si la mujer está segura de no estar embarazada. En ese caso, debe usar protección adicional al menos por 48 horas.
- Se debe tomar la píldora cada día sin interrumpir su uso y, en lo posible, a la misma hora. La eficacia anticonceptiva depende del uso correcto.
- Durante la lactancia se recomienda comenzar después de 6 semanas post-parto y continuar sin interrupción mientras dure el amamantamiento. Una vez finalizada la lactancia, se recomienda continuar tomando la píldora hasta el inicio de

la menstruación que sigue al destete. En ese momento se debe decidir continuar o cambiar de método anticonceptivo.

- Si se olvida una píldora o se retrasa la ingestión más de 3 horas debe tomarse la píldora omitida lo antes posible y usar otras precauciones anticonceptivas por 48 horas.

Seguimiento

El seguimiento es básicamente el mismo que el descrito para la píldora combinada. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales es preciso considerar la posibilidad de un embarazo. Si este se confirma, se debe suspender el uso de las píldoras.

3.2.2. PROGESTAGENOS INYECTABLES DE ACCION PROLONGADA

En Chile está disponible el acetato de medroxiprogesterona de depósito en dosis de 150 mg (AMPD, Depoprodasone¹⁵) para uso por vía intramuscular cada 3 meses. Es la formulación inyectable más usada en el mundo. En otros países también hay enantato de noretisterona (EN-NET), en dosis de 200 mg por vía intramuscular cada 2 meses.

Eficacia anticonceptiva

Los progestágenos inyectables de acción prolongada son altamente eficaces, siendo la tasa de embarazo de alrededor de 0.3 por 100 años-mujer durante el primer año de uso correcto y de 3 por 100 años-mujer durante el uso típico (ver Tabla 1).

Efectos benéficos

El uso prolongado de los progestágenos inyectables

15 Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay sólo una o dos alternativas en el mercado nacional.

disminuye la pérdida de sangre menstrual y previene la anemia por deficiencia de hierro. Además disminuye la incidencia de dismenorrea y enfermedad inflamatoria pélvica. AMPD reduce en 60% la incidencia de cáncer de endometrio.

Efectos adversos

Además de los síntomas y alteraciones de los sangrados ya descritos, comunes a los APS, puede haber alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y los lípidos. Se ha observado una menor densidad ósea durante el uso de AMPD lo que indica que debe tenerse cautela en el uso de este inyectable en mujeres menores de 18 años o mayores de 45 años. Hay una débil asociación entre el uso de AMPD y mayor riesgo de cáncer de mama, como en el caso de las píldoras anticonceptivas combinadas.

Recuperación de la fertilidad

La recuperación de la fertilidad al suspender el acetato de medroxiprogesterona requiere de más tiempo que otros métodos. La ovulación se recupera alrededor del quinto mes. El 50% y el 92% de las mujeres, respectivamente, se han embarazado a los 9 meses y a los 2 años después de la última inyección.

Uso de progestágenos inyectables de acción prolongada

- La primera inyección puede colocarse los primeros 7 días de iniciada la menstruación; en la primera semana post-aborto; a las 6 semanas post-parto si la mujer está en lactancia; o en otros momentos si la mujer no está embarazada. Si se inician después del 7° día del ciclo, se debe usar protección adicional por 7 días.

- La vía de administración es la intramuscular con las precauciones de asepsia habituales.
- Posteriormente, debe administrarse AMPD cada 90 días. Si no es posible hacerlo en la fecha exacta, se puede administrar hasta dos semanas antes y después.

Seguimiento

El seguimiento es básicamente el mismo que el descrito para la píldora combinada. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales es preciso reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método.

3.2.3. IMPLANTES SUBDERMICOS DE ACCION PROLONGADA

Los implantes de progestágeno, colocados subcutáneamente, liberan el esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficientes para obtener el efecto anticonceptivo deseado. Existen tres presentaciones, de las cuales dos están disponibles en Chile:

- Implantes que liberan levonorgestrel (LNg): Norplant consiste en 6 cápsulas de 34 mm de largo y 2.4 mm de diámetro cada una de las cuales contiene 36 mg de levonorgestrel. Jadelle (no registrado en Chile) está constituido por 2 cilindros sólidos de 43 mm de largo y 2.4 de diámetro, cada uno de los cuales contiene 75 mg de levonorgestrel.
- Implante que libera etonogestrel: Implanon es un solo implante de 4 centímetros que contiene 68 mg of etonogestrel (metabolito de desogestrel) y entrega 40 mcg al día del esteroide.¹⁶

¹⁶ Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay sólo una o dos alternativas en el mercado nacional.

Eficacia anticonceptiva

Los implantes de progestágeno solo son muy eficaces. Para los implantes de levonorgestrel, la tasa de embarazo es menor de 0.1 por 100 en el primer año de uso, y la tasa acumulativa de embarazo es alrededor de 1.5 por 100 a los 5 años (ver Tabla 1). La eficacia de Norplant se mantiene elevada hasta los 7 años de uso en mujeres que pesan menos de 70 kgs y sólo durante 4 años para mujeres que pesan 80 kgs o más. La eficacia disminuye levemente después del quinto año en las mujeres que pesan entre 70 y 79 kgs, quienes pueden decidir si quieren conservar el implante hasta los 7 años. Para el implante de etonogestrel la tasa de embarazo es menor de 0.1 por 100 en el primer año de uso y está registrado para 3 años de uso. Los implantes se deben extraer o recambiar al terminar los plazos en que son efectivos.

En usuarias de implantes de levonorgestrel, dada la alta eficacia anticonceptiva del método, la incidencia de embarazo ectópico es inferior (0.3 por 1000 años-mujer) a la observada en mujeres que no usan anticoncepción (2.66 por 1000 años-mujer). Sin embargo, si se produce un embarazo en una usuaria de implante, hay mayor probabilidad de que sea ectópico que si se trata de un embarazo en mujeres sin anticoncepción.

Efectos benéficos

Además de su elevada eficacia anticonceptiva, los implantes no alteran la función hepática, la función tiroidea, el metabolismo de los hidratos de carbono ni los electrolitos plasmáticos. Los lípidos no se alteran en forma significativa. El efecto sobre la densidad ósea es discreto o inexistente.

Efectos adversos

Además de los síntomas y alteraciones de los sangrados ya descritos, comunes a los APS, con los

implantes de levonorgestrel ocasionalmente se detectan folículos persistentes o quistes foliculares en el examen ecográfico, los que habitualmente son asintomáticos y regresan espontáneamente en 30 a 60 días con o sin interrupción del método.

Recuperación de la fertilidad

La recuperación de la fertilidad es rápida. La tasa de embarazo posterior al retiro de Norplant es similar a la observada en mujeres que se retiran un dispositivo intrauterino.

Inserción y retiro de los implantes

Los implantes se colocan bajo la piel del antebrazo o del brazo mediante un trocar, previa infiltración con anestesia local a través de una incisión de 3 mm o directamente puncionando con la punta del trócar. La inserción puede hacerse durante los primeros 7 días de iniciada la menstruación; en la primera semana post-aborto; a las 6 semanas post-parto si la mujer está en lactancia; o en otros momentos si la mujer no está embarazada. Si se insertan después del 7° día del ciclo, se debe usar protección adicional por 7 días.

La extracción se realiza a través de una incisión del mismo tamaño en el mismo lugar usado para la inserción también empleando anestesia local. Si la mujer desea continuar con el método, se pueden reinsertar nuevos implantes inmediatamente después de la extracción y a través de la misma incisión. En la inserción y extracción deben usarse procedimientos estériles.

Las y los profesionales deben ser entrenadas/os para una correcta técnica de inserción y retiro, así como en la orientación que requieren las usuarias antes y durante el uso de estos métodos hormonales de acción prolongada.

3.2.4. ANILLO VAGINAL DE PROGESTERONA

El anillo vaginal de progesterona (AVP) Progering¹⁷ fue diseñado como anticonceptivo para el período de lactancia buscando una alternativa a los progestágenos sintéticos. Consiste en un anillo de silastic de 58 mm de diámetro que contiene alrededor de 2 g de progesterona. Los anillos liberan 10 mg de progesterona al día durante un período de 4 meses, la que se absorbe a través de la pared de la vagina, logrando concentraciones plasmáticas de progesterona de 25 nmol/L en la primera semana de uso, para descender gradualmente hasta 10 nmol/L al final del tercer mes. El anillo se coloca en la vagina a partir de los 60 días post-parto cuando la mujer está en lactancia exclusiva y amenorrea, se mantiene continuamente en la vagina y es reemplazado cada 3-4 meses por otro anillo mientras dura la lactancia o hasta que se cumpla un año post-parto.

La eficacia anticonceptiva del AVP durante la lactancia es alta con tasas acumuladas de embarazo de

0 a 1.5 por 100 años mujer, similar a lo observado con el DIU con cobre. La progesterona prolonga el período de anovulación y amenorrea post-parto, reforzando los mecanismos naturales de la infertilidad asociada a la lactancia.

El AVP no altera la duración de la lactancia ni el crecimiento de los lactantes. La progesterona no se absorbe por vía oral, por esto no es bio-disponible para el lactante si la ingiere en la leche materna. La progesterona no tiene contraindicaciones médicas y no tiene efectos sistémicos. Se evita el primer paso por el hígado lo que permite utilizar dosis bajas. Los AVP no requieren preocupación diaria de la usuaria, pueden discontinuarse a voluntad y la auto-administración es percibida como una ventaja por muchas mujeres. Pueden producir efectos locales (irritación, dolor, aumento de la secreción vaginal, lesiones del epitelio) y molestias durante las relaciones sexuales. Pueden expulsarse e incluyen la posibilidad de uso incorrecto.

**En cumplimiento de la Resolución N° 740 del 18 de abril de 2008
del Excelentísimo Tribunal Constitucional de Chile**

17 Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay sólo una o dos alternativas en el mercado nacional.

4. Anticoncepción No Hormonal

Introducción

Los métodos de anticoncepción no hormonal incluyen una variedad de métodos cuya característica común es la de carecer de efectos sistémicos. Algunos de ellos, como la esterilización femenina y los dispositivos intrauterinos, son usados por gran número de mujeres en todo el mundo, siendo los métodos de mayor prevalencia de uso en ciertos países.

Su eficacia anticonceptiva varía siendo muy efectivos los de uso prolongado como la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los dispositivos intrauterinos con cobre, y menos efectivos los que dependen de la conducta de los usuarios y usuarias, como los métodos de barrera y de abstinencia periódica.

Existen métodos anticonceptivos no hormonales reversibles y permanentes:

4.1. Reversibles:

4.1.1. Dispositivos intrauterinos

4.1.2. Métodos de barrera

- Masculinos: Condón de látex; Condón de poliuretano

- Femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano; Capuchón cervical; Esponja; Espermicidas

4.1.3. Método de la amenorrea de lactancia

4.1.4. Métodos de abstinencia periódica: Ovulación o moco cervical; Temperatura basal;

Calendario; Sintotérmico

4.2. Permanentes:

4.2.1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina

4.2.2. Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

El condón masculino tiene gran importancia porque ofrece protección contra las infecciones transmisibles por vía sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El condón femenino también ofrecería esta protección pero no hay suficiente evidencia clínica disponible todavía. El diafragma, y probablemente el capuchón cervical, ofrece alguna protección contra las ITS bacterianas. Los otros métodos no hormonales no protegen de las ITS, incluyendo VIH.

Por esto, el uso correcto y consistente de condones debe recomendarse a todas las mujeres y parejas que elijan otro anticonceptivo para evitar el embarazo (doble protección).

4.1.1. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son anticonceptivos reversibles, efectivos y seguros para la mayoría de las mujeres. Son usados por más de 130 millones de mujeres en el mundo y por cerca del 55% de las mujeres que se atienden en el SNSS de Chile. Un DIU es un elemento pequeño y flexible de plástico, con cobre o con levonorgestrel, que impide el embarazo cuando se inserta dentro de la cavidad uterina.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS CON COBRE

El DIU con cobre (DIU-Cu) más usado y estudiado es la T de Cobre 380A (T-Cu 380A) que está registrada en Chile para ser usada durante 10 años. La T-Cu 380A, cuya barra longitudinal mide 36 mm y cuya rama horizontal mide 32 mm de largo, tiene un filamento de cobre en la rama vertical y manguitos de cobre en la rama transversal con superficie total de 380 mm². Otros dispositivos actualmente en uso son la T-Cu 220C; la Nova T; y el Multiload 375 (en tamaños mini, short y estándar). No deben usarse los modelos más antiguos de DIU con cobre, como la T-Cu 200 y el 7-Cu ni los dispositivos inertes porque su eficacia anticonceptiva es más baja.

Eficacia anticonceptiva

El DIU más efectivo es la T-Cu 380A, seguido por el Multiload 375 con tasas de embarazo menores de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso (ver Tabla 1). Las tasas acumuladas de embarazo a los 10 años fluctúan entre 2.2 y 3.4 por 100 para la T-Cu 380A y entre 2.9 y 5.4 por 100 para el Multiload 375.

Por su elevada eficacia anticonceptiva, los DIU con cobre disminuyen el riesgo de embarazo ectópico (tasa de embarazo ectópico menor de 1 por 1.000 mujeres por año en comparación con una tasa de 2.66 por 1.000 en mujeres que no usan anticoncepción). Sin embargo, cuando se produce un embarazo en usuarias de DIU, este tiene más probabilidades de ser ectópico que un embarazo en mujeres que no usan anticonceptivos.

Mecanismo de acción

En el efecto anticonceptivo de los DIU con cobre participan diversos mecanismos. Como todos los cuerpos extraños con baja bio-compatibilidad, producen una reacción inflamatoria local que se expresa en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia de cobre. Los iones

cobre alcanzan concentraciones elevadas en los fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital de la mujer que son tóxicas para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y la viabilidad de los gametos. Por esto, pocos espermatozoides llegarían al extremo distal de la trompa de Falopio, y aquellos que lo hacen están en malas condiciones para fecundar al oocito. No existe evidencia que apoye otro mecanismo de acción durante el uso continuo de un DIU con cobre.

Recuperación de la fertilidad

El uso de un DIU con cobre no altera la fertilidad de las mujeres. La tasa de embarazo es alrededor de 80 por 100 mujeres a los 12 meses después del retiro del DIU, semejante a las tasas de embarazo de quienes no han usado anticoncepción y de quienes discontinúan el uso de píldoras anticonceptivas.

Efectos benéficos

Los DIU con cobre no producen efectos adversos sistémicos y su uso se asocia a una frecuencia significativamente menor de molestias generales en comparación con los métodos hormonales, representando una alternativa particularmente adecuada para mujeres que tienen factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales.

Efectos adversos

- **Infecciones:** El efecto adverso más importante que se ha asociado al uso de un DIU son las infecciones genitales y pélvicas. Las infecciones pélvicas se presentan con frecuencia mayor en los primeros 20 días después de la inserción si se compara con los meses subsiguientes. El riesgo de infección se mantiene bajo posteriormente y no aumenta con el uso prolongado. Por eso, es dudosa la contribución de los dispositivos modernos en el riesgo de infección después del primer mes de la inserción.

Para evitar las infecciones, es indispensable mantener una asepsia rigurosa en la inserción del DIU, hacer una evaluación de la potencial usuaria para descartar infecciones ginecológicas y evaluar riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS).

- **Sangrados excesivos o prolongados:** Es el efecto colateral más frecuente y la principal razón para discontinuar el método. Son más evidentes en los tres primeros meses después de la inserción y son menos frecuentes cuando la inserción se realiza durante la amenorrea de lactancia. Algunas mujeres pueden presentar anemia y necesitar terapia con hierro o la extracción del DIU.
- **Dolor:** Las mujeres pueden presentar dismenorrea o intensificación del dolor menstrual que presentaban previamente. También pueden presentar dolor pélvico en otros períodos o molestias durante las relaciones sexuales. El dolor fuera del período menstrual debe investigarse ya que puede ser un signo de infección o de posición incorrecta del DIU.
- **Complicaciones del embarazo con DIU:** Cuando se produce un embarazo con un DIU in situ, hay un riesgo alto de aborto y de infecciones, especialmente en el segundo trimestre y una mayor frecuencia de partos prematuros. Por esto, si las guías (colas) están visibles, se recomienda extraer el DIU tan pronto como se detecte el embarazo y advertir a la usuaria de los riesgos y los signos de infección. Si no están visibles, debe hacerse una ultrasonografía para comprobar si el DIU está aún en la cavidad uterina. Si está en la cavidad, se debe intentar localizar las colas en el canal uterino para retirarlo. Si no es posible, debe monitorearse cuidadosamente el embarazo y advertir a la mujer

de los signos de las posibles complicaciones.

- **Perforación:** Con los actuales dispositivos en forma de T y la técnica de inserción que se utiliza, el riesgo de perforación uterina es muy bajo, menor de 1 por 1000 inserciones. La perforación generalmente se produce en el momento de la inserción y se asocia a dolor o sangrado, o puede cursar en forma asintomática. Hay mayor riesgo de perforación en los casos de inserción post-parto inmediato, en la inserción durante el puerperio, en úteros con cicatrices anteriores y en úteros en retroversión severa. La perforación puede ser total o parcial, en la que parte del DIU está en el útero y parte fuera de éste. La experiencia de quien hace la inserción es un factor muy importante para evitar perforaciones, lo que hace imprescindible la capacitación y la práctica supervisada.
- **Incrustación:** Es un problema que se presentaba en el uso prolongado de los antiguos DIU inertes asociado a hipermenorrea que no responde a fármacos antiinflamatorios no esteroideos. No se ha descrito para los actuales DIU.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud ²⁰

La inserción de un DIU requiere una cuidadosa evaluación, de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, ya que los problemas pueden reducirse a un mínimo si no hay factores de riesgo.

Categoría 4: No debe insertarse un DIU ya que representa un riesgo inaceptable para la salud de la mujer cuando hay:

- embarazo en curso
- aborto séptico reciente

²⁰ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

- sepsis puerperal reciente
- enfermedad inflamatoria pélvica activa
- cervicitis purulenta, o infección por clamidia o gonorrea
- anomalías severas de la cavidad uterina o fibromas que la distorsionen
- sangrado vaginal anormal que sugiera una patología importante
- cáncer endometrial o cáncer cervical
- enfermedad trofoblástica maligna
- tuberculosis pélvica

Categoría 3: Los riesgos de usar un DIU son mayores que las ventajas en las siguientes condiciones:

- intervalo entre las 48 horas y las primeras 4 semanas post-parto
- enfermedad trofoblástica benigna
- SIDA
- el riesgo de ITS y el uso de terapia antiretroviral pueden estar en categoría 3 o 2 para lo que se debe usar criterio clínico al hacer la evaluación
- casos de violación, por el trauma y el riesgo de que la mujer haya estado expuesta a contraer una infección

Categoría 2: Las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos asociados a su uso, pero las condiciones clasificadas en esta categoría requieren orientación o precauciones. Entre estas están el uso en mujeres menores de 20 años o nulíparas, en el post-parto inmediato, en portadoras de cardiopatía valvular por el riesgo de endocarditis bacteriana, o si hay una vaginitis por tricomonas o vaginosis bacteriana. Cabe destacar que:

- Los sangrados vaginales irregulares son frecuentes y se puede insertar un DIU si no hay alguna razón para sospechar una condición patológica. Si el sangrado vaginal sugiere alguna condición

asociada con el embarazo o con una patología como una enfermedad pélvica maligna, deberá investigarse antes de insertarle un DIU.

- Si una mujer es portadora de VIH y escoge, después de haber recibido orientación adecuada y de haber discutido otras opciones anticonceptivas, usar un DIU, se debe recomendar además el uso de condones como doble protección.

Categoría 1: Son condiciones que no representan una restricción para el uso de un DIU y que se encuentran en la Tabla resumen de los criterios de la OMS.

Evaluación de las potenciales usuarias

La adecuada evaluación de las potenciales usuarias es un elemento esencial para el uso correcto de un DIU.

- Es importante evaluar factores de riesgo de ITS y VIH. Por ello, la entrevista se debe realizar en un ambiente cálido, acogedor y privado, asegurando confidencialidad.
- La anamnesis debe incluir la historia ginecológica y obstétrica; antecedente de ITS, incluyendo VIH, y de proceso inflamatorio pélvico (PIP); y enfermedades sistémicas como anemia, valvulopatía cardíaca o inmunodepresión.
- El examen ginecológico debe evaluar cuidadosamente la normalidad del útero (examen pélvico bimanual, visualización del cuello uterino con espéculo) y la presencia de signos de infección ginecológica.
- En presencia de infección ginecológica (cervicitis purulenta, o infección por clamidia o gonorrea) no debe insertarse un DIU y esta debe tratarse previo a la inserción. En caso de un proceso inflamatorio pélvico (PIP), se debe postergar la inserción por tres meses después de un tratamiento adecuado.
- No se requieren exámenes de laboratorio de rutina. Debe realizarse un Papanicolaou o tests

para descartar ITS si la anamnesis o el examen físico generan dudas sobre la presencia de cáncer o infecciones.

Orientación y consejería

Antes de la inserción:

- Todas las potenciales usuarias de DIU deben recibir orientación apropiada para escoger y utilizar el método.
- Deben conocer el tipo de DIU que se va a insertar (se debe mostrar). Deben ser informadas de su eficacia, los beneficios y efectos adversos asociados al uso, la posibilidad de experimentar sangrados excesivos y prolongados en los primeros meses, la posibilidad de una expulsión en las primeras semanas y los signos de una eventual infección pélvica.
- Se deben aclarar dudas y mitos comunes con respecto a los DIU: que producen cáncer, que el "óxido" que desprende la T-Cu perjudica la salud, o que pueden migrar a otras partes del cuerpo.

Después de la inserción

- Explicar a la mujer que el DIU puede ser expulsado espontáneamente durante las primeras 6 semanas después de su inserción o durante una menstruación; que puede ser total o parcial y puede acompañarse de contracciones y dolor, o ser silenciosa, y que está expuesta al riesgo de embarazo si no percibe la expulsión o si esta no es detectada en el examen.
- Debe enseñarse a la usuaria como detectar las guías (colas) del dispositivo en la vagina, para minimizar la probabilidad de una expulsión inadvertida. Las guías deben ser revisadas después de cada menstruación, y en cualquier momento del ciclo en que la usuaria sienta cólicos inusuales.

Se recomienda utilizar un DIU de muestra y permitir que la mujer practique para que aprenda como se sienten las guías y la parte inferior del dispositivo. Algunas mujeres pueden rechazar este procedimiento de auto-examen y requerir seguimiento más frecuente.

- Recomendar a la mujer que acuda lo antes posible a su centro de salud en cualquiera de las siguientes situaciones: si no logra palpar las guías; si palpa la parte dura del dispositivo; si expulsa el dispositivo; si no llega la menstruación. En estos casos, mientras se determina si el DIU está in situ, debe recomendarse el uso de otro método anticonceptivo no hormonal, como el condón masculino.
- Recomendar a la mujer que acuda inmediatamente a su centro de salud si tiene cualquiera de los siguientes signos o síntomas de alarma, que pueden indicar una complicación seria, lo que es muy poco frecuente: fiebre o calofríos, dolor o sensibilidad pélvica, flujo vaginal purulento o sangrado vaginal anormal excesivo.
- Si la mujer presenta dolor después de la inserción, se puede recomendar el uso de analgésicos no esteroideos como ibuprofeno, aspirina, paracetamol, advirtiéndole que debe consultar si el dolor es severo y dura más de 24 horas.
- Debe destacarse la importancia de los controles de seguimiento.
- Debe aprovecharse esta oportunidad para ofrecerle a la mujer otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Inserción de un DIU

Elección del DIU

La T de Cobre 380 A es el DIU de elección en la mayoría de los casos, por ser el de mayor eficacia y

mayor duración, siendo además su costo más bajo que el de otros dispositivos. Deben utilizarse solamente DIU pre-esterilizados y en empaque individual. Cuando una mujer ha presentado problemas de sangrado con los DIU con cobre, puede considerarse el uso de un dispositivo intrauterino con levonorgestrel.

Momento de la inserción

- Un DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual, si la mujer está usando otro método anticonceptivo eficaz y si no está embarazada, no siendo necesario indicar protección anticonceptiva adicional. Las ventajas de insertarlo durante la menstruación son: la menor probabilidad de insertar el DIU en un útero grávido; la inserción puede resultar más fácil y menos dolorosa, y el sangrado relacionado con la inserción causará menos ansiedad.
- Los DIU con cobre pueden insertarse a partir de las 4 semanas post-parto (vaginal o cesárea), como también durante los primeros seis meses post-parto en mujeres en amenorrea de lactancia. Estas inserciones son muy bien toleradas y las tasas de continuidad al final del primer año son más altas que las de inserciones hechas durante la menstruación.
- Un DIU puede insertarse también inmediatamente después de un parto (hasta 48 horas) o inmediatamente después de un aborto no séptico, pero sólo por personal especialmente entrenado en las técnicas específicas ya que hay más riesgos.
- Un DIU con cobre puede insertarse hasta cinco días después de una relación sexual no protegida, como anticoncepción de emergencia.

Principios para la inserción segura y efectiva de un DIU

En la inserción de un DIU, deben efectuarse los siguientes pasos:

- Explicar a la mujer cada etapa que se va a realizar y las molestias que puede presentar y mostrarle el DIU que va a usar.
- Verificar que todo el equipo esté estéril y mantener la asepsia quirúrgica en todo el procedimiento.
- Cargar el DIU en el tubo insertador sin sacarlo del envoltorio, aun si se utilizan guantes esterilizados, para disminuir la probabilidad de contaminarlo. Este procedimiento debe ser aprendido por todo el personal de salud que coloque DIU. Mantener el DIU en todo momento libre de la contaminación ambiental o de las paredes vaginales.
- Seguir cuidadosamente las instrucciones para la inserción propias de cada DIU ya que diferentes dispositivos requieren aspectos técnicos específicos.
- Realizar todas las etapas del procedimiento en forma lenta y suave, asegurándose de que la mujer está cómoda y lo más relajada posible y explicándole lo que se está haciendo.
- Hacer un examen pélvico bimanual y examinar el cuello con espéculo para: determinar el tamaño, forma, posición y movilidad del útero; para identificar cualquier masa anexial; y para descartar cualquier signo de embarazo o de infección pélvica.
- Realizar asepsia cervical con un antiséptico local (por ejemplo povidona yodada) esperando dos minutos para que sea efectivo.
- Realizar histerometría previa para confirmar la dirección y posición del canal cervical y medir el útero. El histerómetro debe estar y mantenerse rigurosamente estéril.
- En general, se recomienda pinzar el cuello uterino con una pinza Pozzi para fijar la posición del útero, aunque no siempre es necesario si quien hace la inserción tiene experiencia en el procedimiento. Pinzar el cuello puede ser especialmente necesario

en algunos casos, como retroversión o anteversión uterina exagerada, condiciones en que se deben extremar los cuidados al hacer la inserción.

- **Cautela:** No usar fuerza para introducir el histerómetro o el tubo insertador del DIU sino “negociar” con el cuello el paso del instrumento. Si hay alguna obstrucción a nivel del orificio cervical interno, un leve movimiento o tracción hacia fuera con la pinza puede facilitar la inserción. No realizar la inserción si la cavidad mide menos de 6.5 cm, si no se puede introducir el histerómetro o si la histerometría es más de 9 cm, ya que puede ser signo de perforación. En estas situaciones, es necesario discutir otros métodos anticonceptivos con la mujer, o consultar con alguien más capacitado si tiene dudas.
- Cortar las guías o colas a más o menos 3 cm del orificio externo del cuello.
- Dejar a la mujer unos minutos en la camilla, hasta que se sienta bien para levantarse.
- No se recomienda el uso de antibióticos en forma preventiva, salvo en lugares donde la incidencia de ITS es alta y no puede hacerse el diagnóstico en forma adecuada.

Equipo para la inserción

Se requiere: DIU esterilizado; guantes estériles; espéculo bivalvo; pinza Bosseman; tómulas de algodón y aplicadores esterilizados; antiséptico no irritante de la mucosa (como povidona yodada); pinza Pozzi; histerómetro; tijeras Mayo; recipiente para material desechable, recipiente para instrumental usado; cloro y soluciones esterilizantes.

Perforación uterina

Se debe sospechar perforación uterina durante la inserción cuando la histerometría es mayor de 9 centímetros (posible perforación con el histerómetro)

o la inserción del DIU es difícil. Si se sospecha, debe interrumpirse el procedimiento de inmediato, retirar el DIU (si ya se ha insertado) y dejar a la mujer en reposo absoluto controlando signos vitales con frecuencia, hasta que se mantengan estables. La observación debe prolongarse por 2 a 6 horas, de acuerdo a la evolución. Si aparece alteración de los signos vitales, hemorragia, dolor intenso o signos peritoneales, la mujer debe ser enviada de inmediato a un servicio de urgencia y, si es posible, con hidratación parenteral.

Seguimiento y manejo de las complicaciones

- Si no hay problemas, los controles se programan un mes y tres meses después de la inserción y luego anualmente. Los controles están destinados a evaluar los posibles problemas que presente la mujer, a verificar si el DIU está en su sitio y a revisar el riesgo o la presencia de infecciones del tracto genital.
- Si la mujer consulta por dolor, se pueden usar analgésicos no esteroideos como ibuprofeno, paracetamol o naproxeno.
- Si consulta por sangrados excesivos o prolongados, se debe descartar patología intercurrente y tratarla según el diagnóstico. En ausencia de patología pueden usarse analgésicos no esteroideos o ácido tranexámico (hemostático), agregando hierro si hay riesgo de anemia. Si el sangrado continúa o es inaceptable para la mujer, se debe retirar el DIU.
- Si se presenta un proceso inflamatorio pélvico, se debe tratar con los antibióticos adecuados, sin que sea necesario retirar el DIU. Si la mujer solicita el retiro, se debe hacerlo después de haber iniciado la terapia antibiótica. Si la infección no cede es conveniente retirar el DIU y continuar el tratamiento, monitoreando cuidadosamente la evolución.
- Con frecuencia, el no detectar las guías del DIU es la primera indicación de: a) ascenso de las

guías (como puede ocurrir en el caso embarazo); b) expulsión del DIU; c) perforación. Si las guías del DIU se han extraviado, se deben seguir los siguientes pasos:

- Primero descartar la posibilidad de embarazo (si es posible hacer β hCG o ultrasonografía).
 - Descartado el embarazo, explorar el canal cervical con una pinza fina de Bosseman.
 - Si no se pueden localizar las guías en el canal cervical, utilizar un instrumento apropiado (por ejemplo crochet o hélix) para extraerlos de la cavidad uterina.
 - Si no se pueden extraer, puede utilizar un histerómetro para determinar si el DIU todavía está en el útero.
 - Si no se localiza el DIU dentro del útero, puede indicarse una ultrasonografía o una radiografía para determinar si ha ocurrido una perforación.
 - Si el DIU no se localiza en el abdomen, puede descartarse la perforación, y se puede tener la certeza que el DIU ha sido expulsado.
- Si la mujer se embaraza durante el uso de un DIU, se debe descartar un embarazo ectópico. Si las guías del DIU están visibles, se debe retirar para evitar complicaciones posteriores como infección, aborto o parto prematuro, y recomendar a la mujer que consulte en caso de sangrado importante, fiebre o dolor. Si las guías no están visibles, es conveniente hacer una ultrasonografía para verificar si el DIU ha sido expulsado. Si el DIU está en la cavidad uterina, es particularmente importante informar a la mujer de los signos de infección o aborto y de la necesidad de consultar de inmediato cuando éstos se presenten.
 - Cuando la perforación se detecta en un control, se debe intentar el retiro del DIU. Cuando las guías no están accesibles, esto puede requerir histeroscopia,

laparoscopia o laparotomía por médico entrenado en estos procedimientos. Un DIU intraperitoneal puede provocar adherencias peritoneales que pueden evitarse con el retiro oportuno; sin embargo, si ya están presentes, el retiro puede ser muy difícil. Se debe evaluar la factibilidad del retiro en estos casos ya que la cirugía extensa puede poner a la mujer en más riesgo que dejar el DIU donde está.

Retiro del dispositivo intrauterino

Un DIU puede retirarse en cualquier etapa del ciclo menstrual, usando una técnica aséptica. Es importante descartar infecciones genitales, que es necesario tratar antes de la extracción. El DIU se debe retirar:

- Cuando la mujer así lo solicita, por las razones que estime conveniente. Es importante indagar la razón ya que a veces hay mitos o temores infundados que pueden resolverse con una orientación adecuada.
- Por razones médicas de retiro, las que incluyen: embarazo; infección pélvica que no responde al tratamiento antibiótico; perforación uterina; cáncer de cuello uterino o endometrio (una vez iniciado el tratamiento, para evitar un embarazo en el intervalo); expulsión parcial; y sangrados excesivos que ponen en riesgo la salud de la mujer.
- Un año después de la menopausia.
- Cuando expira su efectividad como anticonceptivo, si la mujer no lo solicita antes, siendo la T de Cobre 380 A efectiva por más de 10 años. Como el riesgo de procesos inflamatorios pelvianos se asocia con la inserción, los DIU no deben cambiarse a intervalos más cortos que el de su vida útil.
- No es necesario un intervalo de descanso entre un DIU y el siguiente, si la evaluación muestra que la mujer no tiene factores de riesgo que hagan inadecuado continuar el uso del método.

Capacitación de las y los profesionales de salud

- Los DIU pueden ser insertados por médicos y matronas capacitados/as.
- La prevención de los riesgos asociados al uso de DIU requiere de inserciones técnicamente correctas, en condiciones asépticas, en mujeres sin factores de riesgo. Por esto, la capacitación debe incluir los procedimientos de inserción (que son diferentes para los diferentes tipos de DIU), los criterios médicos para la evaluación de las potenciales usuarias, los elementos que se deben incluir en la orientación y consejería, y otros elementos de calidad de atención relevantes al uso de anticoncepción en general.
- La técnica de inserción requiere de práctica supervisada y las/los nuevas/os profesionales solo pueden realizar inserciones sin supervisión cuando quien esté a cargo de la capacitación considera que están suficientemente preparadas/os.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

El DIU que libera levonorgestrel (T-LNg) es un dispositivo tipo Nova T cuya porción vertical es un cilindro sólido que contiene 52 mg de levonorgestrel, liberando 20 mcg diarios del esteroide. Los niveles plasmáticos de levonorgestrel se mantienen entre 150 y 200 pg/ml a través de los 5 años de la vida media de este DIU, lo que permite actividad folicular ovárica con concentraciones adecuadas de estradiol. Está disponible en Chile con el nombre de MirenaR y está diseñado para ser usado por 5 años²¹.

21 Se han usado los nombres comerciales para facilitar la identificación de productos para los que hay solo una o dos alternativas en el mercado nacional

Eficacia anticonceptiva

La eficacia de la T-LNg es muy alta con tasas acumuladas de embarazo a los 60 meses de 0.5 por 100 mujeres, lo que es comparable a los observados con la esterilización femenina. Al igual que la píldora combinada, la T-LNg es eficaz en la prevención del embarazo ectópico siendo las tasas de embarazo ectópico de 0.2 por 1.000 años-mujer.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción anticonceptivo de la T-LNg es complejo. Incluye efectos propios de la administración de progestágenos como inhibición de la ovulación, en alrededor del 55% de las usuarias, y alteración del moco cervical con bloqueo del paso de los espermatozoides. Además induce una reacción endometrial a cuerpo extraño similar a la producida por otros dispositivos intrauterinos y provoca una supresión uniforme de la proliferación endometrial.

Recuperación de la fertilidad

La recuperación de la fertilidad es rápida, semejante a la observada con los DIU de cobre y las píldoras anticonceptivas.

Efectos benéficos

Debido a la supresión endometrial, disminuye el volumen y duración del sangrado menstrual. Después de un período de sangrados irregulares que puede durar unas semanas o meses, entre el 25% y el 60% de las mujeres presentan amenorrea o flujo rojo muy escaso lo que conlleva a elevación de la hemoglobina plasmática y disminución del riesgo de anemia ferropiva. Esto es una ventaja para las mujeres que desean usar un DIU y que presentan sangrados excesivos con otros dispositivos. Sin embargo, es precisamente la amenorrea una de las causas más frecuentes para discontinuar el uso de la T-LNg.

Efectos adversos

Además de los efectos adversos propios de los DIU ya descritos en la sección correspondiente a DIU con cobre, las usuarias de la T-LNg pueden presentar efectos secundarios similares a los de los métodos de progestágeno solo.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud²²

De acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, además de las condiciones descritas para los DIU con cobre, se deben considerar las correspondientes a las píldoras de progestágeno solo, dada la dosis de levonorgestrel que libera este DIU.

Categoría 4: No debe insertarse una T-LNg cuando hay:

- cáncer de mama actual

Categoría 3: Los riesgos de usar la T-LNg son mayores que las ventajas en las siguientes condiciones:

- las primeras 48 horas post-parto
- lactancia en las primeras seis semanas post-parto
- presencia de trombosis venosa profunda o embolía pulmonar
- antecedente de cáncer de mama
- hepatitis viral
- cirrosis descompensada
- tumores hepáticos sin enfermedad aparente en los últimos 5 años
- migraña con signos neurológicos focales (todas las edades)
- cardiopatía isquémica y accidente vascular cerebral si aparecen durante el uso del método.

Procedimientos

La técnica de inserción presenta algunas diferencias y se deben seguir cuidadosamente las instrucciones de los fabricantes. Las posibles complicaciones y problemas después de la inserción son similares a las descritas para los DIU con cobre, con excepción del patrón de sangrados uterinos.

Orientación y consejería

Además de los aspectos ya descritos para los DIU con cobre, es necesario informar sobre los cambios en los sangrados uterinos, ya que después de algunos meses de uso las usuarias presentan amenorrea o hipomenorrea, y los posibles efectos hormonales sistémicos.

4.1.2. METODOS DE BARRERA

La salud sexual y reproductiva implica que hombres y mujeres puedan disfrutar su vida sexual sin tener riesgo de embarazos no deseados o de contraer infecciones transmisibles por la vía sexual (ITS). Los métodos de barrera y, en especial, el uso correcto y consistente del condón masculino de látex, pueden ayudar a prevenir estas consecuencias negativas de la vida sexual.

Los anticonceptivos de barrera son métodos que evitan el embarazo impidiendo que los espermatozoides del eyaculado penetren al tracto genital femenino, o destruyendo o inactivando los espermatozoides, actuando como barrera física o como barrera química. Pueden ser usados por hombres y mujeres:

Métodos masculinos: Condón de látex y Condón de poliuretano

Métodos femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano; Capuchón cervical; Esponja y Espermicidas

²² World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

La eficacia de un método anticonceptivo puede evaluarse con su uso perfecto y con su uso habitual. La diferencia entre eficacia durante uso perfecto y la eficacia de uso habitual es particularmente importante en el caso de los métodos de barrera, ya que todos ellos dependen del usuario o la usuaria y el efecto anticonceptivo depende en gran medida de su uso correcto en todos los actos sexuales.

CONDON MASCULINO

El condón masculino es el único método anticonceptivo que ha demostrado un efecto protector contra el contagio por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a través de la actividad sexual y que tiene la mayor eficacia anticonceptiva entre los métodos de barrera. Es la mejor forma de protegerse de la transmisión de ITS siendo promovido especialmente para prevenir la infección por VIH, ya sea como “doble método” cuando se utiliza otro anticonceptivo o como “doble protección” cuando se usa como método que protege a la vez de infecciones y embarazos no deseados. Sin embargo, su uso es aún limitado por factores de género (requiere de la participación masculina), socioculturales y económicos, y por características propias del método.

Descripción

El condón masculino es una funda o cubierta delgada que se coloca en el pene erecto antes de la penetración vaginal. La mayoría de los condones están hechos de un látex delgado y existen en diferentes tamaños, grosores, formas, colores, sabores y texturas. Generalmente están revestidos con un lubricante y algunos con espermicida (por lo general nonoxinol-9). Se han desarrollado condones masculinos elaborados con poliuretano, aún no disponibles en Chile, que ofrecen una alternativa cuando existe alergia al látex o disminución de la sensibilidad con los condones de látex.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia del condón de látex es, en general, más baja que la de los métodos hormonales, los dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica (verTabla 1). Sin embargo, cuando se usa en forma correcta y consistente, la tasa de embarazo es baja, 2 por 100 mujeres durante el primer año de uso. La tasa de embarazo en el uso habitual es de 15 embarazos por 100 años-mujer. Además del uso correcto, la calidad del producto influye en la eficacia. Por esto, se recomienda usar sólo aquellos que han sido elaborados de acuerdo a los estándares de calidad internacionales, almacenados y distribuidos adecuadamente.

Beneficios adicionales

Los condones masculinos de látex, usados en forma correcta y consistente, son el método más efectivo para prevenir ITS, especialmente sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas y el VIH. Al prevenir estas ITS, disminuye la probabilidad de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas más frecuentes e importantes: el embarazo ectópico y la infertilidad. Ofrece menor protección contra el virus del papiloma humano (VPH) y virus de herpes simple (VHS), infecciones que pueden ser transmitidas de piel a piel, ya que no evita el contacto entre manos y genitales.

El uso de condones no produce efectos sistémicos. Posibilita la participación activa del hombre en la regulación de la fecundidad y la protección de la salud sexual y reproductiva en la pareja. Son fácilmente accesibles, se pueden obtener en forma anónima y ser usados sin haberlo planeado con gran anticipación.

Efectos adversos

No se han descrito efectos negativos sobre la salud de quienes usan condones. Se puede presentar alergia al látex o al espermicida que recubre algunos condones. La queja más frecuente es la disminución de

la sensibilidad y, en algunos casos, interferencia con la erección o dispareunia por falta de lubricación durante el coito. Estos efectos no deseados se pueden evitar o reducir incorporando la inserción del condón al juego erótico.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS²³

Según las recomendaciones de la OMS, ninguna condición está clasificada en categoría 4. Sólo la alergia al látex está en categoría 3 (condiciones en que los riesgos son mayores que los beneficios) para el uso de condones de este material, lo que no se aplica a los condones de poliuretano. No existen otras condiciones de salud que limiten el uso de los condones.

Recomendación: Dadas las altas tasas de embarazo si no se usan en forma correcta y consistente, la OMS no recomienda el uso de métodos de barrera como método único cuando una mujer presenta alguna patología severa y un nuevo embarazo representa un riesgo inaceptable para su salud. En estos casos, si hay riesgo de ITS, siempre se debe recomendar el condón junto a otro método de elevada eficacia anticonceptiva.

Uso del Condón Masculino

- Se usa en el momento del acto sexual, lo que requiere que las parejas consideren el uso de condones con anticipación, los tengan disponibles y recuerden insertarlos en el momento específico.
- Su eficacia para impedir embarazos e infecciones depende del uso correcto en cada acto sexual.
- Como su uso depende en gran medida de factores conductuales, las/los profesionales de salud deben conocer bien la forma correcta de usarlos,

la información que es necesario entregar a las y los potenciales usuarias/os y los contenidos de una orientación que apoye el uso consistente y correcto.

- Es un método local que no presenta riesgos para la salud de las personas pero no se debe usar cuando hay alergia al látex.
- Su uso se debe considerar cuidadosamente cuando el embarazo es inaceptable o representa un riesgo para la salud de la mujer, ya que los condones son menos efectivos que otros anticonceptivos.
- El uso de condones debe ser considerado en ciertas etapas de la vida reproductiva, como la adolescencia, la lactancia y la perimenopausia; cuando hay restricciones o temor para el uso de otros anticonceptivos; durante el uso de abstinencia periódica o cuando es necesaria la abstinencia por el tratamiento de algunas infecciones o cirugía; y cuando las mujeres sufren de ciertas condiciones de salud que impiden el uso de otros métodos anticonceptivos. También cuando la mujer ha discontinuado o debe discontinuar su método habitual o, cuando desea iniciar un cierto método fuera del plazo requerido.
- La pareja debe estar de acuerdo para usarlos por lo que su uso puede verse restringido por factores de género, especialmente cuando es la mujer la interesada y el hombre se resiste a usarlo.
- Su uso puede interferir con la espontaneidad o el placer del acto sexual.
- Dependen de quien los usa, de modo que no puede ejercerse coerción alguna para imponer su uso.
- El acceso a este método es fácil ya que se pueden distribuir en farmacias y locales comerciales, a nivel comunitario, en servicios clínicos, etc.

23 World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

Orientación y consejería

El uso adecuado de los condones requiere información, motivación, fácil acceso al método y, con frecuencia, acuerdo, negociación y comunicación en la pareja. Por eso:

- Se debe entregar información sobre su efectividad y la protección que ofrecen contra ITS y VIH. Debe recomendarse aun si se está usando otro método anticonceptivo.
- Se debe explicar claramente la importancia de usarlos correcta y consistentemente, describiendo y demostrando la forma en que se usan, ya que las personas que los emplean por primera vez no están familiarizadas con los procedimientos de inserción y retiro, o desconocen el riesgo asociado a cualquier contacto entre el semen y los genitales femeninos (ver Recuadro). Se recomienda mostrar como se coloca, retira y desecha un condón, utilizando un apoyo visual o un modelo anatómico. Se ha demostrado que existe mayor riesgo de

rotura o deslizamiento en los usuarios que los usan en forma incorrecta.

- El uso de un condón debe ser negociado con anticipación y ambos tienen que estar de acuerdo y saber como se usan. Por eso es deseable que ambos miembros de la pareja estén presentes en la sesión de información y orientación.
- La menor eficacia anticonceptiva y la necesidad de protegerse contra las infecciones tienen distinta importancia relativa para cada persona o pareja, por lo que la presentación de los distintos anticonceptivos debe incluir la posibilidad de usar el condón masculino además de un método de alta eficacia (doble protección).
- Se debe incluir información sobre el uso de la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo en caso de que se produzca un accidente como la rotura o desplazamiento del condón, o si no se ha usado el método durante una relación sexual.

Instrucciones para el uso correcto del condón masculino²⁴

- Utilice condones en todas las relaciones sexuales y uno nuevo para cada coito.
- Coloque el condón en el pene erecto antes de la penetración vaginal, anal u oral, para evitar el paso de los espermatozoides presentes en el pre-eyaculado y/o el traspaso de organismos infecciosos entre las parejas sexuales.
- Use condones que estén en paquetes sin roturas y antes de la fecha de expiración.
- Abra el paquete cuidadosamente en uno de los bordes para no romper el condón. No use tijeras, ni objetos corto-punzantes. Las uñas y anillos pueden rasgarlos. Generalmente, el envase trae señalado donde se debe abrir.
- Tome el condón y sin desenrollarlo, colóquelo en la punta del pene erecto.
- Apriete la punta del condón para dejarlo sin aire y desenrolle el condón desde el glande hasta la base del pene, cubriéndolo totalmente.
- Después de la eyaculación, retire el pene antes de perder por completo la erección. Antes de sacar el pene de la vagina, sujete el condón en el borde que está en contacto con la base del pene para evitar que este pueda deslizarse.
- Quite el condón del pene cuando ya lo haya retirado de la vagina, cuidando de no derramar semen en la vagina.
- Envuelva el condón en bolsa de polietileno y deséchelo en el basurero o entiérrelo. También puede quemarlo. No lo deje al alcance de los niños.
- No use lubricantes elaborados con derivados del petróleo como: vaselina, aceite de cocina, aceite para bebé, lociones para la piel o mantequilla, puesto que estos dañan los condones.
- Puede usar lubricantes manufacturados a partir de agua, como espermicidas, glicerina y otros productos hechos especialmente para ser usados con condones. También puede usar agua o saliva.
- Guarde los condones en un lugar fresco y oscuro. Evite exponerlos al calor, la luz y la humedad, ya que pueden dañarse.
- No utilice condones si la envoltura está rota o dañada, si la fecha de expiración está vencida, si el condón no tiene apariencia uniforme o ha cambiado de color, o si se siente quebradizo, reseco o muy pegajoso.

²⁴ Adaptado de Speroff & Darney, 1996; Network, 1996; Hatcher y cols, 1997.

Manufactura, Control de Calidad, Almacenamiento y Distribución

En Chile, los preservativos están sujetos a control sanitario por la Ley N° 19.497 y su Reglamento (Decreto Supremo N° 825, 1998) y el Decreto Exento N° 342, (12 mayo 2004), ambos del Ministerio de Salud; a contar del 1° de junio de 2005, se incorpora al régimen de Control Sanitario a los preservativos, según lo dispone el artículo 101 del Libro Décimo del Código Sanitario. Este sistema de control se refiere a la obligatoriedad de efectuar la verificación de conformidad (o evaluación) a los preservativos o condones de látex de caucho, según la Norma Nch 2224/1–2224/10, Of. 93, Clase III. Solo podrán ser fabricados, importados, comercializados o ser distribuidos en Chile, si poseen la resolución que aprueba la certificación correspondiente, otorgada por el Instituto de Salud Pública.

Además de esta verificación de calidad de la fabricación, es importante considerar que los condones de látex se deterioran y pierden resistencia cuando son expuestos a la luz ultravioleta, el calor, la humedad y el ozono. La exposición prolongada a estas condiciones aumenta la posibilidad de que se rompan. Para prevenir el deterioro durante el transporte y almacenamiento, se recomienda que el envase sea de papel de aluminio laminado impermeable.

Los compradores institucionales públicos o privados, y los encargados de programas deben realizar inspecciones de muestras tomadas al azar en los distintos niveles de la cadena de distribución. También deben preocuparse de que las condiciones de almacenamiento sean adecuadas y que la fecha de expiración no haya vencido. Los condones pueden ser utilizados sólo hasta 5 años después de su fecha de fabricación.

Los y las proveedores/as de salud deben informar a los y las usuarios/as acerca de los cuidados y precauciones que deben tener con los condones en la compra, transporte, almacenamiento y uso.

CONDON FEMENINO

El condón femenino de poliuretano ofrece una opción más para la prevención del embarazo, y posiblemente de las ITS/VIH, particularmente cuando la mujer tiene dificultades para negociar el uso del condón masculino. La utilización del condón femenino también depende de las características del método e influyen factores como las relaciones de género, el ejercicio del poder, la comunicación y las técnicas de negociación entre las parejas. El condón femenino disponible en Chile, se vende en APROFA.

Descripción

El condón femenino es una funda de poliuretano resistente, delgado y transparente, lubricado con dimeticona. Mide 17 cm de longitud y 7.8 cm de diámetro. La funda tiene un anillo flexible en cada uno de sus extremos. El anillo en el extremo cerrado o interno es flexible y móvil, y se usa para insertar el condón en la vagina y mantenerlo dentro de ella. El anillo que está en el extremo abierto es fijo y flexible, y queda fuera de la vagina cubriendo parte de los genitales externos.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia del condón femenino es más baja que la del condón masculino (ver Tabla 1). La tasa de embarazo es de 5 por 100 mujeres en el primer año de uso correcto y sistemático, se eleva a 21 embarazos por 100 años-mujer durante el uso típico.

Beneficios adicionales

En las pruebas de laboratorio, el condón femenino ha demostrado ser impermeable al paso de espermatozoides y de organismos infecciosos, incluyendo el VIH. Esto hace probable que proteja de las ITS/VIH, si se usa en forma correcta y sistemática, pero aún existen pocos datos de estudios clínicos acerca de su

eficacia. El condón femenino presenta algunas ventajas comparativas con respecto al condón masculino: puede ser colocado antes de la relación sexual, no se necesita que haya erección del pene, es más resistente que el de látex y se puede usar con lubricantes derivados del petróleo.

Efectos adversos

No se han descrito efectos adversos serios o reacciones alérgicas causadas por el condón femenino. Los anillos interno y externo pueden ocasionar molestias y dolor durante el coito.

Orientación y consejería

La orientación a las potenciales usuarias y las situaciones de uso son similares a las del condón masculino. En comparación con este tiene algunos inconvenientes: costo más elevado, más difícil acceso, y puede haber objeciones de los hombres a usarlo durante el coito.

Modo de uso

El condón femenino debe colocarse en la vagina antes de la penetración, para que durante el coito el pene se introduzca dentro de este. Después de la eyacuación, se retira el condón cuidando de no derramar el semen dentro de la vagina. Para eliminarlo, se envuelve en bolsa de polietileno y se deshecha en el basurero o se entierra; también se puede quemar. No se debe dejar al alcance de los niños. Está registrado para un solo uso, sin embargo se están haciendo estudios para evaluar la posibilidad de usar el mismo condón varias veces y abaratar el costo para las usuarias.

DIAFRAGMA

El diafragma es usado por aproximadamente un 1% de las mujeres en edad reproductiva con pareja

sexual en el mundo, y entre un 3% a 5% de las mujeres casadas en los países desarrollados.

Descripción

El diafragma es una cúpula de látex rodeada de un borde flexible en forma de anillo. Se inserta en el fondo de la vagina, de manera que la cúpula cubra el cuello del útero y el borde se apoye en el fondo de saco posterior y detrás del hueso púbico. Los diafragmas se encuentran en tamaños de 50 a 105 mm de diámetro. Actualmente se recomienda, si no hay riesgo de infección por VIH, usar el diafragma con un espermicida que debe ser colocado dentro de la cúpula.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende en gran medida del uso correcto y sistemático. La tasa de falla del diafragma con espermicida cuando el uso es perfecto es de 6 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso pero en uso típico, la tasa es de 16 embarazos por 100 años-mujer (ver Tabla 1).

Beneficios adicionales

El diafragma ofrece alguna protección contra las ITS bacterianas, como gonorrea y clamidia, y las consecuencias de estas infecciones en el tracto genital superior, como la enfermedad pélvica inflamatoria y la infertilidad tubárica. También proporciona protección contra la neoplasia cervical. Su efecto contra ITS virales, como el VIH, es incierto y las usuarias de diafragma deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

Efectos colaterales

El uso de diafragma puede ocasionar alergia al látex y/o al espermicida, dolor en la vejiga y recto, infección urinaria, secreción vaginal inusual, irritación cervical y/o vaginal y, rara vez, lesión vaginal. Puede haber

problemas con la técnica para la inserción y remoción del diafragma.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS²⁵

Para las personas en riesgo de infección por VIH, portadoras de VIH o con SIDA, el uso de diafragma con espermicida ha sido clasificado en la Categoría 4. La historia de síndrome de shock tóxico está clasificada en Categoría 3. La Categoría 2 se aplica al uso del diafragma cuando hay una enfermedad cardíaca valvular, por el riesgo de infección urinaria como fuente de infección valvular. Su uso está restringido en las primeras 6 semanas después de un parto o un aborto de segundo trimestre.

Modo de uso

La orientación a las potenciales usuarias y las situaciones de uso son similares a las del condón masculino. Las y los proveedoras/es de salud deben estar capacitadas/os para medir e indicar el tamaño adecuado de diafragma y determinar si la usuaria cumple con los criterios de elegibilidad para usar el método. El diafragma debe ser insertado antes del coito y usado en todas las relaciones sexuales, colocando el espermicida de modo que cubra el cuello del útero. Después de la eyacuación, debe mantenerse en la vagina por al menos 6 horas y debe retirarse antes de las 24 horas.

El tamaño del diafragma debe ser verificado después de un aborto de segundo trimestre, después de un parto, después de una cirugía pélvica, si la usuaria aumenta o disminuye 5 o más kilos, si el diafragma es cambiado por otro nuevo y anualmente. Cada diafragma dura entre uno y tres años, dependiendo del uso y sus cuidados. Debe ser cambiado si está deteriorado, tiene una perforación o rotura, si presenta mal olor o si está con hongos.

ESPERMICIDAS

Los espermicidas son métodos de barrera químicos disponibles en distintas presentaciones: supositorios, tabletas espumantes, películas, espumas, jaleas y cremas. El ingrediente activo más usado en los productos que se comercializan actualmente, el nonoxinol-9, produce destrucción de la membrana celular de los espermatozoides.

Los espermicidas usados solos están entre los métodos anticonceptivos menos eficaces siendo la tasa de embarazos de 18 por 100 mujeres en el primer año de uso correcto y 29 por 100 mujeres en el primer año de uso típico (Tabla 1 en Introducción a la Tecnología Anticonceptiva). Sólo se recomienda usar los espermicidas en combinación con el condón o el diafragma. Es importante que el personal de salud proponga mejores alternativas que los espermicidas solos para quienes desean métodos eficaces.

Los espermicidas pueden causar reacción alérgica, infecciones vaginales por hongos e irritación cervical y/o vaginal si se usan frecuente y prolongadamente. El uso frecuente del espermicida nonoxinol-9 incrementa el riesgo de transmisión de VIH, por lo que, para las personas en riesgo de infección por VIH, portadoras de VIH o con SIDA, el uso de espermicidas ha sido clasificado en la Categoría 4 de los criterios médicos de la OMS. La categoría 2 de la OMS se aplica al uso frecuente de espermicidas en el caso de cáncer cervical ya que puede originar lesiones de la mucosa.

4.1.3. METODO DE LA AMENORREA DE LACTANCIA

Se ha llamado método de la amenorrea de lactancia (MELA) al conjunto de condiciones que permiten

25 World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

alcanzar un nivel elevado de eficacia anticonceptiva mediante la lactancia exclusiva. Estas condiciones son:

- Estar en amenorrea de lactancia.
- Estar en lactancia exclusiva sin agregar suplementos a la dieta del lactante.
- Estar en los primeros seis meses después del parto.

Cuando no se cumplen alguna de estas condiciones, es necesario usar anticoncepción si se quiere evitar el embarazo. MELA sólo puede ser considerado cuando las mujeres han decidido amamantar en forma exclusiva por un tiempo prolongado. Además, para que la lactancia y la amenorrea se prolonguen, es importante que la mujer amamante con una alta frecuencia durante las 24 horas.

Eficacia anticonceptiva

Cuando se cumplen las condiciones señaladas, la amenorrea de lactancia protege en forma eficaz a las mujeres y la tasa de embarazos en los primeros seis meses post-parto es 0.5 por 100 mujeres durante el uso correcto y 2 durante el uso típico, lo que es comparable a los métodos anticonceptivos más eficaces (Tabla 1 en Introducción a la Tecnología Anticonceptiva).

Mecanismo de acción

Las mujeres que no lactan presentan una rápida recuperación de la ovulación y de la fertilidad y lo habitual es que la primera ovulación se presente entre las 4 y las 8 semanas post-parto. Las mujeres que lactan presentan un período de amenorrea e infertilidad que puede durar desde dos meses a dos o más años. Las bases fisiológicas de la infertilidad asociada a la lactancia son:

a) Inhibición de la ovulación y amenorrea: La succión frecuente del pezón ejerce un efecto inhibitorio en la función del hipotálamo y la hipófisis y en la secreción de gonadotropinas (las hormonas que regulan la función ovárica). La mujer no ovula y no tiene menstruaciones (amenorrea post-parto). Hay una clara relación entre

la forma en que se lacta y la duración del período de amenorrea post-parto:

- Las mujeres en lactancia exclusiva tienen una probabilidad más alta de permanecer en amenorrea que las que agregan otros alimentos al/la niño/a. Lactancia exclusiva significa no dar otros alimentos sólidos ni líquidos, aunque agregar vitaminas o pequeñas cantidades de agua o jugo en forma ocasional no afecta la duración de la amenorrea.
- Cuando se introducen suplementos en la dieta del lactante, disminuye la succión y, con ello, la inhibición de la ovulación. El primer sangrado post-parto se presenta antes en las madres que dan suplementos, con el consiguiente mayor riesgo de embarazo.
- La frecuencia de los episodios de succión es muy importante para la inhibición del ovario: mientras más frecuentes son los episodios de succión, más probable es que la mujer permanezca en amenorrea.
- La amenorrea es más larga en aquellas poblaciones en que las mujeres lactan por períodos prolongados. Sin embargo, no es posible predecir cuanto va a durar la amenorrea en una mujer en particular ya que la gran mayoría de las mujeres recupera los sangrados uterinos antes de interrumpir la lactancia.

b) Alteración de los primeros ciclos menstruales:

Es muy raro que se produzca un embarazo durante la amenorrea de lactancia en los primeros seis meses post-parto, incluso en las mujeres que ovulan antes de la primera menstruación, porque el primer ciclo menstrual está alterado. En la mayoría de los casos, la primera ovulación es seguida por una fase lútea insuficiente que es más corta y que presenta niveles de progesterona en la sangre más bajos que la fase lútea de mujeres que no están lactando por lo que no alcanza para preparar el endometrio.

Los ciclos menstruales posteriores tienen características más normales, siendo la duración de la fase lútea y los niveles de progesterona semejantes a los de las mujeres que no lactan. Por eso, la fertilidad se recupera rápidamente después de la primera menstruación post-parto. Sin embargo, la succión retiene algo de su poder inhibitorio, y las tasas de embarazo en las mujeres que están lactando y que tienen menstruaciones son más bajas que en las mujeres que no lactan. Dado que esta protección es insuficiente, las mujeres que desean evitar un embarazo no deben postergar la anticoncepción más allá del primer sangrado post-parto.

Después de los seis meses post-parto, las mujeres tienen más posibilidades de ovular antes del primer sangrado y de que este primer ciclo menstrual sea de características normales. Por eso, el límite para el uso de la amenorrea de lactancia como anticonceptivo se ha fijado a los seis meses post-parto, aunque en algunos lugares del mundo, las mujeres presentan períodos de amenorrea muy largos y su infertilidad dura más allá de los seis meses.

Beneficios adicionales

Además del efecto anticonceptivo que se obtiene en las condiciones descritas, la lactancia exclusiva tiene importantes ventajas para el crecimiento, la salud y el desarrollo de los niños y las niñas.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud²⁶

Según la OMS, no hay condiciones médicas que restrinjan el uso de la amenorrea de lactancia como método anticonceptivo y no hay evidencia de que tenga un efecto negativo sobre la salud de la mujer. Sin embargo, ciertas condiciones que afectan la lactancia

pueden afectar la duración de la amenorrea limitando su utilidad como anticonceptivo:

- **Infección por VIH:** las mujeres VIH positivas deben ser informadas del riesgo de transmisión al/la lactante y de las alternativas para alimentarlo/a. Cuando hay sustitutos adecuados para la leche materna, se recomienda no amamantar.
- **Uso de medicamentos:** No se recomienda que amamenten las mujeres que están usando drogas como: antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, altas dosis de corticoesteroides, ciclosporina, ergotamina, litio, drogas radioactivas, reserpina y drogas que modifiquen el ánimo.
- **Condiciones de los/as recién nacidos/as:** Las deformaciones de la boca, mandíbula o paladar, la prematuridad, el requerimiento de cuidados neonatales intensivos y ciertos trastornos metabólicos pueden hacer difícil la lactancia.

Orientación y consejería

Los aspectos más importantes para informar sobre la infertilidad asociada a la lactancia son:

- El indicador más importante de la recuperación de la fertilidad durante la lactancia es el primer sangrado que aparece después del parto, aunque la mujer esté en lactancia exclusiva y en los primeros meses después del parto. Este primer sangrado puede ser escaso y diferente de las menstruaciones previas y que, aunque sea solo un goteo de dos o tres días, se debe considerar como un indicador de la recuperación de la fertilidad. Por lo tanto, se debe advertir a la madre que preste atención a cualquier sangrado o goteo.
- Otro indicador de riesgo de embarazo es la introducción de leche artificial u otros alimentos

²⁶ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

en la alimentación del/la lactante ya que, al reducir la frecuencia de succión, aumenta la probabilidad de recuperar las menstruaciones y la fertilidad. Es posible prolongar la amenorrea si los suplementos se introducen lentamente, manteniendo una elevada frecuencia de succión. En todo caso, no se recomienda introducir alimentos complementarios en los primeros seis meses, salvo que sea indispensable por un crecimiento inadecuado del/la lactante.

- El tercer indicador de riesgo es la edad del niño o la niña, ya que después de los 6 meses hay una disminución significativa de la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de lactancia.
- Para prolongar la amenorrea, lo mejor es amamantar en forma exclusiva y en libre demanda con una frecuencia alta de episodios de succión (7 o más en 24 horas), manteniendo por lo menos una succión durante la noche ya que estas no se deben separar por más de 6 horas. Esto contribuye además a la mejor alimentación y al crecimiento del/la lactante, lo que permite postergar los suplementos hasta después de los 6 meses.

Los estudios hechos en Chile muestran que la mitad de las mujeres urbanas recupera los sangrados menstruales y la ovulación en los primeros seis meses post-parto, a pesar de estar en lactancia exclusiva. Esta duración relativamente corta de la amenorrea tiene importancia porque las mujeres experimentan un alza brusca en el riesgo de embarazo después del primer sangrado, lo que debe ser explicado claramente en la orientación.

En la práctica, la respuesta a tres preguntas permite estimar el riesgo de embarazo de la madre durante el período post-parto y orientarla:

- ¿Ha tenido su primer sangrado post-parto?
- ¿Está dando suplementos?
- ¿Tiene su hijo o hija más de seis meses?

Si la respuesta es NO: Informar que no necesita otro método anticonceptivo, pero que puede iniciarlo si lo desea.

Si la respuesta es SI: La mujer tiene más riesgo de embarazo, y se debe recomendar el uso de otro método anticonceptivo y que siga lactando por la salud de su hijo o hija.

Si la mujer desea o necesita iniciar otro método anticonceptivo, se debe entregar información sobre los métodos más adecuados para la mujer que está amamantando y el mejor momento para iniciarlos.

4.1.4. METODO DE LA ABSTINENCIA PERIODICA

Los métodos de abstinencia periódica son métodos que se basan en el reconocimiento de los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad en el ciclo menstrual y a la práctica de la abstinencia en los períodos fértiles del ciclo. De acuerdo al método usado para determinar el período fértil, se conocen como:

- Método de la ovulación o del moco cervical
- Método de la temperatura basal
- Método Sintotérmico
- Método del calendario

Se ha propuesto también usar las técnicas para determinar el período fértil en combinación con el uso de anticonceptivos de barrera para la actividad sexual durante los días en que hay probabilidad de embarazo. El reconocimiento del período fértil, más el uso de barreras elimina la necesidad de abstinencia. También restringe el uso de los métodos de barrera, que puede ser incómodo, a sólo unos días del ciclo menstrual.

Fundamentos

- El período fértil es episódico, ya que la ovulación se produce sólo una vez en cada ciclo menstrual.

- La sobrevivencia de los gametos es limitada: la del óvulo es de alrededor de 24 horas, y la de los espermatozoides es de alrededor de 5 días.
- Las parejas pueden reconocer el período fértil por medio de las técnicas que se describen para este propósito.
- Las parejas tienen la capacidad y motivación para modificar la conducta sexual, absteniéndose de tener relaciones sexuales en los días considerados fértiles.

Mecanismo de acción

Al abstenerse de las relaciones sexuales en el período fértil se evita la fecundación, ya que se introduce una barrera de tiempo entre el espermatozoide y el óvulo.

Eficacia anticonceptiva

La eficacia anticonceptiva de estos métodos depende en gran medida de la capacidad de la pareja para mantener la abstinencia en el período fértil. Las tasas de embarazo por 100 mujeres más bajas observadas en el primer año de uso varían según el método usado: 9 para el método del calendario, 3 para el método del moco cervical, 2 para el método sintotérmico y 1 cuando sólo se tienen relaciones en el período post-ovulatorio. Sin embargo, las tasas de embarazo son de 25 por 100 mujeres durante el primer año de uso típico (ver Tabla 1) cuando se consideran en forma conjunta los embarazos por falla del método y por fallas de la pareja que no mantuvo la abstinencia durante los días requeridos. En los ciclos en que la pareja adoptó una conducta 'de riesgo', la tasa de embarazo es semejante al de parejas que tienen relaciones sexuales en el período fértil sin usar protección anticonceptiva de ninguna clase.

Características

Entre los aspectos que las parejas pueden considerar beneficiosos están:

- Son efectivos si se usan correctamente
- No requieren drogas ni artefactos, por lo que no tienen efectos adversos sobre la salud ni hay retardo en la recuperación de la fertilidad
- Contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos
- Promueven el diálogo en la pareja, y la responsabilidad de evitar los embarazos es compartida
- Son económicos
- No requieren personal profesional
- No pueden ser usados sin el consentimiento de la pareja
- Después de la capacitación inicial, muchos usuarios pueden practicar el método sin necesidad de seguimiento.

Entre los aspectos que algunas parejas pueden considerar desventajas están:

- Las fallas en la abstinencia tienen altas tasas de embarazo.
- La abstinencia sexual puede ser prolongada. Se estima que, usados correctamente, en cada ciclo se requieren entre 10 y 15 días de abstinencia con el uso de los métodos de la ovulación y sintotérmico, y entre 18 y 20 cuando se usa correctamente el método de la temperatura basal. La abstinencia sexual puede generar tensiones en la pareja, la que debe tener una motivación fuerte, especialmente para el uso por períodos prolongados.
- El método depende del compromiso y cooperación de ambos miembros de la pareja, y puede haber dificultades para negociar la abstinencia.
- El período de aprendizaje dura entre 3 y 6 meses. En este período, las parejas aprenden el registro diario de los signos de fertilidad, el que debe mantenerse mientras se use el método; para algunas mujeres es difícil monitorear y anotar diariamente los signos de fertilidad, particularmente por tiempos prolongados.

Criterios Médicos de Elegibilidad OMS²⁷

No hay condiciones de salud que puedan empeorar por el uso de la abstinencia periódica o por el uso de métodos de barrera en conjunto con el reconocimiento del período fértil. Sin embargo, hay condiciones que hacen su uso más complejo en las que se recomienda precaución (cuidado) o retrasar el uso del método.

Aceptar (A): en general, estos métodos pueden practicarse sin temor a perjudicar la salud. La única restricción importante es la condición en que la mujer corre un riesgo inaceptable si se embaraza. En este caso es preciso advertirle que estos métodos no son recomendables por la elevada tasa de fracaso que se observa en el uso habitual.

Cuidado (C): Condiciones que requieren precaución:

- **Edad:** Después de la menarquia y en la perimenopausia, el uso de estos métodos puede presentar más dificultades por la irregularidad de los ciclos menstruales.
- **Lactancia:** Después de las seis semanas, una mujer en lactancia y amenorrea puede aprender a reconocer las características del moco cervical para usarlo después de recuperar los ciclos menstruales. La tasa de embarazo puede ser más alta en esta situación por la irregularidad de los ciclos y las dificultades para identificar los signos del período fértil.
- **Post-aborto:** La mujer puede aprender a reconocer las características del moco cervical para usarlo después de recuperar los ciclos menstruales.
- **Enfermedades crónicas:** Pueden afectar el registro y la interpretación de la temperatura corporal o la

regularidad de los ciclos menstruales; esto hace inapropiado el uso de la temperatura basal y el calendario para identificar el período fértil.

Retrasar (R): Condiciones que requieren retrasar el uso y en las que se debe recomendar otro método en el intervalo, buscando los que sean más apropiados para la condición:

- **Lactancia en las primeras seis semanas:** No hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. La mujer puede comenzar con el método del calendario después de tener al menos tres ciclos menstruales.
- **Post-parto sin lactancia:** En las primeras cuatro semanas no hay actividad ovárica y no pueden reconocerse los signos de fertilidad. El método del calendario puede iniciarse al menos después de tres ciclos menstruales.
- **Post-aborto:** Las mujeres pueden comenzar con el método del calendario después de al menos tres ciclos menstruales.
- **Sangrados irregulares:** La irregularidad hace que estos métodos sean menos confiables; hay que evaluar la causa y postergar el uso hasta que el desorden se corrija.
- **Descarga vaginal:** Puede ser un obstáculo para el reconocimiento del moco cervical; hay que evaluar la causa y postergar el uso hasta que se trate y corrija.
- **Enfermedades agudas:** Pueden afectar el registro y la interpretación de la temperatura corporal, por lo que no puede usarse la técnica de la temperatura basal hasta que la enfermedad haya desaparecido.
- **Uso de drogas / medicamentos:** algunos medicamentos alteran la regularidad de los ciclos

27 World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

menstruales, o afectan los signos de fertilidad, como los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos, el litio, ciertos antibióticos y ciertas drogas antiinflamatorias. Se debe recomendar otros métodos mientras se evalúa la condición, o hasta que se interrumpa el uso del medicamento.

Orientación a las y los potenciales usuarias/os

Para una proporción importante de las parejas es difícil identificar el periodo fértil, especialmente en los primeros ciclos y a muchas personas les es difícil mantener la abstinencia de acuerdo a las reglas del método elegido. La orientación debe darse idealmente a ambos miembros de la pareja, incluyendo:

- Presentación de todas las opciones anticonceptivas disponibles.
- Las características de la abstinencia periódica, en especial las tasas de embarazo observadas durante el uso habitual de este método, y la relación entre uso correcto y eficacia anticonceptiva.
- Las diferentes técnicas utilizadas para determinar el período fértil; muchas parejas necesitan información básica sobre la fisiología del ciclo menstrual para entender estas técnicas.
- La importancia de la capacitación inicial y el seguimiento hasta alcanzar la autonomía en el uso de la técnica elegida.
- La necesidad de llevar un registro diario de los signos y síntomas de fertilidad, de acuerdo a la técnica escogida.
- Los riesgos de usar este método para una mujer que tiene razones médicas para evitar un embarazo.
- Las dificultades para usar este método durante la lactancia, o cuando los ciclos menstruales son muy irregulares.

Al elegir la técnica es preciso recordar que:

- La mayor eficacia anticonceptiva se obtiene con

el uso exclusivo del período ovulatorio para las relaciones sexuales, pero que esto es difícil para la mayoría de las parejas.

- Es más eficaz el uso de varias técnicas para identificar el período fértil (método sintotérmico); la técnica menos precisa para detectar el período fértil es la del calendario.
- El método de la ovulación es el más fácil de aprender, incluso para mujeres con nivel educacional bajo. Sin embargo, es preciso descartar la presencia de infecciones vaginales que puedan interferir con la interpretación de las características de moco cervical.

Evaluación de las y los potenciales usuarias/os

No se requiere evaluación previa de salud, ya que este método no afecta la salud de las personas. Sin embargo:

- Es importante asegurarse de que la mujer no esté expuesta a riesgos para su salud si se embaraza; si hay riesgos, debe recomendársele métodos anticonceptivos de mayor eficacia.
- Evaluar la presencia de alguna de las condiciones que son motivo de cautela o postergación.
- También es importante evaluar, durante la capacitación, la capacidad de aprendizaje y la motivación para mantener la abstinencia en los días que se requieren; si hay dificultades, debe recordarse las altas tasas de embarazo si no se usa el método correctamente y sugerir otra opción anticonceptiva.

Método de la Ovulación o del Moco Cervical

El método del moco cervical o de la ovulación, llamado también método de Billings, considera que las características del moco cervical permiten detectar el período fértil, ya que se relacionan estrechamente con las variaciones hormonales que ocurren durante el ciclo

menstrual. Estas características dependen de los niveles de estradiol y progesterona: el moco es claro y filante en el período estrogénico, mientras que es espeso y opaco en el período progestativo. Además, se considera que sólo el moco cervical estrogénico favorece el transporte, almacenamiento y sobrevivencia de los espermatozoides.

La mujer puede reconocer las características del moco cervical en sus genitales externos por observación directa y reconocer los cambios en las sensaciones que experimenta en la vulva; esto le permite identificar los días fértiles y el inicio del período infértil después de la ovulación.

Debe mantenerse la abstinencia:

- Desde que se detecta moco cervical fértil, que es el día de inicio de la fase fértil pre-ovulatoria, hasta el cuarto día después del día cúspide del moco cervical, que es cuando se presentan los máximos signos estrogénicos en el moco (mayor filancia y sensación de lubricación y humedad). Este cuarto día es el día de inicio de la fase infértil postovulatoria.
- Durante los días de sangrado, porque puede enmascarar la presencia de moco fértil.
- El día siguiente a una relación sexual, durante el período que precede a la aparición de moco fértil, ya que el líquido seminal también puede interferir con la evaluación del moco cervical.

Método de la Temperatura Basal

El método de la temperatura basal consiste en determinar el período fértil basándose en las variaciones de la temperatura corporal producidas por los cambios hormonales durante el ciclo ovárico. Después de la ovulación hay un alza térmica de aproximadamente 0.5 grados por sobre el promedio de fase folicular, que depende de la secreción de progesterona. El diagnóstico de ovulación es retrospectivo, ya que sólo se puede hacer una vez que se produce el alza de la temperatura; la que debe ser observada por 3 días consecutivos, y se

debe mantener la abstinencia desde el comienzo del ciclo hasta el cuarto día del alza térmica. Algunas parejas usan el cálculo del ritmo calendario para determinar el primer día fértil, y así poder utilizar el período infértil pre-ovulatorio para la actividad sexual, pero no se recomienda usar esta técnica aisladamente ya que puede aumentar la probabilidad de embarazo.

Hay factores que afectan la temperatura basal, la que puede elevarse por causas no relacionadas con la ovulación, a las que la mujer debe estar atenta, Entre estas están: tomarse la temperatura a una hora diferente a la usual o sin cumplir las condiciones basales (al despertar o después de descansar 3 a 5 horas); enfermedad aguda; haber tenido perturbaciones del sueño; cambios en el ambiente; tensión emocional; e ingesta de alcohol.

Método del Calendario

El método del ritmo-calendario o de Ogino-Knauss supone que la fase lútea dura entre 12 y 16 días, que la sobrevivencia del óvulo es de 24 horas, que la sobrevivencia de los espermatozoides es de 2 a 5 días, y que la duración de los ciclos previos permite predecir la duración de los ciclos futuros, para lo cual deben considerarse 6-12 ciclos previos. Para el cálculo del primer y último día del período fértil, se usan las siguientes fórmulas:

Ciclo más corto - 18 (ó -17, 19 ó 20) = primer día fértil

Ciclo más largo - 11 (ó -10, 12 ó 13) = último día fértil

Los diferentes cálculos dependen de las estimaciones hechas por distintos autores de la duración de las fases del ciclo y de la sobrevivencia de los gametos. Este método es el menos preciso para determinar el período fértil ya que muchas mujeres experimentan cierta variabilidad de los ciclos menstruales, lo que se traduce en períodos de abstinencia muy prolongados, o en inexactitud para aplicar el cálculo a un ciclo de duración diferente de la esperada, No se recomienda

usarlo aisladamente, solo debe usarse asociado a otros marcadores de fertilidad.

Método Sintotérmico

El método sintotérmico consiste en la determinación de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual, mediante una combinación de señales. Se considera una de las formas más precisas para detectar el período fértil. Utiliza los siguientes elementos:

- Cálculo del primer día fértil restando 20 días a la duración del ciclo más corto de los últimos seis ciclos menstruales (como en la forma más estricta del método del calendario).
- Temperatura basal para determinar el comienzo de la fase post-ovulatoria (como en el método de la temperatura basal).
- Características del moco cervical (de manera semejante al método de la ovulación).
- Palpación del cuello uterino que cambia de consistencia y posición a lo largo del ciclo menstrual.
- Además, considera los síntomas periovulatorios que experimentan muchas mujeres como el dolor abdominal, la tensión mamaria, el sangrado intermenstrual, etc.

Según este método, se debe mantener la abstinencia:

- Desde que el primer indicador positivo, sea el moco cervical o el cálculo calendario, indique el primer día fértil
- Hasta el cuarto día después del día pico del moco o del alza térmica, considerando el último indicador que cambie y confirme que la ovulación ha ocurrido.

Técnicas Auxiliares para Determinar el Período Fértil

Se han desarrollado distintas tecnologías para determinar el período fértil, a fin de acortar el período de abstinencia, mediante una detección más exacta del inicio

y fin del período fértil. Entre estas están los termómetros electrónicos que incluyen un sistema para calcular los días fértiles según el método del ritmo calendario, los monitores de hormonas en muestras diarias de orina y los microscopios para evaluar la cristalización en la saliva. Ninguno de estos métodos ha sido estudiado aún en ensayos clínicos que permitan evaluar su eficacia de su uso como apoyo a la identificación del período fértil.

4.2. ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA

La Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria se refiere a los procedimientos de esterilización femenina y masculina. Ambos son métodos irreversibles y de alta eficacia, usados por millones de parejas en el mundo. La proporción de esterilizaciones en mujeres y hombres es distinta: a nivel mundial es de 17 a 5, en Latinoamérica es de 38 a 1. Esto responde a que la mayoría de los programas de salud reproductiva están dirigidos a la mujer, hay pocas opciones anticonceptivas masculinas, existiendo desinformación y resistencia a la vasectomía por razones de género.

En Chile, la esterilización femenina y masculina están reguladas por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 2326 del 30 noviembre del 2000 (Anexo 1). Es una decisión personal que requiere de la firma de un Consentimiento Informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (Anexo 2)

Descripción

La esterilización quirúrgica femenina (AQV femenina) consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio por ligadura, corte, sección, cauterización, o colocación de anillos, clips o grapas. La esterilización quirúrgica masculina (AQV masculina) o vasectomía consiste en la sección y obstrucción de los conductos deferentes por medios quirúrgicos. La vasectomía es

más sencilla, tiene menos riesgos y es menos costosa que la AQV femenina.

Estos métodos requieren de profesionales capacitadas/os en los procedimientos y en la evaluación de las condiciones de salud de las y los potenciales usuarias/os. Debido a su carácter permanente, la orientación y el consentimiento informado son especialmente importantes. La AQV no brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH/SIDA, por lo que se debe recomendar el uso de condones aunque no se necesiten como anticonceptivos.

Mecanismo de acción

Al ocluir las trompas de Falopio se impide el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, y al ocluir los conductos deferentes se obtiene un eyaculado libre de espermatozoides. En ambos casos se evita la fertilización.

Potenciales usuarias y usuarios

La AQV es un método al que puede acceder cualquier persona por demanda voluntaria, por razones médicas y por solicitud de terceros sólo en casos muy especiales. En general, la AQV puede ser una buena opción para:

- Parejas, mujeres y hombres en cualquier edad reproductiva que están absolutamente seguras/os de no desear más hijos/as (“paridad satisfecha”) y que desean un método altamente eficaz y definitivo. Estas personas y parejas deben tener la oportunidad de optar por otros métodos y haber recibido información completa sobre la irreversibilidad del procedimiento.
- Mujeres y hombres con expectativas realistas, sin ansiedad, con confianza en la decisión y adecuada información, que comprenden y aceptan en forma voluntaria el procedimiento.

- Mujeres cuya vida está en riesgo ante la posibilidad de un nuevo embarazo (alto riesgo reproductivo), como en el caso de tres o más cesáreas, rotura uterina, o enfermedad sistémica que se agrava con el embarazo (hipertensión severa, isoinmunización al factor Rh con daño perinatal, colestasis gravídica severa, diabetes mellitus con compromiso vascular, enfermedad tromboembólica grave, y enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales o mesenquimatosas crónicas). Estas situaciones son razones médicas para la esterilización de la mujer o de su pareja.

Orientación y Consejería

- La orientación en AQV puede realizarse en forma individual o en pareja, según lo desee el o la solicitante. Las y los orientadoras/es han de estar capacitadas/os para dar a conocer, de manera adecuada, el enfoque de riesgo reproductivo, los procedimientos usados y los criterios médicos de elegibilidad para el método.
- Se debe evaluar el nivel de información previa sobre la AQV, y entregar información correcta sobre las alternativas disponibles (AQV femenina y masculina) y sobre sus características. Esto incluye eficacia anticonceptiva aclarando que, pese a ser un método altamente seguro, hay una mínima posibilidad de fracaso. Asimismo, ha de informarse a las personas sobre los beneficios asociados a un método sin efectos sistémicos: la AQV no tiene efectos sobre la salud a largo plazo y no afecta la función sexual.
- Es responsabilidad del/la orientador/a explicar los procedimientos quirúrgicos, los riesgos que representan y las molestias y complicaciones que pueden presentarse.
- Es también responsabilidad del/la orientador/a asegurarse que la persona que desea AQV

haya leído, entendido y firmado la hoja de consentimiento informado (Anexo 2).

- Se debe poner énfasis sobre la condición de irreversibilidad dado que la posibilidad de que pueda revertirse por un procedimiento quirúrgico complejo es de muy bajo rendimiento y de accesibilidad limitada en los servicios públicos.
- Se debe evaluar la condición psicológica y el estado emocional y percibir los sentimientos o circunstancias personales en relación con la AQV. Se debe escuchar y motivar los comentarios de la mujer, el hombre o la pareja, prestando atención a cualquier duda, malos entendidos o expectativas poco realistas sobre el método.
- Se deberá poner especial atención en el caso de personas con problemas de salud mental para que se respeten sus derechos y no se actúe al margen de la normativa vigente.
- Si se percibe claramente que la persona tiene dudas o está indecisa, se debe recomendar un periodo de reflexión y ofrecer otros métodos temporales adecuados hasta que esté preparada para solicitar una AQV.
- Es responsabilidad del/la orientador/a atender a ciertas circunstancias que pudieran inducir a la o el solicitante a tomar decisiones apresuradas, mal informadas o situaciones en que hay presión de parte de la pareja u otras personas. La juventud es la razón más frecuente de que algunas personas se arrepientan después de haberse esterilizado (hay estudios que muestran que las mujeres menores de 30 años tienen mayor probabilidad de arrepentirse que las de más edad).
- Se debe prestar especial atención a la decisión apresurada en situación de estrés, por ejemplo, inmediatamente después de un parto o un aborto. Si la mujer expresa interés en la AQV durante el embarazo, se recomienda hacer la orientación y completar el procedimiento administrativo antes

del parto, para que la AQV se pueda realizar en el post-parto inmediato.

- También se deben pesquisar conflictos personales de índole religiosa u otra, e indagar si hay experiencia con sólo un método temporal o expectativas poco realistas sobre la AQV.

Consideraciones especiales

- Las y los potenciales usuarias/os tienen derecho a cambiar de idea en cualquier momento antes del procedimiento.
- No debe darse incentivo alguno a las y los potenciales usuarias/usuarios para que acepten la esterilización voluntaria.
- Es necesaria la firma de un consentimiento informado para el procedimiento (Anexo 2).

4.2.1. ANTICONCEPCION QUIRURGICA FEMENINA

Procedimientos para la AQV Femenina

La esterilización femenina es la ligadura bilateral de trompas u oclusión tubárica. Las oportunidades para realizarla son:

- **Intervalo:** en los primeros 7 días del ciclo menstrual o en cualquier otro momento si se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada.
- **Cesárea:** Durante la cesárea y luego de haber suturado la cavidad uterina y controlado el sangrado.
- **Post-parto:** Inmediatamente o en los primeros 7 días post-parto ya que cuando el fondo uterino está cerca del ombligo, una pequeña incisión subumbilical de 2 cm de longitud permite fácil acceso a las trompas. El procedimiento es muy seguro y efectivo. Si no se hace en esta oportunidad, se debe esperar al menos hasta la 6ª semana.
- **Post-aborto:** Inmediatamente o dentro de los 7 primeros días, siempre que no haya infección.

Previa anestesia local o general, se puede usar una minilaparotomía suprapúbica (en intervalo) o infraumbilical (en post-parto), o una laparoscopia para abordar las trompas. Una vez individualizadas, estas se ocuyen según la técnica preferida (Pomeroy, Parkland, Yoon, electrocoagulación u otra). En todos los casos se deben observar los controles y prácticas pre y post-operatorias habituales.

Eficacia anticonceptiva

La esterilización quirúrgica femenina es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, con una tasa global de embarazos menor 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. La eficacia depende del procedimiento: la tasa acumulada de embarazos a los 10 años es más baja en la esterilización quirúrgica por salpingectomía parcial en el post-parto o por coagulación unipolar realizada en el intervalo, que cuando se usan clips o bandas de silicona para ocluir la trompa (Tabla 7).

Tabla 7. Tasa acumulada de embarazo en mujeres esterilizadas entre 28 - 33 años de edad

METODO	Tasa Acumulada (por 1000 mujeres)	
	1er año	10 años
Salpingectomía parcial (intervalo)	7.5	33.5
Salpingectomía parcial (post-parto)	0.0	5.6
Coagulación bipolar	2.6	21.3
Coagulación unipolar	0.0	15.6
Clips	21.2	31.3

Adaptado de Peterson y col. Am J Obstet Gynecol 174:1161, 1996.

Beneficios

Es muy efectiva y de carácter definitivo. No hay efectos negativos para la salud a largo plazo ni mortalidad atribuible a la AQV femenina. No interfiere con la función sexual y no altera el deseo sexual. Si se practica en el post-parto no influye sobre la duración de la lactancia, siempre que no implique separación prolongada de la madre y su hija/o. Las mujeres esterilizadas tienen menor riesgo de cáncer del ovario.

Por su alta eficacia anticonceptiva reduce el riesgo de embarazo ectópico (tasa de ectópicos de 0.1 por 1000 años-mujer en comparación con 2.66 en mujeres que no usan anticoncepción). Sin embargo, si se produce un embarazo por falla de la AQV femenina es más probable que sea ectópico que un embarazo en mujeres que no usan anticonceptivos. El riesgo de ectópico puede ser mayor después de la electrocoagulación que tras la oclusión mecánica.

Efectos adversos

La AQV femenina tiene los efectos adversos asociados a un procedimiento quirúrgico. Las complicaciones inmediatas son raras: problemas con la anestesia, trauma de las vísceras abdominales, infecciones y hematoma. Raramente, la laparoscopia puede causar además embolia gaseosa y enfisema sub-cutáneo. La diatermocoagulación tiene más riesgos de lesiones intra-abdominales que las otras técnicas de oclusión. La esterilización no se asocia a disfunción menstrual en mujeres mayores 30 años, pero puede haber un discreto aumento de estas en mujeres más jóvenes.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS²⁸

No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la AQV femenina pero existen algunas

28 World Health Organization, Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health

condiciones y circunstancias que requieren ciertas precauciones y que se han clasificado como:

A: Aceptar: No hay razón médica para negar la esterilización a mujeres con esta condición.

C: Cuidado: La AQV puede practicarse, pero con mayor preparación y precaución.

R: Retrasar: Debe esperarse para practicar la AQV hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Se deben ofrecer alternativas temporales de anticoncepción.

E: Condiciones especiales: Cuando están presentes ciertas condiciones especiales, la AQV debe realizarse en un lugar adecuado, por un cirujano y equipo quirúrgico experimentado, con equipamiento suficiente para poder ofrecer anestesia general y asistencia médica posteriormente. Debe evaluarse el tipo adecuado de anestesia a elegir. Deben ofrecerse alternativas anticonceptivas temporales en caso de tener que referir a centros de mayor complejidad o en caso de tener que demorar el procedimiento.

Las condiciones consideradas en las categorías C, R y E se listan a continuación; las demás condiciones de salud están en categoría A y no son impedimento para realizar la AQV.

Categoría C

- Edad muy joven
- Obesidad $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ de índice de masa corporal.
- Historia de hipertensión, si la presión arterial no puede evaluarse
- Hipertensión controlada, si la presión arterial puede evaluarse
- Hipertensión con presión arterial sistólica > 140 - 159 o diastólica > 90 - 99 mm Hg
- Historia de isquemia cardíaca
- Historia de accidente vascular cerebral
- Valvulopatía cardíaca no complicada
- Epilepsia

- Cáncer de mama
- Miomas uterinos
- Historia de enfermedad inflamatoria pelviana, sin embarazo subsiguiente
- Cirugía previa abdominal o pélvica
- Esquistosomiasis con fibrosis del hígado
- Diabetes sin enfermedad vascular, sea o no insulina-dependiente
- Cirrosis hepática compensada
- Tumores hepáticos benignos y malignos
- Anemia ferropriva ($\text{Hb} \geq 7$ a 10 g/dl), talasemia, anemia falciforme
- Hernia diafragmática (para laparoscopia)
- Enfermedad renal
- Deficiencia nutricional severa
- Esterilización concurrente con cirugía electiva
- Desórdenes depresivos

Categoría R

- Embarazo (posible o comprobado)
- Posparto entre 7 y 42 días
- Enfermedad tromboembólica actual
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- Isquemia cardíaca actual
- Sangrado vaginal no explicado, antes de su evaluación
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna
- Cáncer cervical en espera de terapia
- Cáncer endometrial
- Cáncer de ovario
- Infección pélvica activa
- ITS activa, incluyendo cervicitis purulenta
- Enfermedad actual de la vesícula biliar
- Hepatitis viral activa
- Anemia con $\text{Hb} < 7 \text{ g/dl}$
- Infecciones de la piel abdominal
- Infección sistémica, respiratoria o gastrointestinal aguda

- Esterilización concurrente con cirugía de emergencia o condición infecciosa

Categoría R en el post-parto inmediato

- Preclampsia, eclampsia
- Ruptura prolongada de membranas > 24 hrs
- Sepsis puerperal, fiebre en el parto o puerperal
- Hemorragia severa antes o después del parto
- Trauma severo del tracto genital

Categoría R post-aborto

- Sepsis o fiebre
- Hemorragia severa
- Trauma severo del tracto genital
- Hematometra aguda

Categoría E

- Perforación o rotura uterina después de un parto o un aborto
- Múltiples factores de riesgo para patología cardiovascular arterial
- Hipertensión con presión arterial sistólica > 160 o diastólica > 100 mmHg
- Hipertensión con enfermedad vascular
- Valvulopatía cardíaca no complicada
- Endometriosis
- SIDA
- Tuberculosis pélvica
- Desórdenes de la coagulación.
- Diabetes con nefropatía / retinopatía / neuropatía
- Diabetes con enfermedad vascular o de más de 20 años de evolución
- Hipertiroidismo
- Cirrosis hepática severa descompensada
- Enfermedades respiratorias crónicas: asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar
- Útero fijo por cirugía o infección previa
- Hernia de la pared abdominal o hernia inguinal

Indicaciones post-operatorias

Se recomendará evitar actividad sexual en la primera semana post-operatoria y se indicarán analgésicos suaves si fuera necesario, programando un control de seguimiento en los 7 a 14 días después de la cirugía. Se debe entregar información sobre las señales de alarma y orientación de contactar con su proveedor/a de servicios en forma inmediata si se presenta fiebre, mareo, lipotimia, dolor abdominal persistente o en aumento, sangrado y exudado a través de la incisión quirúrgica, o signos y síntomas de embarazo. Las complicaciones post-operatorias son raras y la tasa de mortalidad es baja si se hace sin tardanza el diagnóstico exacto y manejo apropiado.

4.2.2. ANTICONCEPCION QUIRURGICA MASCULINA

Procedimientos para la AQV masculina

La AQV masculina o vasectomía es la oclusión bilateral de los conductos deferentes y puede realizarse en cualquier etapa de la vida reproductiva del varón. Es un procedimiento de cirugía menor que puede realizarse en forma ambulatoria, con anestesia local y que no requiere un pabellón quirúrgico intrahospitalario. Se pueden usar una o dos incisiones pequeñas en el escroto o la técnica "sin bisturí" con una punción única en el rafe medio del escroto para abordar los deferentes. Estos se seccionan, retirando un pequeño segmento y ligando ambos cabos o sellándolos por electrocoagulación. Se deben observar los controles y prácticas pre y post-operatorias habituales.

Eficacia anticonceptiva

Es muy efectiva con tasas de falla en el primer año de 0.1 a 0.2 por cada 100 mujeres, parejas de los hombres vasectomizados. Pueden ocurrir embarazos en los primeros tres meses después de la vasectomía por la presencia de espermatozoides en el líquido seminal,

lo que corresponde a falla del método transitorio empleado por la pareja en este intervalo. El fracaso tardío se debe, por lo general, a una recanalización espontánea de los conductos deferentes, a una oclusión errónea de otra estructura durante la cirugía o cuando no se ha detectado una duplicación congénita del conducto deferente, lo que es muy raro.

Beneficios

Es muy efectiva y de carácter definitivo. Las complicaciones son escasas, no hay efectos negativos para la salud a largo plazo y no altera el deseo ni la potencia sexual. Puede realizarse en forma ambulatoria y bajo anestesia local y es de mucho menor costo que la esterilización femenina.

Efectos adversos

Puede haber dolor, equimosis, hematoma, u otras molestias posteriores semejantes a las de toda cirugía menor. Raramente se puede producir epididimitis congestiva o purulenta, o granuloma espermático por inflamación de los tejidos debido a la salida del semen de los extremos del conducto deferente. Se puede minimizar el riesgo de complicaciones locales si se emplea una técnica quirúrgica cuidadosa y se limita la actividad física exhaustiva en los días siguientes al procedimiento.

Limitaciones

La AQV masculina es de efecto retardado, sólo se consigue esterilidad después de alrededor de 3 meses de realizado el procedimiento, por lo que se debe sugerir el uso de un método anticonceptivo adicional en el intervalo. No es efectivo que la esterilidad se logre después de 20 eyaculaciones. Se recomienda, si

es posible, realizar a los tres meses un espermograma de control, o por lo menos una evaluación simple al microscopio de una muestra de semen para verificar la ausencia de espermatozoides.

La reversibilidad del procedimiento requiere de una intervención quirúrgica especial, costosa y de disponibilidad limitada a centros especializados. El éxito de este procedimiento es bajo debido a la formación de anticuerpos anti-espermáticos aglutinantes e inmovilizantes (efecto inmunológico tardío).

Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS²⁹

No existe condición médica que restrinja en forma absoluta la AQV masculina pero existen algunas condiciones y circunstancias que requieren ciertas precauciones y que se han clasificado en categoría C (cuidado), R (retrasar) o E (condiciones especiales):

Categoría C:

- Edad muy joven
- Lesión previa del escroto
- Varicocele grande.
- Hidrocele grande
- Criptorquidia
- Diabetes
- Desórdenes depresivos

Categoría R

- Infección local en la piel del escroto, balanitis, epididimitis, orquitis
- Infección aguda de transmisión sexual
- Infección sistémica o gastroenteritis
- Filariasis; Elefantiasis
- Masa intraescrotal

²⁹ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

Categoría E

- Hernia inguinal
- Trastornos de la coagulación
- SIDA.

Las infecciones locales en la piel del escroto o infecciones transmitidas sexualmente como la gonorrea o la clamidia, deben tratarse con anterioridad a la realización de la vasectomía.

Indicaciones post-operatorias

En el post-operatorio se recomienda descanso relativo y abstinencia sexual por dos días, elevación

de los testículos el primer día, uso de analgésicos suaves y frío local en caso de dolor o edema. Se debe entregar información acerca de los signos de alarma, enfatizando que se debe contactar al servicio de salud en forma inmediata si se presenta fiebre en las primeras 4 semanas, hinchazón excesiva del escroto, dolor persistente o en aumento, sangre o fluidos que salen por la incisión, o si su pareja no presenta menstruación. Se debe usar condones u otro método anticonceptivo durante 3 meses, o hasta comprobar que se produjo azoopermia realizando un espermiograma. Se deberá hacer un control a los 7 días.

Anexo 1

EXTRACTO DE LA RESOLUCION EXENTA 2326 DEL MINISTERIO DE SALUD 30 de Noviembre de 2000

Se podrá acceder a la esterilización por demanda voluntaria, por razones médicas y a solicitud de terceros en casos especiales.

Demanda voluntaria:

El hombre o la mujer podrán solicitar la esterilización voluntaria en los servicios públicos de salud o privados del país. La decisión para someterse a esterilización es personal y radicará sólo en la voluntad de quien desee hacerlo.

El/la profesional consultado/a entregará orientación en Salud Sexual y Reproductiva. Se informará al o la solicitante sobre la probable irreversibilidad de la vasectomía y las dificultades de la reversibilidad de la esterilización femenina, las posibles complicaciones y el porcentaje de fracaso. Se deberá incluir información y oferta completa sobre métodos anticonceptivos como alternativas.

El o la solicitante, independientemente de si concurren ambos a la orientación, y tomada la decisión libre y espontánea, acredita con la firma el hecho de haber recibido toda la información sobre el procedimiento. El/la profesional a cargo actuará como ministro de fe. La mujer y el hombre conjunta o independientemente determinarán cual de ellos será sometido al procedimiento.

En el caso de que el o la solicitante sean analfabetos, el profesional a cargo deberá firmar un documento declarando que el consentimiento fue otorgado verbalmente, colocando la huella dactilar de quien será intervenido.

Por indicación Médica:

Si las condiciones uterinas encontradas durante la cesárea pusieran en riesgo la vida de la mujer en una próxima gestación. Para proceder a la esterilización, es preciso que durante el embarazo, la mujer y el varón hayan sido informados sobre las posibilidades de una esterilización por razones médicas debido a la existencia de las condiciones uterinas de riesgo. La mujer debe otorgar su consentimiento por escrito para la realización de una esterilización al momento del parto.

Sólo verificado el consentimiento se procederá a la esterilización y se pondrá en conocimiento de la mujer en el post-operatorio lo sucedido, dejando expresa constancia en el protocolo operatorio de las razones médicas que se tuvieron para el procedimiento, debiendo firmar este protocolo el/la cirujano y ayudante con copia a la mujer.

Toda vez que haya riesgo grave para la salud de la mujer para una futura gestación, se procederá a una esterilización según lo indicado en la letra a) de este numeral.

Toda enfermedad sistémica agravada por un embarazo que ponga en riesgo de muerte a la mujer como la hipertensión severa, la rotura uterina grave, la isoimmunización al factor Rh con daño perinatal, la colestasis gravídica severa, la diabetes mellitus, enfermedades pulmonares, enfermedades mesenquimatosas, enfermedades trombo-embólicas graves y otras, debe ser considerada como indicación para una esterilización por razones médicas tanto en la mujer como en su pareja. Se procederá según lo establecido en el numeral 2.1.

Las causales masculinas de esterilización son: por razones exclusivamente anticonceptivas; para proteger la salud de la mujer; por indicaciones genéticas, hereditarias; retardo mental; enfermedades con mal pronóstico de vida e incapacidad de autosustento por condiciones físicas o mórbidas.

Solicitud de Terceros:

Cuando un hombre o una mujer en edad reproductiva padezca de una enfermedad discapacitante en que no haya discernimiento, se hará una esterilización con la certificación de dos psiquiatras o neurólogos y a solicitud del o la representante legal. Estos casos deberán siempre ser remitidos a la comisión médica, a la cual deberán concurrir la o el solicitante y la persona para quien se solicita la esterilización.

De la solicitud:

Los formularios de solicitud de esterilización serán enviados desde los niveles primarios y secundarios a los Servicios correspondientes, donde el o la Jefe/a de Servicio programará las intervenciones y el nivel de atención en que éstas se realizarán. Una vez terminado el trámite, quedará copia en la ficha clínica del o de la paciente de todos los documentos antes citados, con copia al o la solicitante.

Derecho a apelación:

La mujer o el hombre siempre tendrán el derecho a apelar de la resolución que no de lugar a la solicitud de esterilización emitida por el Servicio de Salud que corresponde. El plazo para proceder a la apelación será de 30 días desde la comunicación de la negativa. La reconsideración será vista por una comisión integrada, tal como lo establece el numeral 5, con profesionales de Servicios de otra área. Esta resolución será inapelable.

Derecho al arrepentimiento:

La persona podrá detener el trámite de la esterilización sin que ello signifique un menoscabo o pérdida en sus derechos.

De la Comisión Médica:

La Comisión Médica que deba revisar las apelaciones o las solicitudes especiales de esterilización, estará integrada por un/a médico/a, la matrona a cargo del Programa de la Mujer y una asistente social, si la hubiere en el nivel primario de atención. La comisión tendrá a la vista todos los antecedentes para su resolución siguiendo lo indicado anteriormente.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)

YO _____

(Nombre completo del o la solicitante)

de _____ años, con _____ hijos vivos (si es mujer, actualmente con () o sin () embarazo de _____ meses) manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presento al hospital o centro de salud de: _____

Para solicitar y autorizar que se me practique la esterilización quirúrgica dejando constancia que se me ha explicado claramente que:

- Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como métodos de abstinencia periódica, hormonales orales, inyectables e implantes, DIU, condones y otros métodos de barrera.
- La esterilización es un método quirúrgico y como tal tiene posibles riesgos.
- Es un método permanente y por tanto no podré tener más hijo/as.
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en el pabellón quirúrgico, y decir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicito, y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.
- Existe la remota posibilidad de que la operación falle.

Hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal de la clínica, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieran resultar de esta operación.

Doy fe que estoy de acuerdo con el contenido, lo entiendo claramente y me responsabilizo por el mismo ante la institución, y que la presente ha sido leída por mí o por el testigo en mi presencia.

Lugar y Fecha _____

(Firma y/o huella digital de la o el solicitante y nº de RUN)

(Firma y/o huella digital de la o el testigo y nº de RUN)

(Firma de la persona que atendió y nº de RUN)

Nota:

Si la persona no sabe leer, el o la proveedor/a de servicio será encargado/a de leer las observaciones anteriores.

Sección D:

Anticoncepción en Poblaciones Específicas

Dada las particularidades de algunas de las etapas de la vida reproductiva y de ciertas condiciones de salud, esta sección resume las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos en poblaciones específicas:

- Adolescentes
- Mujeres en el período post-parto
- Mujeres en el período post-aborto
- Mujeres después de los 35 años
- Personas en riesgo de o portadoras de ITS o VIH / SIDA
- Anticoncepción en hombres

Cada capítulo contiene los criterios médicos y elementos de la orientación que son relevantes para el uso de los anticonceptivos en la situación que se analiza.

1. Anticoncepción para Adolescentes

La adolescencia representa un período de maduración biológica y psíquica que incluye el desarrollo de la capacidad reproductiva de las personas. El Ministerio de Salud ha asumido, para efectos de planificación sanitaria, la definición de la OMS que considera como población adolescente a todas las personas entre 10 y 19 años. La población adolescente no es homogénea, y su diversidad se debe a la interacción de diversos factores como sexo, edad, condición socioeconómica de la familia, lugar de residencia y pertenencia a una etnia o cultura minoritaria, las que deben ser consideradas en la provisión de los servicios de anticoncepción.

La experiencia de los países más desarrollados muestra que la educación sexual y el acceso expedito a servicios confidenciales y de bajo costo o gratuitos que entreguen orientación y métodos anticonceptivos son estrategias efectivas para disminuir los embarazos no deseados en adolescentes. Otras políticas públicas que contribuyen a este objetivo son la promoción de iguales oportunidades laborales y de desarrollo personal para las mujeres y para los hombres, y la valoración social de la maternidad y paternidad como responsabilidades propias de la vida adulta.

En este capítulo se presenta información sobre embarazos en adolescentes en Chile, los criterios médicos y la orientación necesarias para el uso de anticoncepción en la adolescencia y los aspectos éticos y legales involucrados.

1.1. Fertilidad en la Adolescencia

Inicio de la fertilidad

En las mujeres, la menarquia señala el inicio de la capacidad reproductiva, aunque en la primera etapa los ciclos menstruales no siempre son ovulatorios, y el desarrollo genital y pelviano no ha alcanzado su culminación. En Chile, la edad promedio de la menarquia es 12 años, con un rango que va desde los 10 a los 15 años. La edad de la menarquia no coincide necesariamente con la correspondiente capacidad para enfrentar las exigencias biológicas y emocionales del embarazo, parto, lactancia y la responsabilidad socioeconómica asociada a la reproducción. En los hombres, no hay un evento único que permita identificar con precisión el momento en que comienza su capacidad reproductiva, y para efectos prácticos, se consideran las poluciones nocturnas como un indicador.

Inicio de la actividad sexual

En comparación con las generaciones que hoy tienen más de 50 años, la edad de inicio de las relaciones sexuales en las mujeres es mucho más temprana, la menarquia ocurre antes y el matrimonio se posterga. Para los hombres, la edad de inicio de las relaciones sexuales y de matrimonio tienden a mantenerse, pero la pubertad se ha adelantado. En Chile, según datos del INE, las adolescentes y jóvenes viven ahora muchos más años fértiles antes de casarse (7 años en 1900, 13 años en el 2000), mientras para los hombres el aumento es levemente menor (9 años en 1900, 13 años en el 2000).

La edad de inicio de las relaciones sexuales muestra una clara tendencia al descenso. La proporción de adolescentes entre 15 y 19 años que refieren haber tenido su primera relación sexual ha subido de un 33% en 1994 a 35% en 1997 y a 42% en el año 2000. Según las Encuestas Nacionales de Juventud, el promedio de edad de la primera experiencia sexual fue 17,5 años en el caso de las mujeres y 16.6 en los hombres en el año 2001 y de 17.6 años en las mujeres y 16.1 años en los hombres en el año 2003.

Hay claras diferencias según el nivel educacional y socioeconómico. Según la Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual aplicada en 1998, la edad mediana de inicio sexual fue notablemente menor en las jóvenes de 18 a 24 años con nivel de instrucción básica (15.6 años) que en las con instrucción superior (21.0 años) y en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (17.9 años) que las de nivel medio y alto (19.4 años). La Encuesta Nacional de Juventud del año 2001 informa que la proporción de adolescentes menores de 15 años que refiere haberse iniciado sexualmente es un 18% en el nivel socioeconómico bajo y sólo un 5% en el nivel alto. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud en el 2003, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 17.7 años en el nivel alto y 16.3 años en el bajo.

Embarazos en adolescentes

En Chile, el año 2004 hubo 34.413 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, de los cuales el 88.3% eran el primer hijo/a, el 10.6% el segundo hijo/a y un 1.1% el tercero o más hijos/as. La cifra del año 2004 representa un descenso con respecto a los 41.530 nacidos vivos que hubo en el año 1998. El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos aumentó del 13,8% en 1990 al 16,2% en 1998, disminuyendo a 14,9 % en el año 2003. El número de hijos nacidos de madres entre 10 y 15 años disminuyó de 1.162 a 994 entre el 2001 y el 2003, lo que

representa el 0,5% y el 0,4% del total de nacidos vivos, respectivamente.

En general, las tasas de fecundidad en adolescentes muestran una tendencia a la disminución a partir del año 1998, siendo el descenso más importante mientras mayor es la edad. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entre 1998 y 2004, la tasa nacional de fecundidad por 1000 mujeres bajó de 22.6 a 16.9 en las de 15 años de edad y de 70.7 a 48.7 en las de 17 años. (Tabla 8).

Tabla 8. Tasas específicas de fecundidad (por mil)

Año	Menores de 15 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años
1998	2.2	22.6	49.9	70.7	88.4	98.3
2002	1.5	18.5	38.5	55.9	71.6	88.1
2004	1.2	16.9	34.0	48.7	65.9	74.0

Fuente: Enfoques Estadísticos. Fecundidad Juvenil en Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, 2000 (1980-1998) y Estimaciones de Población INE y estadísticas vitales de MINSAL (2002-2004)

Estos promedios nacionales encubren una profunda inequidad por nivel socioeconómico. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de 1998 muestra que el 48% de las madres adolescentes se concentró en el sector socio-económico bajo el nivel de pobreza y el 74% en los dos quintiles de menores ingresos. También existen variaciones según el lugar de residencia: los datos del Departamento de Estadística e Información de Salud del MINSAL muestran que, en el año 2003, los partos de madres adolescentes se concentran en las regiones y en los sectores urbanos de mayor pobreza del país. La proporción de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos varía de 6.6% en el servicio de salud que atiende la población de mayores recursos económicos del país a 19.6% en las regiones más pobres y de 1.2% en la comuna más rica de Santiago a 21.6% en la comuna más pobre.

Consecuencias de los embarazos en niñas y adolescentes

Consecuencias para la madre:

Las adolescentes menores de 15 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15-19 años. Las principales complicaciones que amenazan a las madres muy jóvenes son hipertensión arterial, eclampsia, anemia y distocia por desproporción céfalo-pelviana.

También existen consecuencias psico-sociales como la interrupción del proceso educativo, lo que disminuye las oportunidades de ingresar al mercado del trabajo más calificado, la limitación de la participación en actividades propias del grupo de pares y los costos emocionales de una maternidad no planeada o no deseada.

En la gran mayoría de los casos, es la situación socioeconómica y la actitud de la familia de la adolescente hacia su futura maternidad lo que determina las condiciones en que cursa el embarazo y la crianza. Si la familia la acoge, la madre dispone de mayores posibilidades de atender a su hijo o hija, tiene más asistencia de otros miembros de la familia y, en algunos casos, adecuado respaldo previsional. Sin embargo, este apoyo no siempre está presente. Además es importante recordar que en las mujeres de edades menores a 15 años se concentran los abusos sexuales, en especial los intrafamiliares.

Es frecuente que falte el apoyo de la pareja en la crianza ya que las relaciones en estas edades suelen ser transitorias. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud del año 2003, el 44% de los padres adolescentes no reconoce a su hijo/a. Más del 82% de los padres de los hijos e hijas de adolescentes son menores de 24 años y se observa una tendencia a paternidades a edades más jóvenes. Entre el año 1992

y el año 2002, la proporción de adolescentes de 15 a 19 años, padres de hijos/as de madres de la misma edad, aumentó del 17.9% a un 24.6%, disminuyendo el grupo de padres de 20 a 24 años de un 60,9% a un 57,8%. Esta situación se ha mantenido sin grandes variaciones: en el año 2003, de los progenitores de niños/as cuyas madres tenían entre 15 y 19 años, un 24,7% tenían también entre 15 y 19 años y un 57,7%, entre 20 a 24 años.

Es escasa la proporción de mujeres adolescentes que opta por entregar su hijo o hija en adopción, decisión por la cual sufre presiones y censura social, explícita o implícita, la que no alcanza por igual a sus parejas, sean ellos adolescentes o adultos.

Consecuencias para los hijos e hijas:

La consecuencia más importante es la mayor mortalidad infantil, cuya principal causa es el bajo peso al nacer, asociado a deficiencias nutricionales de las madres adolescentes. La mortalidad aumenta en la medida en que la madre es de menor edad: en Chile, durante el año 2003, fallecieron 17 de los 994 hijos/as nacidos/as de madres menores de 15 años (1.7 %) y 335 de los 33.838 hijos/as nacidos/as de madres de 15 a 19 años (1%). También el bajo peso al nacer (menos de 2500 g) es más frecuente en hijos/as de mujeres menores de 15 años (7.8 %) que en hijos/as de mujeres entre 15 y 19 años (5.5 %).

Las consecuencias tardías pueden incluir problemas de salud mental, especialmente en niños/as que no han sido deseados/as o que han sido rechazados/as por el grupo familiar. Otros factores que pueden afectar el desarrollo psicomotor, emocional y social de los/as hijos/as de madres adolescentes son: inestabilidad familiar, familias uniparentales, diversos roles maternos y paternos (que cumplen los/as abuelos/as), padres aún dependientes económicamente o con bajos ingresos, entre otros.

1.2 Uso de anticoncepción en la adolescencia

Una proporción importante de las/los jóvenes que inicia actividad sexual antes de los 19 años lo hace sin protección anticonceptiva lo que se traduce en altas tasas de fecundidad. Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud del año 2003, usaron anticoncepción en la primera relación el 41,3% de jóvenes de 15 a 18 años y el 37,5% de los de 19 a 24 años. Sin embargo, en la última relación, el uso de anticoncepción subió a 58,6 y 65,5%, respectivamente, para esos mismos grupos etarios. La proporción que no usó anticoncepción es mayor en las zonas rurales (74%) y en el grupo socioeconómico bajo (73%), que en el nivel alto (53%).

Estos antecedentes destacan la necesidad de informar a los y las adolescentes acerca del uso de anticoncepción si han decidido iniciar su vida sexual. Los siguientes aspectos influyen en su decisión de adoptar un método y usarlo en forma regular:

- Percibir la necesidad de prevenir un embarazo utilizando un método anticonceptivo efectivo, si se ha pensado iniciar o si ya se ha iniciado la vida sexual.
- El tipo de relación de pareja, si se puede conversar de este tema, si es una relación estable u ocasional, si hay presiones de la pareja.
- La situación familiar, particularmente la confianza entre los hijos e hijas y los padres, el modelo de familia, las demandas y exigencias de los padres.
- Creencias, valores y actitudes del grupo de pares respecto de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, la información sobre su propia fisiología, la percepción de los riesgos, los mitos con respecto a los anticonceptivos.

- Los aspectos psicosociales propios de la adolescencia, tales como la autoestima, el tener un proyecto de vida y expectativas para el futuro, la capacidad de reconocer los riesgos y de postergar satisfacciones en pro de logros personales.
- Factores culturales y religiosos, como la percepción de lo que debería ser la vida sexual en esta edad o la posición de la iglesia a la que pertenecen.
- Factores económicos como el disponer de los medios para comprar los anticonceptivos, acceso a servicios de salud reproductiva, que estén orientados hacia los y las adolescentes y donde se sientan acogidos / as.

Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud³⁰

En general, las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios biomédicos:

- **Edad:** la edad no es factor que limite el uso de métodos anticonceptivos por razones médicas. Esta condición está clasificada en categoría 2 (las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método) solo en dos casos: cuando una joven tiene menos de 18 años se recomienda cautela en el uso de inyectables de progestágeno solo por su posible efecto en el metabolismo óseo, y cuando una joven tiene menos de 20 años se recomienda cautela en el uso de un dispositivo intrauterino.
- **Paridad:** cuando ha habido embarazo previo, no hay restricciones médicas en la elección de método. Si la adolescente no ha tenido un embarazo, se le

³⁰ World Health Organization, *Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health*

debe informar del retraso en la recuperación de la fertilidad cuando se han usado inyectables de progestágeno solo. También se le debe explicar el riesgo de expulsión del DIU en las nulíparas y el posible aumento en el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria y de posterior infertilidad, relacionado con las infecciones transmisibles por contacto sexual (ITS).

- **Condiciones de salud:** no hay restricciones para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en adolescentes sanas, salvo por las consideraciones ya descritas con respecto a los DIU y los inyectables de progestágeno solo. Sin embargo, es preciso considerar si hay ciclos irregulares o dismenorrea, ya que la adolescente podría beneficiarse con el uso de pastillas combinadas. También debe considerarse la adicción a drogas, que puede interferir con el uso correcto y consistente de ciertos anticonceptivos. En caso de patología física o psiquiátrica y la interacción con las drogas de uso prolongado que se utilizan en alguno de los tratamientos, debe aplicarse los criterios médicos para el uso de anticonceptivos de la OMS independiente de la edad de la usuaria.
- **Riesgo de ITS o infección por VIH:** el uso de condones es la primera recomendación para la prevención de ITS/VIH en adolescentes sexualmente activas/os. Un alto riesgo de ITS/VIH se clasifica en categoría 3 (condiciones en que los riesgos son mayores que los beneficios) para el uso de un DIU.

Opciones anticonceptivas para adolescentes

Métodos más adecuados

Condón masculino de látex: Por la especial necesidad de protección contra ITS y VIH en esta etapa de la vida, siempre hay que recomendar a las y los

adolescentes el uso del condón masculino como método único o como “doble método”. Para que sea efectivo, se debe conocer su uso correcto y debe ser usado en todas las relaciones. Si se trata de una pareja casual o si se tienen varias parejas sexuales, es aún más necesario el uso del condón masculino para evitar un embarazo o una ITS. Aunque las mujeres no sean quienes usan el condón masculino, es importante que aprendan su uso y se sientan capaces de pedir a su pareja que lo use, sin temor ni vergüenza. Es recomendable que, antes de usar el condón en una relación sexual, el hombre practique solo porque las primeras veces puede resultar difícil y con la práctica perderá el temor.

Píldoras combinadas: Son también una buena opción que ofrece elevada protección anticonceptiva. Se recomienda iniciar el uso con pastillas de dosis baja que tengan la combinación de 30 mcg de EE y levonorgestrel por el menor riesgo de enfermedad tromboembólica. La continuidad de su uso es muy importante. Por esto, si hay efectos secundarios indeseados con esta combinación, se pueden usar otros hormonales combinados de dosis baja (20 mcg de EE) con la orientación apropiada sobre el incremento en el riesgo cardiovascular. Si se usan preparados que contienen 20 mcg de EE hay que destacar la exigencia de una mayor rigurosidad en la ingesta diaria de las pastillas. Este método no protege de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Inyección combinada mensual: Es efectiva y tiene escasos efectos metabólicos por el tipo de esteroides que contiene y porque evita el primer paso de los esteroides por el hígado. Su mecanismo de acción es semejante al de los combinados orales y tiene la ventaja de que no hay que recordar a diario su uso sino solo una vez al mes. La pueden usar las adolescentes, recordando que pueden producir sangrados irregulares en los primeros meses. **Los anillos vaginales combinados** son similares ya que también evitan el primer paso de

los esteroides por el hígado. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

**En cumplimiento de la Resolución
N° 740 del 18 de abril de 2008
del Excelentísimo Tribunal Constitucional
de Chile**

Otras posibilidades son:

Los **anticonceptivos hormonales de progestágeno solo**, ya sea en pastillas o implantes, también pueden ser usadas por adolescentes, recordando que pueden producir sangrados irregulares. Es importante saber que las pastillas necesitan ser tomadas todos los días y a la misma hora para que sean más efectivas y recordar que los implantes son métodos de largo plazo. En el caso de los inyectables de progestágeno solo hay que tener cierta cautela por su efecto sobre la masa ósea. Estos métodos no protegen de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. El uso de un DIU, como la **T con Cobre**, está restringido cuando hay riesgo de ciertas infecciones. Hay mayor dificultad para colocarla y mayor riesgo de que se expulse si la joven no ha tenido un embarazo previo.

Métodos menos recomendables:

No hay estudios en adolescentes acerca del uso del **condón femenino**. El uso del diafragma puede ser difícil, requiere de una medición previa al iniciar su uso y su eficacia es relativamente baja. **El coito interrumpido** es de difícil manejo para los adolescentes que inician su vida sexual y **los espermicidas** son de eficacia baja. La práctica de la **abstinencia periódica** puede ser difícil de cumplir para los/as adolescentes, los ciclos pueden no ser aún regulares como para tener la certeza de cual es el período fértil y la eficacia es también baja.

Es importante recordar que el uso de estos métodos requiere del acuerdo y participación de la

pareja masculina. Para el coito interrumpido el hombre debe tener control total sobre su eyaculación y para la abstinencia periódica se deben evitar las relaciones sexuales vaginales durante los días fértiles. Estos métodos no protegen de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.

Orientación y Consejería

Se describen brevemente algunos aspectos que hay que considerar, además de los criterios médicos descritos, al hablar con las/los adolescentes de anticoncepción, ya sea como orientadores/as, prestadores/as de servicios de salud o, simplemente, como personas en quien ellos/as han confiado para discutir este tema:

- **Situación familiar:** el uso de un anticonceptivo puede ser muy diferente si en la familia hay capacidad de diálogo y apoyo que si las y los adolescentes tienen temor a que los padres intervengan. La confianza entre hijos e hijas y sus padres, el modelo de familia, su valoración de la maternidad y paternidad, las expectativas y exigencias y la importancia que los padres otorgan a la educación, son aspectos que influyen significativamente en la percepción de la necesidad e importancia de utilizar un método anticonceptivo y en la constancia y regularidad de su uso de parte de las y los adolescentes. Por otra parte, los/as hijos/as pueden sentir que decepcionarán a sus padres si estos saben de su actividad sexual, viviéndola con sentimientos de culpa. Incluso pueden tener temor de que sus padres reaccionen negativamente si saben que han iniciado su vida sexual activa y están usando un método anticonceptivo. Si bien es importante sugerirles que conversen con sus padres acerca de las decisiones que toman respecto a su sexualidad, es la o el adolescente quien decide si hacerlo o no, y siempre debe recibir información y apoyo para el manejo de posibles conflictos con su familia. Es

importante recordar que una adolescente tiene mayor riesgo de embarazo si su madre presentó un embarazo en la adolescencia o ya ha habido otra adolescente embarazada en la familia, situación en que madres y padres pueden estar más dispuestos a apoyar en la prevención del embarazo.

- **Actitudes y comportamientos:** las y los adolescentes suelen ser poco constantes en el cumplimiento de las prescripciones y son sensibles a la influencia de sus amigas y amigos, quienes pueden hacer recomendaciones contradictorias, criticar o hacer bromas sobre el tema, desincentivando la constancia y regularidad en el uso del método anticonceptivo. Las creencias, valores y actitudes del grupo de pares respecto a la sexualidad, paternidad y maternidad, la información que poseen sobre la propia fisiología reproductiva, la percepción de los riesgos, los mitos con respecto a los anticonceptivos y la inestabilidad de sus relaciones de pareja, pueden favorecer o desincentivar el uso de anticoncepción.
- **Aspectos de género:** la percepción de la necesidad de utilizar un método anticonceptivo y la forma de concretar su utilización es distinta en adolescentes mujeres y hombres. Las mujeres adolescentes suelen tener mayor información acerca del riesgo de un embarazo y mayor claridad de lo que significa la maternidad pero manejan menos recursos económicos y personales para comprar o acceder a los anticonceptivos. A pesar de recaer sobre ellas la responsabilidad de prevenir un embarazo, tienen menor capacidad y recursos que sus parejas, estables u ocasionales, para persuadir o exigir el uso de condón ya que tienen menos poder en la relación sexual por razones de género, pueden temer el rechazo de la pareja y la “pérdida del romanticismo” o espontaneidad que supone. Los hombres adolescentes suelen tener menos información acerca del embarazo, están menos

familiarizados con los servicios de atención en salud y tienen menos claro su rol y responsabilidades como potenciales padres. Están más predispuestos a “asumir riesgos” en general y sienten que tienen que “hacerse hombres”, decidir por sí mismos, ejercer poder y no dejarse persuadir. Un embarazo de su pareja puede ser vivido por un adolescente (y su grupo de pares masculinos) como señal de virilidad. Socialmente se suele reaccionar críticamente frente a la adolescente que se embaraza, y en forma más bien tolerante y comprensiva frente a su pareja, lo que contribuye a que no acepte la responsabilidad en forma equitativa.

La orientación o consejería es una oportunidad para entregar argumentos a favor de relaciones de género más equitativas. Es importante informar a las adolescentes mujeres de sus derechos y apoyarlas en el desarrollo de su autoestima, estimular su asertividad y sus capacidades para establecer una comunicación efectiva con sus parejas. De esta manera se incentiva en ellas la capacidad para ejercer su derecho a tener una vida sexual que sea respuesta a sus propios deseos y proyectos y no a una imposición de parte de los hombres o del medio. En la orientación a los adolescentes hombres es importante reforzar, explícitamente, propuestas alternativas a la cultura machista, estimular las relaciones equitativas, el respeto a los derechos de las mujeres, y descalificar el uso de la violencia en las relaciones de pareja.

- **Relación de pareja:** Cuando la o el adolescente mantiene una relación afectiva y social de pareja y no sólo sexual, es importante considerar la confianza y capacidad de diálogo y negociación que existe entre ambos, las expectativas y valores que comparten o en los que discrepan. Es posible que la adolescente perciba o aspire a un nivel de compromiso diferente del que tiene su pareja,

y que tenga expectativas no confirmadas o idealizadas de que él estará dispuesto a compartir la responsabilidad de un embarazo. Por lo tanto es necesario entregar mensajes muy claros al respecto y ayudarles a reflexionar sobre la vida sexual y reproductiva como una responsabilidad compartida. Para tratar estos aspectos y las consideraciones de género mencionadas, es deseable la atención conjunta de la pareja, cuando sea posible, lo que no excluye la orientación por separado a cada integrante de ella.

- **Relación con los profesionales de salud:** Hay que recordar que habitualmente las y los jóvenes viven la sexualidad como un secreto que les cuesta compartir con los adultos. Pueden sentir temor ante los/as profesionales de salud quienes representan el mundo adulto y la autoridad que puede enjuiciarlas/os por las decisiones que toman, haciéndoles sentir que cometen una trasgresión a las normas o a lo que se espera de ellos. Tienen una educación sexual escasa, información inexacta sobre los métodos anticonceptivos y muchas fantasías y mitos sobre el tema. Es frecuente, además, que les sea difícil preguntar aunque tengan dudas o vacíos de información. Hay que considerar el temor que pueden tener a un examen físico (que no es necesario salvo en el caso de uso de DIU y diafragma).
- **Aspecto culturales y religiosos:** Las y los adolescentes que profesan alguna religión o tienen principios morales no favorables a la anticoncepción, suelen vivir intensamente los límites y conflictos que les plantea el tener una vida sexual activa, por lo que requieren un apoyo comprensivo ya que igualmente enfrentan riesgos.
- **Aspectos económicos:** El no disponer de recursos propios y la dependencia económica y previsional de la familia dificultan el acceso

de las y los adolescentes a orientación y a los métodos anticonceptivos, más aun cuando las y los adolescentes en situación de mayor riesgo pertenecen a los estratos socioeconómicos de menores recursos donde el acceso a la información y los servicios es más difícil.

1.3 Servicios de Regulación de Fertilidad para Adolescentes

En esta etapa de la vida es particularmente importante la calidad de atención en los servicios, que estos sean de fácil acceso, gratuitos o de muy bajo costo, y que garanticen la privacidad y confidencialidad. Idealmente se debería hacer la orientación y la entrega de métodos en el mismo lugar. En lo posible, las y los adolescentes deberían participar en el diseño de los servicios e incorporarse como monitores/as que colaboren en la educación sexual de sus pares.

El personal debe estar entrenado en aspectos técnicos, de comunicación y en educación sexual. Para orientar a los y las adolescentes, es importante conocer los servicios disponibles, ya sea de planificación familiar, de salud reproductiva, de salud mental y de otras especialidades que puedan ser necesarias. El ideal es contar con un equipo multidisciplinario que pueda atender todas las necesidades de los y las adolescentes.

Durante la orientación de adolescentes son esenciales las actitudes que favorecen el diálogo, mostrar respeto y acogida, dar refuerzo positivo a quienes consultan y escuchar activamente, con un lenguaje corporal que demuestre interés y aceptación. Es necesario generar confianza y esperar que esta se establezca, tolerar los silencios, la vaguedad, la desconfianza o la confusión y evitar juicios valóricos negativos o presiones basadas en las creencias de quien la/lo atiende. También lo es entregar contenidos de acuerdo a las necesidades e intereses de quien consulta,

sin tratar de dar más información de la que puede ser asimilada pero dejando espacio para preguntas y para que vuelva a consultar en el futuro.

La educación sexual es esencial para que puedan aceptar y valorar la sexualidad e integrar el desarrollo afectivo y sexual. Les ayuda a explorar los valores que tienen y permite la oportunidad de reforzar los más importantes para esta etapa. Esto es imprescindible para que puedan tomar decisiones informadas, libres y responsables sobre el ejercicio de la vida sexual y reproductiva. También les ayuda a tomar conciencia de los riesgos asociados a ciertas conductas, particularmente el de embarazo y el contagio de infecciones transmisibles por vía sexual. Finalmente, el hablar de estos temas facilita el diálogo entre jóvenes y adultos.

1.4. Consideraciones éticas y aspectos legales

Consideraciones éticas

La atención de adolescentes en regulación de la fertilidad debe responder a los principios de beneficencia, de respeto a la dignidad de las personas y de resguardo de sus derechos, incluido el derecho a la no discriminación por edad en el acceso a la atención. Está, además, sujeta a las exigencias de intimidad y confidencialidad, principios inherentes y fundamentales en el área de la sexualidad humana.

Sin embargo, existen proveedores que pueden considerar que están validando o promoviendo una conducta inapropiada - la actividad sexual temprana - al indicar un método anticonceptivo. También pueden tener temor de que al hacerlo sin conocimiento de sus padres, la entrega de este servicio pueda ser enjuiciada y criticada por éstos.

En primer lugar, la evidencia señala que las y los adolescentes buscan sus propias experiencias de vida y toman sus propias decisiones con respecto a la sexualidad

y que no es fácil inducir o cambiar sus comportamientos en ese ámbito mediante una indicación profesional. Los y las jóvenes saben que los adultos miran con desconfianza o desaprueban su incursión en la vida sexual, la que se vive hoy mucho antes que el matrimonio. Frente a esta realidad, y para cumplir con el principio de beneficencia, se requiere que los y las adolescentes tengan acceso a la información veraz y oportuna, a los servicios y a los métodos para regular su fertilidad y prevenir un embarazo no deseado.

En segundo lugar, el condicionar la entrega de anticoncepción a las y los adolescentes a la aprobación de sus padres no responde al principio ético de respeto por la autonomía de las personas ni concuerda con la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que establece que los trabajadores de salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica, igual que en el caso de los adultos. Es legítimo que padres y madres deseen que sus hijos e hijas vivan la sexualidad de la mejor forma posible, en relaciones estables y protegidas como el matrimonio, sin embargo, la mayoría no conversa abiertamente de la sexualidad con sus hijos/as adolescentes. Por otra parte, la experiencia clínica de los y las profesionales que realizan atención de adolescentes permite afirmar que, en la mayoría de los casos, la madre (y con menor frecuencia, el padre) conoce o intuye la actividad sexual de su hijo o hija e intenta motivarle a que tome precauciones para evitar un embarazo o una ITS, mediante una expresión tan inespecífica y general como "cuídate".

Frente al o la adolescente que consulta por anticoncepción, debe aplicarse el concepto de menor maduro/a, es decir, de una persona que tiene autonomía para decidir sobre algunos aspectos de su vida. Es signo de madurez estar conciente de la necesidad de prevenir un embarazo y consultar a profesionales de salud idóneas/os sobre anticoncepción en lugar de hacerlo con amigo/as o directamente en la farmacia.

No sólo posee la madurez suficiente para tomar la decisión de consultar, sino que ha sido capaz de salvar las barreras que se le presentan para llegar hasta los servicios de salud, solicitando a su madre o padre que pidan hora o que le otorgue los recursos para consultar; o solicitando personalmente una hora en su consultorio, consiguiendo por sí misma/o los recursos necesarios y atreviéndose a ser vista/o por personas conocidas que podrían informarle a su familia. Quienes consultan demuestran tener conciencia y responsabilidad frente a las consecuencias del inicio de la vida sexual y de la necesidad de autocuidado.

Por lo tanto, es obligación de las y los profesionales entregar a las y los adolescentes la información solicitada y el método adecuado según los criterios técnicos que se describen en este capítulo. La ética obliga a brindar la atención de salud solicitada a todas las personas, sin discriminación de edad. Si un/a prestador/a de servicios tuviese impedimentos de “conciencia” para realizar esta atención, por tener posiciones discrepantes con respecto a las demandas del o de la adolescente, su obligación es derivar a las o los jóvenes a otro/a profesional del equipo para que realice esta atención sin demora.

Aspectos legales

No existe norma legal que diga que los hijos o hijas deben solicitar autorización de los padres para iniciar relaciones sexuales, o que la patria potestad incluye el control de la sexualidad de hijas e hijos. No existe impedimento legal para la prestación de servicios de regulación de fertilidad a las y los adolescentes, ni para condicionar esta atención de salud a la aprobación de los padres. Más aún, los y las adolescentes tienen derecho a la salud tanto en normas constitucionales como en tratados de derechos humanos obligatorios para Chile.

Son especialmente importantes algunas consideraciones que la ley establece respecto a la protección de las y los adolescentes menores de 14 años

en el ámbito de los delitos sexuales. La Ley 19.927, Título VII, “Crímenes y Delitos Contra el Orden de las Familias, Contra la Moralidad Pública y Contra la Integridad Sexual” del actual Código Penal, en su Artículo 362, establece la protección que requieren las personas menores, estableciendo que: “el que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, y la configuración del delito se producirá bastando la comprobación de la edad de la víctima”. Es decir, se sanciona a quien tiene actividad sexual con un/a menor de 14 años, aunque no exista uso de fuerza o intimidación, privación de sentido, incapacidad para oponer resistencia ni enajenación o trastorno mental de la víctima. La única excepción, según la actual Ley sobre Responsabilidad Penal Juvenil, es que no se está en presencia de un delito cuando quien tiene actividad sexual con un/a menor de 14 años es menor de 18 años y hay hasta dos años de diferencia entre éste y la o el joven con quien se ha realizado la actividad sexual.

El Código Procesal Penal determina que las y los profesionales de salud están obligados/as a hacer una denuncia a la fiscalía correspondiente del Ministerio Público cuando existan señales de un delito en el cuerpo de la presunta víctima. Es decir, están obligados/as a hacerlo cuando se confirma un embarazo en una niña menor de 14 años. En cambio, no hay señales de un delito por actividad sexual en el caso de una niña menor de 14 años que solicita anticonceptivos para prevenir un embarazo, a menos que esta evidencia se busque intencionadamente. La solicitud de anticonceptivos sólo hace explícita la “posibilidad o intención” de tener actividad sexual, lo cual no es constitutivo de delito por lo que la necesidad de denunciar no se aplica. Claramente, no están obligados/as a denunciar cuando toman conocimiento de que la persona que tiene actividad sexual con la adolescente es menor de 18 años y hasta dos años mayor que ésta.

Es importante resaltar que no se denuncia a la adolescente que está recibiendo atención (quien es la presunta víctima), si no una situación constitutiva de delito que la afecta. Pero tampoco debe olvidarse que, en la práctica, se entrega a la fiscalía el nombre y los datos de la adolescente, quien podría eventualmente ser interrogada como parte de la investigación. La decisión de iniciar una investigación compete exclusivamente al o a la fiscal correspondiente.

Es necesario insistir en que la denuncia a la fiscalía de una situación en la que hay sospecha de abuso sexual tiene por objetivo abrir la posibilidad de proteger a una posible víctima y que, en ningún caso, limita o modifica la atención que debe entregársele a la joven para evitar o minimizar el impacto que pudiera tener el presunto delito, incluyendo la oferta de anticoncepción de emergencia, la protección contra una infección de transmisión sexual, el cuidado y protección del embarazo y parto y el tratamiento de una lesión o de una infección de transmisión sexual.

Las y los prestadores de servicios de regulación de fertilidad para adolescentes pueden verse afectados en su desempeño por la tensión que les genera el mandato de esta ley y el respeto a la confidencialidad a la que tienen derecho las y los adolescentes cuando reciben atención en salud. Están concientes de los efectos de realizar la denuncia: para proteger a su pareja y/o evitar que su familia sepa sobre su actividad sexual ante lo cual las adolescentes menores de 14 años podrían decidir no usar un

método anticonceptivo, consultar tardíamente para controlar su embarazo, o más grave aún, interrumpirlo o alejarse de los servicios.

La confidencialidad en la atención a adolescentes está consagrada también en otras disposiciones legales que benefician y obligan a los prestadores:

- El Código Penal sanciona la revelación del secreto.
- El Código Procesal Penal Chileno en su artículo 303 excusa a las personas de informar sobre hechos que conocieron en ocasión del ejercicio de su profesión u oficio y sólo en lo que respecta al secreto.
- La Convención Internacional de los Derechos del Niño, en su Observación General Nº 4, párrafo 11, precisa que los trabajadores de salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del o de la adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de adultos.

El manejo delicado que esta situación exige que los directivos, asesores legales y los equipos de salud establezcan una comunicación fluida con las fiscalías respectivas, para coordinar la denuncia de los abusos sexuales confirmados o sospechados y para encontrar la manera de no transformar en víctima a una adolescente que ha iniciado voluntariamente su actividad sexual. El espíritu de la ley es la protección frente a los delitos sexuales y no debe transformarse en una barrera para el acceso a los servicios y el ejercicio de los derechos de las y los adolescentes.

2. Anticoncepción en Mujeres en Período Post-parto

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y parto y del esfuerzo que requiere la atención de niños y niñas. La duración de la lactancia materna y del intervalo entre los embarazos son determinantes para la calidad de vida de los y las recién nacidos/as, especialmente en los países en vías de desarrollo. La anticoncepción post-parto contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos.

Las mujeres y las parejas, adecuadamente informadas, pueden decidir acerca de la lactancia y anticoncepción en la forma más conveniente para su situación y sus necesidades. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo.

Las recomendaciones para el uso de métodos anticonceptivos que se describen son distintas para las mujeres que amamantan y las mujeres que no amamantan.

2.1 Anticoncepción para la mujer que no amamanta

La fertilidad se recupera rápidamente en las mujeres que no amamantan y la primera ovulación se produce entre cuatro semanas y dos meses después del parto. Cuando una mujer no amamanta, puede

usar cualquier método anticonceptivo de su elección, si no hay condiciones de salud que restrinjan su uso. Los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para este grupo de mujeres son los siguientes:

- Los anticonceptivos orales combinados deben iniciarse después de las 3 semanas post-parto para evitar riesgo de trombosis.
- Los métodos de progestágeno solo (pastillas, inyecciones o implantes) no tienen este problema y pueden iniciarse en cualquier momento.
- Los dispositivos intrauterinos pueden insertarse después de las cuatro semanas post-parto, teniendo precauciones especiales por la condición del útero en esta etapa de involución. La inserción en el post-parto inmediato, apenas se ha expulsado la placenta, es un procedimiento seguro si lo practica personal debidamente entrenado. El DIU no debe insertarse entre las 48 horas y las 4 semanas post-parto. Deben seguirse las recomendaciones generales (categorías 3 y 4) descritas en la sección sobre DIU.
- El uso de los métodos de barrera puede iniciarse en cualquier momento. Los métodos de barrera, especialmente el condón, protegen del embarazo y de las infecciones transmitidas durante el acto sexual. Dado que la eficacia anticonceptiva de estos métodos depende de que se usen correctamente en todas las relaciones sexuales, las mujeres y sus parejas deben recibir instrucciones claras de cómo usarlos y guardarlos. Si una mujer ha usado

previamente el diafragma y quiere usarlo después del parto, se debe evaluar nuevamente la medida anatómica ya que la vagina puede haber variado por los cambios corporales que ocurren con el embarazo y parto.

- Los métodos basados en el reconocimiento de los signos y síntomas de la fertilidad, como el método de la ovulación, se pueden aprender y usar cuando se reinician los ciclos menstruales.
- La esterilización quirúrgica de la mujer es un procedimiento más simple en el post-parto temprano que durante otras etapas de su vida reproductiva, siempre que se realice en condiciones adecuadas por un equipo debidamente entrenado. Se puede practicar en los primeros 7 días y después de los 42 días, pero debe postergarse entre los 7 y los 42 días porque hay más riesgos. También se debe postergar en casos de pre-eclampsia severa, rotura de membranas por más de 24 horas, infecciones o hemorragia severa. Se requiere consentimiento informado y que la orientación sobre este método y la elección de la mujer se haga con tiempo suficiente, durante el embarazo, y que no sea una decisión tomada bajo la presión de las circunstancias que rodean al parto.

2.2 Anticoncepción para la mujer que amamanta

En el caso de la mujer que amamanta, hay consideraciones adicionales para el uso de los métodos anticonceptivos, ya que no deben interferir con la lactancia ni el crecimiento de los/as niños/as.

Métodos no hormonales

Los métodos no hormonales se consideran la mejor opción para la mujer que amamanta, ya que no interfieren con la lactancia ni el crecimiento de los/

las lactantes y tampoco implican la transferencia de esteroides a través de la leche.

Amenorrea de lactancia:

La amenorrea de lactancia ofrece una protección anticonceptiva muy alta a las mujeres que están en lactancia exclusiva, con tasas de embarazo menores de 1% en los primeros seis meses post-parto. Los/as prestadores/as de servicios deben tener claro que:

- La eficacia anticonceptiva disminuye rápidamente después del primer sangrado post-parto, con la introducción de alimentación suplementaria y cuando se cumplen seis meses post-parto. Cuando ocurre cualquiera de estas condiciones, es necesario comenzar a usar otro método anticonceptivo.
- La lactancia se debe apoyar con una elevada frecuencia de succión para que sea exitosa, para mantener la amenorrea y para evitar que se requiera alimentación suplementaria del o la lactante.
- Además de la protección anticonceptiva, la amenorrea de lactancia proporciona un período de tiempo de varios meses, durante los cuales la mujer puede comenzar otro método anticonceptivo sin temor de que esté embarazada (por ejemplo: se puede insertar un DIU sin esperar el primer sangrado). La seguridad de que la mujer no se va a embarazar en los primeros meses post-parto, si está en amenorrea, también permite postergar el inicio de la anticoncepción hormonal. Así se evita el paso de esteroides al lactante, si esta es la anticoncepción elegida.

Dispositivos Intrauterinos (DIU):

Los DIU con cobre, como la T Cobre 380 A, son uno de los métodos reversibles de mayor eficacia anticonceptiva con tasas de embarazo menores de 1% al final del año, lo que representa una gran ventaja en este período en que un embarazo puede perjudicar tanto la salud de la madre como la de su hijo o hija.

La inserción es segura después de las cuatro semanas post-parto, cuando se ha completado la involución uterina, durante la amenorrea de lactancia o en las primeras menstruaciones post-parto. No es necesario esperar la primera menstruación. También puede hacerse en el post-parto inmediato, teniendo en cuenta las mismas consideraciones que en la mujer que no amamanta.

- Es importante recordar que se necesita entrenamiento adecuado y tomar precauciones especiales con relación al tamaño y posición del útero para realizar la inserción en este período, con el fin de evitar perforaciones.
- Se deben usar los Criterios de Elegibilidad de la OMS descritas en la sección sobre DIU.
- Las inserciones en mujeres que amamantan son menos dolorosas y las mujeres tienen menos problemas con los sangrados y menos molestias durante el uso, en comparación con las inserciones realizadas en mujeres que no amamantan. La eficacia anticonceptiva y las tasas de continuación son muy buenas.

Esterilización quirúrgica:

La esterilización quirúrgica de la mujer no tiene consecuencias negativas para la lactancia, si se evita la separación prolongada de la madre y el/la lactante. El post-parto es también un período adecuado para la vasectomía ya que si la mujer está en amenorrea de lactancia la pareja no necesita protección adicional durante los tres meses después del procedimiento.

Métodos de barrera:

Su eficacia anticonceptiva puede ser más alta durante la lactancia, ya que hay una reducción parcial de la fertilidad en los primeros ciclos post-parto. El uso del condón protege de las ITS/VIH y algunas mujeres

pueden estar en situación más vulnerable en este período. El diafragma puede ser usado después de 6 semanas, cuando la anatomía de la mujer ha recuperado la normalidad, efectuando la medición para determinar el tamaño adecuado.

Abstinencia periódica:

El reconocimiento de los signos y síntomas de la fertilidad, como en el método de la ovulación, se puede aprender durante la amenorrea de lactancia para aplicarlo cuando se reinician los ciclos menstruales. La interpretación de la temperatura basal y de los cambios en el moco cervical puede ser más difícil durante la lactancia. Algunos estudios han encontrado tasas de embarazo algo más elevadas en los ciclos después de la amenorrea de lactancia, en comparación con las tasas observadas en mujeres que no amamantan.

Métodos hormonales

Métodos de progestágeno solo:

Pueden ser administrados después de las primeras 6 semanas post-parto y pueden usarse pastillas, inyecciones e implantes (ver capítulo correspondiente).

- Estos métodos no tienen efectos negativos sobre la lactancia, ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de los lactantes. Por lo tanto, son una buena elección cuando los métodos no hormonales representan un riesgo para la salud de la madre o no son aceptables para ella.
- Tienen una elevada eficacia anticonceptiva, con tasas de embarazo menores de 1% al final del año de uso y son bien tolerados.
- Cuando se inician durante la lactancia, prolongan el período de amenorrea y las mujeres presentan ciclos más largos y escasos días de sangrado cuando se reanudan los ciclos menstruales, lo que tiene un efecto positivo sobre los niveles de hemoglobina.

■ Cuando se usan estos métodos, una pequeña cantidad de hormona pasa a la leche, la que va desde 10 mcg de acetato de medroxiprogesterona en el caso de este inyectable, hasta menos de 100 ng del progestágeno contenido en pastillas e implantes (Tabla 9). Estas hormonas son activas por vía oral, y no se conoce el efecto que puedan tener a largo plazo sobre el desarrollo de los/as niño/as. Por eso se recomienda comenzar su uso después de las seis semanas post-parto para evitar la ingestión de la hormona en un/a lactante en la etapa en que los sistemas metabólicos y la barrera hematoencefálica son más inmaduros.

Anillos Vaginales de Progesterona:

La progesterona es la hormona natural producida por el ovario en la fase lútea del ciclo menstrual y durante el embarazo y no es activa por la vía oral. La progesterona se administra a través de anillos vaginales, iniciando su uso a las seis semanas post-parto. Se ha demostrado que son muy

efectivos como anticonceptivos, sin alterar la lactancia ni el crecimiento de las/os lactantes. La progesterona prolonga el período de anovulación y amenorrea post-parto, por lo que actuaría reforzando los mecanismos naturales de la infertilidad asociada a la lactancia.

Anticonceptivos hormonales combinados:

Los ACO tienen un efecto negativo sobre la cantidad y calidad de la leche, acortan la duración de la lactancia y afectan el crecimiento de las/los lactantes. Por estas razones, no se recomienda su uso en los primeros seis meses post-parto cuando las mujeres están amamantando, salvo que sea la única opción posible. Si este es el caso, se deben iniciar lo más tarde posible, postergándolos hasta después del primer sangrado post-parto o hasta la introducción de alimentación suplementaria al/la lactante. La misma recomendación se aplica a los anticonceptivos inyectables que contienen estrógenos, ya que esta hormona es la responsable de los efectos negativos sobre la lactancia.

Tabla 9. Dosis estimada del esteroide que ingieren niños/as en lactancia exclusiva cuyas madres usan métodos de progestágenos puros

Método (dosis)	Ingesta diaria del lactante*
Inyectables AMPD (150 mg / 3 meses) EN-NET (200 mg / 8 semanas)	1 - 13 mcg 0.5 - 2.4 mcg
Implantes Norplant® (levonorgestrel, 100 mcg/día) Implanon® (etonogestrel, 60 mcg/día)	90 - 100 ng** 75 - 120 ng**
Orales Levonorgestrel (30 mcg/ día) Etinodiol Diacetato (500 mcg/ día) Noretisterona (350 mcg/ día)	40 - 140 ng 150 - 600 ng 100 - 300 ng
Anillo Vaginal Progesterona (10 mg/día)	6 mcg***

* Estimado de las concentraciones en leche, asumiendo una ingestión diaria de leche de 600-800 mL.

** Primer mes después de la inserción.

*** La progesterona es inactiva por vía oral.

Adaptado de Díaz y cols., 2001.

Orientación a las usuarias

En los servicios de salud ofrecidos a las mujeres durante el embarazo y el post-parto, debe considerarse la orientación integral, que incluya la lactancia, la infertilidad asociada a la amenorrea post-parto, los anticonceptivos disponibles y sus efectos sobre la lactancia.

Cuando la duración de la amenorrea de lactancia es breve, como ocurre en las ciudades chilenas, el personal de los servicios de salud se debe esforzar por hacer educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el post-parto temprano para que las mujeres puedan tomar una decisión en los primeros

meses post-parto. La orientación durante el embarazo es particularmente importante cuando se considera la AQV femenina o la inserción de un DIU en el post-parto temprano.

Se debe considerar cual es el momento más adecuado para iniciar el método según los Criterios Médicos de la OMS (Tabla 2) y la posibilidad de la mujer de volver al servicio de salud. La anticoncepción no se debe postergar más allá de la aparición del primer sangrado post-parto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes post-parto.

Tabla 10. Métodos anticonceptivos para el periodo post-parto

Método Anticonceptivo	Puede Usarse	
	Amamantando	No Amamantando
Amenorrea de lactancia (1)	SI	-
Condón	SI	SI
DIU (2)	SI	SI
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (3)	SI	SI
Diafragma (4)	+ 6 semanas	+ 6 semanas
Abstinencia periódica (5)	Con ciclos menstruales	Con ciclos menstruales
Progestágeno solo (6)		
	Oral	+ 6 semanas
	Inyectable	+ 6 semanas
	Implante	+ 6 semanas
	AV Progesterona	+ 6 semanas
Combinados de estrógeno y progestágeno (7)		
	Oral	+ 6 meses
	Inyectable	+ 6 meses

- (1) Método de la amenorrea de la lactancia (MELA): La tasa de embarazos es 1 a 2% si la mujer no ha menstruado, si aún no han transcurrido 6 meses desde el parto y si la lactancia es exclusiva.
- (2) Dispositivos intrauterinos (DIU): Son métodos seguros y efectivos en el periodo post-parto. La inserción se puede hacer en los siguientes momentos:
 - a) Inserción inmediata después de la expulsión de la placenta (dentro de 10 minutos).
 - b) Inserción en las primeras 48 horas del puerperio.
 - c) Inserción después de las 4 semanas post-parto, ya sea con el primer sangrado o en los primeros 6 meses de amenorrea.
- (3) AQV: La AQV solo se puede en el parto si se ha obtenido el consentimiento informado previamente.
- (4) Diafragma: Se puede usar después de las 6 semanas, determinando en ese momento la medida adecuada.
- (5) Métodos hormonales de progestágeno solo: Su uso es seguro en el periodo post-parto. No causan disminución de la leche materna. En la mujer que no está amamantando se pueden administrar desde el post-parto inmediato, mientras que en la mujer que está amamantando deben iniciar después de las 6 semanas.
- (6) Métodos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno: Pueden producir trastornos de coagulación por lo que no se deben usar antes de la tercera semana post-parto. No se deben usar antes del sexto mes post-parto si la mujer está amamantando porque disminuyen la producción de leche y la duración de la lactancia.

3. Anticoncepción en Mujeres Después de un Aborto

Se estima que la tasa de abortos inducidos en América Latina fluctúa entre 21 y 55 por 100 nacidos vivos, y entre 23 y 52 por 1000 mujeres de 15 a 49 años y la mayoría de ellos se realiza en condiciones de riesgo. Además de la mortalidad materna que ocasionan sus complicaciones, pueden tener efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres.

Las mujeres que se han sometido recientemente a un aborto pueden presentar problemas médicos inmediatos, agudos, con riesgo de su vida, por lo que necesitan atención médica inmediata. Es muy importante que los y las proveedores/as de servicios no enjuicien a las mujeres y que el trato sea humano y acogedor. Como estableció la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas en 1994 al referirse al aborto: "En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para la atención de las complicaciones que se deriven del aborto. La orientación y educación y los servicios de planificación familiar post-aborto se deben ofrecer prontamente, lo que también ayuda a evitar los abortos repetidos". Por esto, una vez que su condición se ha estabilizado, las mujeres deben recibir información y orientación sobre regulación de su fertilidad, acorde a sus necesidades.

3.1 Aborto sin complicaciones

Durante el período post-aborto, las mujeres experimentan un rápido retorno de la fertilidad. Cuando no han existido complicaciones, no se debe retrasar el

inicio del uso del método anticonceptivo la mayoría de los cuales se puede administrar inmediatamente.

No hay restricciones médicas para la mayoría de los métodos disponibles: dispositivos intrauterinos (DIU) con cobre o con levonorgestrel, anticonceptivos hormonales combinados (orales o inyectables), anticonceptivos hormonales de progestágeno solo (orales, inyectables o implantes), condones masculinos, métodos de barrera femeninos o esterilización quirúrgica. Antes de iniciar un método de abstinencia periódica, se recomienda esperar hasta que los ciclos menstruales regresen a la normalidad.

3.2. Aborto con complicaciones

- **Infecciones:** Si se presume o se confirma una infección después del aborto o se encuentran signos de aborto inducido practicado en condiciones de riesgo, se debe posponer la esterilización femenina y la inserción de un DIU hasta que la infección esté bajo control o haya desaparecido. Si la esterilización femenina o el DIU es el método deseado, se deberá proveer de un método transitorio y citar a una consulta de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la AQV femenina o la inserción del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.
- **Lesiones:** Cuando se ha pesquisado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave

vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que esta lesión haya sanado. Si es necesario practicar una cirugía para reparar la lesión y no existe riesgo, la esterilización se puede realizar simultáneamente. Si es necesario posponer el procedimiento, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la esterilización o inserción del DIU. Las lesiones que afectan la vagina o el cuello uterino pueden dificultar el uso de los métodos de barrera femeninos y del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

- **Hemorragia:** Si hay hemorragia y/o anemia severa, esta se debe controlar antes de considerar el uso de algunos métodos anticonceptivos. La esterilización femenina se debe posponer debido al riesgo de que se produzca una mayor pérdida de sangre. Si éste es el método deseado, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarla. La inserción de un DIU con cobre se debe evaluar de acuerdo a la severidad de la anemia y/o hemorragia y posponerse hasta que la condición se estabilice, entregando otro método para ser usado en el

intervalo. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

- **Aborto de segundo trimestre:** Existe mayor riesgo de expulsión de un DIU si la inserción se hace inmediatamente después de un aborto de segundo trimestre. En usuarias de diafragma, se debe evaluar el tamaño, lo mismo que se hace después de un parto. Cualquier otro método que la mujer desee puede ser iniciado en forma inmediata si no hay infección, lesiones o anemia.

Orientación y Consejería

Después de un aborto, las mujeres pueden estar en una situación vulnerable desde el punto de vista psicológico, social y legal. La confidencialidad es esencial en la relación entre las/los proveedoras/es y las mujeres. La entrevista debe ser siempre en un ambiente privado que permita abordar la situación de la mujer en forma integral y conversar acerca de la prevención de riesgos en el futuro. Es muy importante que los y las proveedores/as de servicios no enjuicien a las mujeres y que el trato sea humano y acogedor.

El momento del aborto puede que no sea el más adecuado para tomar la decisión de un método definitivo como la esterilización quirúrgica, salvo que la mujer lo hubiera decidido con anterioridad. Si la mujer solicita una esterilización, es importante que la decisión sea informada, libre y sin presiones.

4. Anticoncepción en Mujeres Después de los 35 Años

La peri-menopausia es una etapa de transición, que se extiende desde el fin de los ciclos menstruales normales hasta el término del período reproductivo. Se inicia entre los 35 y los 40 años siendo la edad promedio de la menopausia en Chile de 50 años. Uno de los síntomas más precoces es la irregularidad de las menstruaciones, la que puede acompañarse de síntomas debidos a la carencia de estrógenos, como son las alteraciones vasomotoras y del ánimo.

En este período disminuye la fertilidad. Una mujer de 40 años sexualmente activa tiene una probabilidad de embarazarse de alrededor de 9% cada mes, mientras que una mujer de 20 años tiene una probabilidad del 20 al 25 %. El embarazo en mujeres mayores se asocia a un mayor riesgo de aborto espontáneo, morbimortalidad materna, anomalías congénitas y morbimortalidad perinatal. Por lo tanto, aunque la probabilidad de embarazo esté disminuida, el riesgo que representa un embarazo para la salud materna y fetal es mayor. Además, con la edad aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer y enfermedades metabólicas.

Las condiciones descritas hacen necesario el uso de métodos anticonceptivos eficaces y seguros en esta etapa de la vida. La elección de un método anticonceptivo requiere, con mayor énfasis que en edades anteriores, un balance entre el beneficio de evitar un embarazo y el riesgo de salud que puede significar el uso de un determinado método anticonceptivo.

Opciones anticonceptivas

En una mujer sana que está en la peri-menopausia, todas las opciones anticonceptivas son adecuadas. La edad no es un criterio que limite las opciones ni justifica el cambio de anticonceptivos altamente efectivos a métodos menos eficaces. El uso de algunos métodos está restringido cuando existen factores de riesgo o patologías cuya incidencia es más alta en esta etapa de la vida. La aplicación de los Criterios Médicos de la OMS para cada método, debe complementarse con algunas consideraciones relevantes para la elección del anticonceptivo:

Anticoncepción hormonal combinada

No existen razones médicas para restringir el uso de anticoncepción hormonal combinada oral o inyectable en mujeres sanas mayores de 35 años. Sin embargo, dados los efectos sistémicos que ésta tiene, es necesario considerar la mayor frecuencia de ciertas patologías o factores de riesgo.

- Las enfermedades cardiovasculares (ver Tabla 11.), el cáncer de mama, la diabetes con complicaciones o de más de 20 años de evolución y los tumores hepáticos, representan una restricción para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (categorías 3 y 4 de los Criterios de Elegibilidad).
- Los factores de riesgo cardiovascular más importantes en mujeres mayores de 35 años son el consumo de tabaco (el riesgo aumenta con la

edad y con el número de cigarrillos consumidos por día), la hipertensión arterial y la diabetes.

- El riesgo de enfermedad tromboembólica aumenta a partir de los 40 años y con la obesidad, por lo que es recomendable el uso de pastillas combinadas con levonorgestrel (que tienen menor riesgo de tromboembolismo) que los preparados con desogestrel o gestodeno.
- El riesgo relativo de cáncer de mama es 1.24 en usuarias actuales de anticonceptivos hormonales combinados o en usuarias en los últimos 10 años. Dado que la incidencia es mayor en esta edad, las mujeres deben manejar esta información al hacer la elección de un método.

Por otro lado, se deben considerar también los beneficios no anticonceptivos de los ACO, particularmente importantes a estas edades, tales como la protección ante el cáncer ovárico y el cáncer endometrial, la osteoporosis, los síntomas de la perimenopausia, los quistes ováricos funcionales, los nódulos benignos de la mama, y la reducción de la tensión premenstrual, de la dismenorrea y del sangrado abundante.

Tabla 11. Número estimado de eventos cardiovasculares por 100.000 años-mujer, en mujeres no fumadoras según edad y uso de anticonceptivos orales combinados.

Evento	20-24 años		40-44 años	
	No usuaria	Usuaria	No usuaria	Usuaria
ETV	3.2	9.7	5.9	17.8
Isquemia Cerebral	0.8	1.5	1.6	4.0
Hemorragia Cerebral	1.3	1.3	4.6	9.3
Infarto Miocardio	<0.1	<0.1	2.1	5.3

Farley et al. *Contraception* 1998; 57:211-30

Anticoncepción hormonal con progestágeno solo

En mujeres sanas, no hay riesgo para el uso de anticonceptivos de progestágeno solo en esta etapa de la vida y pueden ser usados cuando hay restricciones para el uso de estrógenos. La única condición clasificada en Categoría 4 de los Criterios Médicos de la OMS es el cáncer de mama actual. La enfermedad tromboembólica, el antecedente de cáncer de mama y los sangrados vaginales inexplicados están clasificados en Categoría 3. También está clasificada en categoría 3 la aparición de una enfermedad cardiovascular o de un síndrome jaquecoso con signos neurológicos focales durante el uso de un progestágeno solo.

Los inyectables de progestágeno solo entregan mayores dosis del esteroide que las píldoras e implantes. Por eso, en las potenciales usuarias mayores de 35 años, es especialmente importante descartar condiciones consideradas específicamente en Categoría 3 para estos inyectables, como patología cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular (presión arterial elevada de más de 159/99 mm Hg y consumo de cigarrillos) y diabetes complicada o de más de 20 años de evolución. También hay que considerar que tienen un efecto negativo sobre la masa ósea. Se debe evaluar la irregularidad menstrual que, a esta edad, tiene mayor probabilidad de enmascarar una patología ginecológica.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es siempre una opción ante una relación sexual no protegida. Puede ser particularmente útil en esta etapa si se ha discontinuado el uso de otros métodos, pensando que ya no eran necesarios.

Dispositivos intrauterinos

La T con Cobre 380 A es altamente eficaz como anticonceptivo, tiene una vida útil de más de 10 años y se puede dejar hasta un año después que se diagnostique

la menopausia. Dado que no tiene efectos sistémicos, es una buena opción para la mayoría de las mujeres en la peri-menopausia.

El uso de un DIU con levonorgestrel es también altamente eficaz y puede ser un tratamiento efectivo para la menorragia; se deben aplicar los criterios de elección comunes a los métodos de progestágeno solo.

Métodos de barrera

Frente al riesgo de contraer ITS/VIH y dado que sólo el condón masculino ofrece protección contra estas infecciones, se debe entregar información sobre este método y orientación acerca de cómo negociar su uso en todas las relaciones sexuales. El diafragma puede ser una alternativa adecuada a esta edad por la falta de efectos sistémicos y porque su menor eficacia anticonceptiva puede ser compensada por la menor fertilidad que presentan las mujeres en este período.

Abstinencia periódica

La irregularidad de los ciclos en este período y del patrón de secreción de moco cervical, hace más difícil la identificación del período fértil, lo que puede exigir períodos de abstinencia más largos.

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

A estas edades, muchas mujeres han completado ya su fertilidad y no desean otro embarazo. La esterilización o AQV puede ser una muy buena opción, ya que no influye en las patologías sistémicas. Sin embargo, hay que considerar algunas condiciones que aumentan el riesgo quirúrgico.

Orientación y Evaluación

Como a mujeres de cualquier edad, es importante entregar toda la información que se requiera para una elección libre. Es necesario destacar ciertos aspectos pertinentes a estas edades:

- Los riesgos específicos y los beneficios no anticonceptivos de los métodos para mujeres en la peri-menopausia.
- Los efectos secundarios del método elegido, que pueden ser más frecuentes.
- La situación de vida de la mujer que puede influir en la opción de un método definitivo como la AQV o que puede hacer que requiera doble protección para prevenir ITS.

Dada la mayor incidencia de patología y de factores de riesgo en mujeres mayores de 35 años, se recomienda:

- Historia médica: es el instrumento más importante en la detección de factores de riesgo y condiciones de salud que afectan la elección de un método.
- Control de presión arterial: es indispensable en el caso de métodos hormonales.

Aunque no son esenciales para el uso de todos los anticonceptivos, el examen pélvico, el examen de mamas, y el examen de Papanicolaou son procedimientos importantes en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, especialmente en usuarias mayores de 35 años, en las que también se debe hacer mamografía de acuerdo a las normas nacionales vigentes.

Suspensión de la anticoncepción

Aunque no hay consenso sobre cuando suspender el uso de un método anticonceptivo en la peri-menopausia, en general se recomienda:

En mujeres mayores de 40 años, usuarias de un método no hormonal incluyendo el DIU, suspender el método después de 6 meses de amenorrea con síntomas de menopausia, como bochornos o después de 12 meses de amenorrea sin síntomas. Aunque se haya cumplido el plazo habitual para el retiro del DIU, no se considera necesario extraerlo en mujeres cerca de los 50 años que no reúnen las condiciones anteriores.

En mujeres mayores de 50 años, usuarias de un

método hormonal, una posibilidad es suspender el uso de este método por 6 meses (durante los cuales debe usar un método de barrera): si hay amenorrea durante estos 6 meses, se puede suspender la anticoncepción; si se restablece la menstruación, debe reiniciar el uso del método hormonal u otro método de su elección. Doce meses después se puede repetir la misma prueba.

En mujeres mayores de 50 años usuarias de un método hormonal, otra posibilidad es suspender el método (indicando uso de un método de barrera) y medir el nivel plasmático de hormona folículo estimulante (FSH) y estradiol 3 semanas después: si la FSH está alta y

el estradiol bajo se puede suspender el anticonceptivo definitivamente; si no es así, debe reiniciar el uso del método hormonal u otro método de su elección. Doce meses después se puede repetir la misma prueba.

En resumen, la mujer necesita de métodos anticonceptivos eficaces y seguros en la peri-menopausia ya que su fertilidad está disminuida pero no abolida. Si la mujer es sana, su edad no es una razón para limitar el uso de las actuales opciones anticonceptivas. La presencia de patología o factores de riesgo para el uso de ciertos métodos requiere evaluación cuidadosa de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.

5. Anticoncepción e Infecciones de Transmisión Sexual

La salud sexual y reproductiva implica que las personas tienen el derecho de evitar al mismo tiempo los embarazos no deseados - mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces - y las ITS, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por ello, debe considerarse siempre la necesidad de un “doble protección” o “doble método”.

Doble Protección / Doble Método

La “doble protección” es la protección simultánea para el embarazo no deseado y las ITS/VIH. Esto se puede obtener con el uso correcto y consistente del condón masculino de látex, único método anticonceptivo que protege en forma efectiva de las ITS/VIH. Sin embargo, en el uso habitual, la eficacia anticonceptiva del condón es menor que la de otros métodos de uso regular como los anticonceptivos hormonales, los dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica. Por esto, cuando se requiere elevada protección anticonceptiva y hay riesgo de ITS, se debe recomendar el condón masculino de látex junto a otro método de elevada eficacia anticonceptiva, es decir, el uso de “doble método”.

Cabe recordar que no se recomienda el uso aislado de métodos de barrera como anticonceptivo cuando una mujer tiene una o más patologías severas en las que un nuevo embarazo pueda exponer su salud a un riesgo inaceptable, o cuando un embarazo es inaceptable para la mujer, por cualquier razón.

Orientación y consejería

Los y las proveedores/as deben integrar información y educación sobre prevención de ITS y VIH en los procesos educativos relacionados con planificación familiar. Esto es muy importante cuando se atiende a adolescentes, quienes son particularmente vulnerables a los riesgos del sexo sin protección. También es importante llegar a los hombres ya que su participación en la prevención de embarazo y de ITS/VIH es crucial.

Se debe promover la doble protección e identificar las situaciones en que se requiere el uso de doble método. Para esto es necesario evaluar las necesidades de cada persona en particular, identificando el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH), el grado de protección deseado contra el embarazo y las condiciones de salud de la mujer que requieren especial cautela.

Si bien la recomendación del uso de condón masculino debe ser universal, para todas las usuarias y usuarios, es importante la identificación de las personas que están expuestas a un mayor riesgo y tienen mayor necesidad de “doble protección”, para orientar la consejería en ese sentido. Las condiciones que están asociadas a un riesgo más alto de contraer una ITS/VIH son las siguientes:

- Persona menor de 20 años.
- Sin pareja estable, nueva pareja o más de una pareja en los últimos 3 meses y/o la pareja tiene otra/otras parejas sexuales.
- Antecedente de ITS, de procesos inflamatorios

pélvicos (PIP) o de tratamiento por una ITS.

- Síntomas o signos que sugieran ITS en la mujer o su pareja: secreción/flujo vaginal; irritación o úlceras genitales; dispareunia; sangrado post-coital; disuria; dolor pélvico (hipogástrico); secreción uretral.

Es esencial entregar instrucciones claras y prácticas sobre el uso del condón masculino y orientación para negociar su uso.

Métodos anticonceptivos y protección ante ITS

- **Condón masculino:** Los condones masculinos de látex, usados en forma correcta y consistente, son el método más efectivo para prevenir ITS, especialmente sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas y el VIH, en parejas sexualmente activas. También ofrece cierta protección contra la transmisión genital del virus del papiloma humano (VPH) y del virus de herpes simple (VHS), pero no de la transmisión de piel a piel. La prevención de las ITS disminuye la probabilidad de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas más frecuentes e importantes: el embarazo ectópico y la infertilidad.
- **Condón femenino:** De acuerdo a estudios de laboratorio, tendría un posible efecto protector contra las ITS bacterianas y virales, pero no hay suficiente evidencia clínica disponible todavía. Representa una alternativa cuando no se puede usar el condón masculino como protección contra las infecciones.
- **Espemicidas:** El uso frecuente de espemicidas que contienen Nonoxinol-9 se asocia a mayor riesgo de VIH porque produce lesiones de la mucosa por lo que no deben usarlos en forma frecuente las mujeres en alto riesgo de infección. Las usuarias deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

- **Diafragma:** El uso de diafragma, y probablemente del capuchón cervical, ofrece alguna protección contra las ITS bacterianas, como gonorrea y clamidia, y las consecuencias de estas infecciones en el tracto genital superior, como la enfermedad pélvica inflamatoria y la infertilidad de origen tubario. Probablemente también tienen algún efecto protector ante la infección por VPH. No ofrece protección contra el VIH y las usuarias de diafragma deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.
- **Anticonceptivos Hormonales:** Tendrían un posible efecto protector contra enfermedades inflamatorias pelvianas (PIP) sintomáticas. El uso de píldoras combinadas se asocia a un discreto incremento del riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH. No protegen contra las ITS/VIH por lo que las usuarias de métodos hormonales deben ser orientadas a usar el condón (doble método) si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.
- **Dispositivos Intrauterinos:** El uso de DIU está asociado con el aumento de procesos inflamatorios pélvicos (PIP) en mujeres en riesgo de contraer ITS. Este riesgo se observa especialmente durante el primer mes después de la inserción del DIU, por lo que la técnica aséptica de inserción y los procedimientos para evaluar la presencia de infección son esenciales. No tienen efecto protector de las ITS virales incluyendo VIH. La inserción de un DIU está en Categoría 2 a 3 cuando hay un alto riesgo de ITS según la evaluación del riesgo de infección por gonococo o clamidia. Si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH, las usuarias de DIU deben ser orientadas a usar el condón (doble método).
- **Otros métodos:** la esterilización quirúrgica femenina y la vasectomía, la abstinencia periódica, la amenorrea de lactancia y el retiro (coito

interrumpido) no tienen efecto protector. Las usuarias deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

Métodos anticonceptivos e ITS/VIH actual

Dispositivo intrauterino: Iniciar el uso de los DIU está clasificado en Categoría 4 (condición que representa un riesgo inaceptable para la salud de la mujer) cuando hay una enfermedad pélvica inflamatoria o una cervicitis purulenta por gonococo o clamidia. Si se diagnostica enfermedad pélvica inflamatoria o cervicitis purulenta en una usuaria de DIU, se debe iniciar el tratamiento con los antibióticos apropiados para el agente etiológico,

sin retirar el DIU; si la infección no cede, se recomienda retirar el DIU y continuar el tratamiento antibiótico.

Iniciar el uso de un DIU está clasificado en Categoría 2 cuando la mujer es portadora del virus del VIH; en Categoría 3 (los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método) si la mujer tiene SIDA y no está recibiendo terapia antiretroviral (TARV) y en Categoría 2 (las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o probados) si la mujer está con TARV y se encuentra clínicamente bien.

Anticoncepción hormonal: La interacción entre los métodos hormonales y la TARV se ha clasificado en Categoría 2.

6. Anticoncepción en Hombres

Contextualización

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) se formula por primera vez en forma explícita la necesidad de considerar a los hombres y sus responsabilidades en las políticas relativas a salud sexual y reproductiva, desarrollo y equidad de género. El Programa de Acción de El Cairo señala que *“Se debería insistir en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos”* (4.11); *“El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluidas la vida familiar y comunitaria, y a alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.”* (Objetivo 4.25); *“Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual”* (7.8).

Las investigaciones recientes constatan que para los hombres, en general, la experiencia de los hijos y la paternidad es una de las más satisfactorias, sino la más, en la que encuentran gratificaciones y sentido para sus vidas. El nacimiento de un hijo es participar en la creación de otra persona y la culminación de una etapa de sus vidas. Tener un hijo les permite compartir su vida con un niño o niña y, en muchos casos, es la consolidación del núcleo familiar y de la relación con su pareja.

La cultura del sistema sexo-género ha centrado la reproducción en la mujer; el binomio madre - hijo ha estado en el centro de las políticas de salud pública. Se visibiliza a la mujer como la principal protagonista y responsable, lo que ha sido reafirmado y reproducido en el tiempo en el ámbito de la salud (enfoque materno-infantil). Las mujeres tendrían y tienen la mayor responsabilidad en la reproducción, porque en sus cuerpos se produce la concepción – sea a través del coito, o de la inseminación artificial - el embarazo, el parto y el amamantamiento. Los hombres, en cambio, tienen una participación ocasional en la fecundidad de las mujeres - en el mejor de los casos les acompañan – y se espera de ellos que cumplan como proveedores y protectores de la madre y el hijo o hija.

Cada vez se hace más cuestionable esta forma de abordar la reproducción y los comportamientos esperados de mujeres y hombres en su salud reproductiva y en la de sus parejas. Se espera que ellas sean las principales responsables en el proceso reproductivo, que regulen la fecundidad de la pareja, controlando la frecuencia de las relaciones sexuales con el varón y/o usando anticonceptivos que impidan el embarazo. En cambio, se da por entendido que los varones tienen un cuerpo menos controlable por ellos mismos suponiéndose, incluso, la presencia de cierto tipo de instinto animal en su sexualidad. En la medida en que, según esta mitología, la sexualidad de los hombres puede tornarse incontrolable, el foco de atención se coloca en las mujeres y no en los hombres.

Una consecuencia de esta forma de abordar la salud reproductiva de los hombres es que hace invisible su participación en la concepción de sus hijos y contribuye permisivamente a que no asuman las consecuencias de su propia fertilidad, ni a sus propios hijos, dejándolos en el abandono paterno.

A los hombres les está permitido, por tanto, no utilizar las prestaciones que tradicionalmente se han entregado a las mujeres, pese a que en investigaciones con hombres aparecen demandas que van más allá de su calidad de proveedores. Son, especialmente, los jóvenes quienes manifiestan interés en involucrarse activamente en la reproducción, en ser partícipes conscientes en la concepción, en la anticoncepción y en la crianza.

Pero es evidente que no basta la declaración de deseos o la participación ocasional o durante un cierto período de tiempo para avanzar en este sentido. Por mucho que cada vez más hombres expresen su interés por ser activos en la reproducción, el ordenamiento social y sanitario lo hace difícil. La institucionalidad reafirma su condición de observadores de la reproducción de sus parejas y padres protectores y proveedores, lo que contribuye a que se sientan espectadores de la procreación y del embarazo, dificultando que asuman una responsabilidad compartida con su pareja. Esta interpretación de la reproducción ha sido estimulada por los y las prestadores de salud y solo recientemente surgen caminos para involucrar a los hombres.

Tres son los ámbitos de la salud reproductiva - concepción y anticoncepción, embarazo y aborto - en que se invisibiliza a los hombres, con consecuencias negativas para ellos, sus parejas y sus hijos e hijas. Estas tres vivencias tienen un indiscutible componente biológico y se producen en el cuerpo de las mujeres, pero no por ello debieran corresponder exclusiva o únicamente a éstas, por el contrario, son procesos que tienen un significativo impacto más allá del cuerpo

y la voluntad de la mujer; que involucran al hombre que es su pareja permanente u ocasional, a sus padres, parientes, vecinos, prestadores de salud, autoridades religiosas, etc. y están socialmente reguladas. Son, con frecuencia, procesos de negociación y conflicto, aunque no se les verbalice como tales. Tener o no tener un hijo, acoger el embarazo o abortar, son decisiones que están fuertemente normadas desde las concepciones religiosas, morales y jurídicas, que influyen en las mujeres, pese a que los hombres están comenzando a expresar su interés por involucrarse.

Los hombres están, progresivamente, asumiendo su propia capacidad reproductiva. La regulación de la fertilidad debe convertirse en una cuestión presente también para los propios hombres cuando estiman que no es el momento de tener un hijo o hija, cuando han cerrado su ciclo reproductivo, o cuando recurren a la fecundidad asistida por insuficiencias y debilidad de sus espermatozoides, o a urólogos y psicólogos por problemas de erección o eyaculación precoz.

Por todo lo anterior, cada vez adquiere más fuerza la necesidad de una profunda revisión de la participación de mujeres y hombres en el proceso de la reproducción y en cada uno de sus momentos. Las demandas, de hombres y mujeres, por relaciones más cercanas, de mayor intimidad y horizontalidad en la vida de pareja y de las familias están entrando en contradicción con el orden vigente y, en consecuencia, requieren de cambios culturales de las personas, de las instituciones y de las y los prestadores la salud.

Las y los prestadores de salud deben incentivar, facilitar y reforzar la participación activa de mujeres y hombres en la concepción y anticoncepción, el embarazo y el parto y el cuidado de sus hijos e hijas. Debe estimularse, en el marco de un profundo respeto a la diversidad de las situaciones, la reflexión sobre el significado que tiene en la vida de ambos padres cada uno de esos momentos.

Cuando no existe presión, violencia o abuso sexual, las decisiones sobre la concepción, la contracepción, el embarazo y el parto pertenecen a mujeres y hombres - son producto de un acuerdo o de una negociación - que comparten las consecuencias y responsabilidades que estas involucran. Las y los prestadores de salud deben entregar información y ofrecer medios seguros y dignos para hacer realidad las posibles decisiones, reconociendo y respetando en todo momento que la decisión final pertenece a la pareja. Deben respetar la pluralidad de significados que la mujer, el hombre y la comunidad de la que forman parte atribuyen a la concepción, contracepción, embarazo, parto, al nacimiento y a la incorporación de un nuevo miembro a la familia.

En general, las personas en Chile tienen cada vez menos hijos, por lo que es necesario incentivar la decisión informada y compartida en la concepción y anticoncepción. Deben dedicarse esfuerzos especiales a promover en los hombres la idea de que la concepción requiere ser un acto consciente, compartido, con importantes y significativas consecuencias: gratificaciones, responsabilidades y obligaciones.

La participación activa y consciente de los hombres en la concepción y anticoncepción está directamente asociada a la visibilidad de su fecundidad y reproducción. Dar visibilidad a la reproducción de los hombres es contribuir a su protagonismo en la propia paternidad, a su empoderamiento y el de sus parejas respecto a sus cuerpos, a relaciones de género que reconozcan los derechos de hombres y mujeres, a su involucramiento en el "cuidado" de otros y otras, y al desarrollo de políticas públicas más equitativas.

Para hacer posible este profundo cambio en la salud reproductiva de los varones se necesita de servicios de salud sexual y reproductiva que les apoyen en el necesario cambio cultural y en la regulación de la fertilidad.

Servicios de regulación de fertilidad para hombres

La salud sexual y reproductiva de los hombres así como la contribución que pueden hacer a la salud reproductiva de las mujeres y sus propios derechos, es un tópico que ha generado creciente atención en los años recientes. Al prestar atención a sus necesidades reproductivas, se aporta beneficios sustanciales a sus parejas y familias. Existe consenso de la necesidad de ampliar las actividades de regulación de fertilidad para incorporar las nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres en salud sexual y reproductiva, incluyendo la investigación de nuevos métodos que permita ampliar la oferta de anticonceptivos para hombres. Esto beneficia a los hombres y a las mujeres, permitiéndoles compartir la responsabilidad reproductiva y apoyarse recíprocamente en sus decisiones en el ámbito de la anticoncepción.

Existen esfuerzos por definir cuales son los servicios que los hombres necesitan y cuál es la mejor forma de proveérselos. Si bien los cuidados clínicos del hombre no requieren ser tan amplios como los de las mujeres, los hombres necesitan acceso a muchos de los mismos servicios tales como información, consejería, acceso a anticonceptivos, diagnóstico y tratamiento para enfermedades reproductivas e ITS.

En el "Informe sobre necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres en el mundo" se señala que en siete países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Brasil, Haití, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana), más del 50% de los hombres sexualmente activos de 25 a 39 años usa algún tipo de protección para evitar embarazos no planeados pero, en la mayoría de los casos, lo hace beneficiándose de métodos femeninos como la esterilización femenina y los anticonceptivos reversibles modernos. Entre el 15 y el 39% de los hombres de 25 a 54 años no

desean tener más hijos o desean postergar el próximo nacimiento mediante el uso de anticonceptivos, aunque no estén protegidos ni ellos ni sus parejas. Según el informe señalado, se reconoce las necesidades y carencias de información y atención que tienen los hombres en materia de salud sexual y reproductiva. Lo mismo se observó en Centroamérica, constatándose, además, que es muy baja la frecuencia en la que hombres utilizaron alguna vez servicios de salud sexual y reproductiva. Cuando lo hicieron fue para saber más de sexualidad, planificación familiar o por ITS.

El uso de métodos anticonceptivos varía según el país y sector social. En España el método más usado es el condón masculino (24%); en Francia y Canadá, los anticonceptivos orales (38 y 16%); en Italia, el coitus interruptus (22%), y en Noruega el DIU (25%). El coitus interruptus prácticamente no se usa en Canadá ni en Noruega y tiene muy baja frecuencia en Francia. El preservativo es poco usado en Francia, a pesar de las campañas internacionales de prevención del VIH / SIDA. En Centroamérica, el uso del condón masculino varía entre el 15% en Panamá y el 23% en Costa Rica.

Existen escasos servicios de atención para hombres, aunque se están instalando de forma incipiente, integrados a los programas de planificación familiar y salud sexual. Una de las estrategias para involucrar a los hombres ha sido instalar servicios o establecimientos específicos para ellos, distintos y separados de los servicios para mujeres. Sin embargo, la experiencia muestra que también es posible alcanzar coberturas satisfactorias reorientando los servicios de regulación de fertilidad creados para mujeres, transformándolos en Servicios de Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a mujeres, hombres y parejas.

En los últimos años, entidades no gubernamentales de varios países de América Latina y el Caribe han llevado a cabo proyectos piloto sobre información y servicios de salud reproductiva dirigidos a los hombres, en particular

a los adolescentes. La capacidad de expandir programas exitosos para alcanzar una mayor cobertura, varía mucho entre un país y otro, y el lograrlo requiere, evidentemente, asignar recursos adicionales. Es importante que los servicios que ofrezcan regulación de fertilidad para los hombres permitan que los hombres de todas las edades tengan acceso a información veraz sobre salud sexual y reproductiva.

El desarrollo de programas de salud reproductiva en diversos lugares del mundo han demostrado que los hombres tienen algunas preocupaciones y necesidades que les son comunes: la información correcta sobre planificación familiar; la provisión de métodos anticonceptivos; la orientación y asesoramiento sobre la manera de prevenir las ITS y el VIH/SIDA; la detección y tratamiento de ITS, incluyendo el VIH/SIDA; la orientación y tratamiento para la infertilidad y para la disfunción sexual; y la detección y tratamiento del cáncer de pene, testicular y de próstata.

Los servicios que comúnmente se ofrecen a los hombres son: consejería individual de contraceptivos, provisión de condones, exámenes y tratamiento por infecciones de transmisión sexual, acceso a vasectomía, examen de próstata, infertilidad y disfunción sexual.

Las barreras más comunes para el uso de estos servicios son su "no adecuación" para atender hombres, que sean restringidos y con horarios inconvenientes y el hecho de que exista la percepción y creencia de que este tipo de servicios o clínicas son sólo para mujeres.

Otros aspectos a tener presente al instalar servicios que ofrezcan prestaciones a los hombres son: definir cuidadosamente las prestaciones y el tipo de información a otorgar y el lugar donde se ofrecerá el servicio, y precisar el tipo de profesional que tendrá a su cargo las prestaciones a los hombres. En los establecimientos de salud que ofrecen servicios de planificación familiar se requiere hacer un balance entre los esfuerzos por

integrar a los hombres y ofrecer cuidados integrales de salud sexual y reproductiva en los servicios médicos y sociales existentes. Se necesita estudiar qué servicios son logística y financieramente más efectivos para grupos específicos de hombres. Los servicios comunitarios que proveen servicios de planificación familiar para hombres pueden ser útiles para explorar servicios innovativos.

Lecciones aprendidas

- a) Es necesario diseñar servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a las demandas de los hombres y que sean sustentables en el tiempo.
- b) La oferta de servicios de Regulación de la Fertilidad debe ser parte de una atención integral, que responda además a las necesidades respecto a las ITS y VIH/SIDA, infertilidad, disfunciones sexuales y cánceres del aparato reproductor masculino. Se incrementa así la probabilidad de que los hombres concurren al consultorio y adhieran a las indicaciones.
- c) Para lograr esta adhesión, los servicios deben considerar a los hombres como protagonistas plenos, interesados en alcanzar una buena salud reproductiva y preparados para cambiar su comportamiento respecto del control de la fertilidad y de la salud sexual y reproductiva en general. Es preciso contar con personal cordial, sensible y calificado, disponer de profesionales y técnicos con mayor información y mayores competencias en la orientación de hombres, capaces de comprender la influencia del género en las creencias, de promover comunicacionalmente cambios de comportamiento, y de otorgar la orientación, consejería y servicios que los hombres necesitan. Además, ser capaces de incentivar la consulta de regulación de la fertilidad en los hombres como parte de los Exámenes Preventivos

de Salud y alentar a las mujeres a motivar a sus parejas para que acudan a la consulta de Salud Sexual y Reproductiva.

- d) Es preciso proveer un ambiente acogedor y establecer horarios apropiados.
- e) La formación y capacitación de las y los prestadores deben enfatizar en la necesidad de saber qué es lo que preocupa a los varones en relación con su salud sexual y reproductiva, de comprender y respetar sus necesidades, enfocando todo ello desde un análisis de género, para abordar su atención en forma más efectiva. Es frecuente que cuando los hombres se acercan a un consultorio o centro de salud les cueste expresar el motivo de su consulta, y hablen de otra cosa, no de la verdadera razón de la visita. Una o un prestador de servicios sensible puede dirigir la conversación hacia los temas de la salud sexual y reproductiva e indagar acerca de los intereses y preocupaciones de los usuarios. Se requiere especial delicadeza para formular preguntas sobre sexualidad que son más difíciles para los hombres, tales como las referidas al placer, el vigor y la anatomía sexual. La información debe entregarse en forma tranquila, empática, no condenatoria. Para estimular la participación de los hombres, se debe considerar los objetivos reproductivos de ellos, de sus parejas, así como las decisiones que deben enfrentar juntos. Algunos hombres, especialmente los jóvenes, no quieren revelar su ignorancia acerca de la sexualidad y la reproducción; de allí que quizás no hagan preguntas, se queden callados y actúen de forma diferente si está presente con ellos la pareja, esposa o novia. Una estrategia que ayuda a superar esta dificultad es que un o una consejero o consejera se reúna brevemente con él antes de la consulta y le de oportunidad de hacer preguntas confidenciales.

-
- f) Es importante señalar que un número considerable de prestadores y prestadoras tienen prejuicios y, sin proponérselo, disuaden a los usuarios de buscar información y servicios de anticoncepción, por ejemplo, sobre vasectomía, o proporcionan información poco clara, sobre los efectos de ésta. Preguntas como por qué sus esposas no se ligan las trompas o cambian de anticonceptivo, pueden desincentivar las decisiones anticonceptivas de los varones.
- g) La capacitación del personal es imprescindible para garantizar una atención de regulación de fertilidad de alta calidad para hombres, capacitación que debe considerar aspectos de género del propio personal de salud.

Métodos anticonceptivos para hombres

El acceso a contracepción efectiva es un requisito de la salud sexual y reproductiva, pero la oportunidad de uso de todos los métodos está limitado por la disponibilidad. El acceso, el uso correcto y el fracaso de anticonceptivos están condicionados, en mujeres y hombres, por la falta de recursos económicos asociada a barreras sociales y culturales, que se suman a las inherentes a los diferentes métodos.

Un anticonceptivo masculino ideal debería cumplir con las siguientes condiciones:

- Independiente del acto sexual
- Aceptable para el hombre y la mujer
- No interferir con la libido, potencia ni actividad sexual del varón
- No tener efectos secundarios a corto ni largo plazo
- No tener impacto en la futura descendencia
- Ser igual o más efectivo que los métodos femeninos comparables

Los métodos anticonceptivos para hombres actualmente disponibles son el condón, la vasectomía y los métodos tradicionales.

• Condón Masculino

El condón provee una barrera física al semen; su efectividad depende de su uso correcto y consistente. Los fracasos de este método - rupturas y mala calidad - se deben en gran medida, a que son utilizados en la parte final del coito o a su ruptura.

Es un método ampliamente usado por hombres en diversas culturas y en distintos momentos de sus vidas; las encuestas consignan que su uso - cercano al 90% - es mayor al de cualquier otro método, y se ha incrementado en las últimas dos décadas, asociado a la pandemia de VIH/SIDA y a las campañas públicas. Un porcentaje menor al 10% de los hombres refiere no haberlo usado nunca.

Los programas de mercadeo social promueven el uso de condones para la regulación de la fertilidad y para la prevención de ITS y VIH/SIDA. Continuamente salen al mercado nuevos modelos que permiten mayor placer sexual: por ejemplo, fabricados de poliuretano y no del látex habitual, y con la mitad del grosor del condón común. En los últimos años se han desarrollado condones de poliuretano o látex hipoalergénicos, para otorgar mayor sensibilidad y disminuir alergias en hombres y mujeres; algunos incorporan sustancias antisépticas. La información, la promoción y la disponibilidad de condones de buena calidad, son formas efectivas de aumentar su uso. En Chile, el 3,5 % de las personas que accedió a métodos de planificación familiar en el Sistema Nacional de Servicios de Salud - de las cuales sólo el 17% eran hombres - optó por condones masculinos como método anticonceptivo.

Según la Tercera Encuesta Nacional de Juventud del año 2000, algo menos de dos tercios de los y las adolescentes utilizó algún método anticonceptivo en la

última relación sexual, aunque los hombres los utilizaron en una proporción mayor que las mujeres (65% y 61% respectivamente). El condón es el método anticonceptivo más utilizado por los varones adolescentes; el 53% señaló haberlo usado en su última relación sexual y es el método anticonceptivo moderno más utilizado por los varones (79% de los que utilizó métodos modernos). En contraste, el 20% de las mujeres adolescentes señaló haberlos utilizado en su última relación sexual, y equivale a un tercio de las mujeres que hizo uso de algún método anticonceptivo moderno.

• **Vasectomía**

Es un método de contracepción altamente efectivo, sencillo y permanente, de un costo efectivo destacable; consiste en la sección de los conductos deferentes, que impide el paso de los espermatozoides; puede ser reversible mediante una delicada microcirugía.

El procedimiento de vasectomía se puede hacer sin bisturí, mediante una intervención menor que se puede realizar en una sala de procedimientos por cualquier personal profesional médico debidamente capacitado. No necesita un especialista en urología, ni anestesia general, ni pabellón quirúrgico.

La vasectomía es considerada el método más confiable de regulación de la fertilidad; se reportan tasas de embarazos en el rango de 0 a 2%, mayoritariamente bajo el 1%. Un estudio nacional en Canadá entre 1964 y 1998 sobre la efectividad y seguridad de la vasectomía, concluye que es un método simple y altamente eficaz, con una baja tasa de morbilidad y extremadamente baja mortalidad.

Las principales barreras y las bajas tasas de vasectomía están asociadas a incredulidad acerca de los testimonios de hombres operados, a temores respecto de un inadecuado desempeño sexual posterior al procedimiento, particularmente a la disminución de

la libido, disfunción eréctil, debilidad física y al estigma social que padecerían al ser incapaces de procrear ante “posibles” segundas nupcias. Esto, asociado a la idea de “mutilación” o castración y al posible rechazo a la vasectomía por parte de las mujeres que comparten esos temores. Parecieran confirmar estas aprehensiones la renuencia a ofrecer servicios de vasectomía de parte de los programas nacionales de planificación familiar, o de prestadores y prestadoras la salud.

La vasectomía ha sido utilizada desde los años 40 y se calcula que hasta el año 2000 aproximadamente 70.000.000 hombres se la habían realizado, alrededor de un 7% de los hombres en el mundo. A nivel mundial alrededor del 5% de las parejas en edad reproductiva han utilizado la vasectomía como método, con diferente prevalencia entre los distintos países: Nueva Zelanda 23%, Estados Unidos 11%, Holanda 11%, Corea del Sur 11%, Austria 10%, China 8%, India 7%.

Investigaciones internacionales caracterizan a quienes se someten a vasectomía como hombres entre los 32 a 35 años, de nivel educativo alto, de familias pequeñas, con pocos hijos, a lo mas tres, casados o con pareja estable y antecedentes de uso previo de anticoncepción, especialmente de métodos que requieren participación masculina. Quienes aceptaron la vasectomía la vincularon a la posibilidad de ofrecer educación y mejor calidad de vida a su familia y tener un ejercicio más libre de la sexualidad. En general, conocían la existencia de los anticonceptivos con participación del hombre; reconocieron que la decisión de operarse les llevó tiempo, no obstante la aceptaron por tener confianza en los médicos.

• **Métodos hormonales**

No existe aún un contraceptivo hormonal disponible para ser punto para ser utilizado en la clínica. Los métodos en investigación son un campo que presenta importantes dificultades, que aún no ofrece respuestas

para un uso masivo; falta conocer la eficacia, seguridad y aceptabilidad de las combinaciones en estudio. De las combinaciones probadas, la más prometedora es la de Progestágenos con testosterona; su objetivo es producir oligospermia, aunque este concepto debe ser revisado, ya que su definición era ambigua al proponerla y así ha permanecido durante 30 años. Además de la eficacia, los futuros ensayos deberán realizar un exhaustivo análisis de los efectos adversos, como el aumento de peso, el efecto en los lípidos y el hígado.

Numerosos estudios, promovidos por agencias internacionales y por la industria farmacéutica intentan desarrollar anticonceptivos hormonales para hombres; se basan en el uso de andrógenos solos o combinados con otros agentes químicos que permiten suprimir la espermatogenesis en forma efectiva y reversible. Estos métodos aparecen promisorios y con algunos ya se está evaluando la eficacia anticonceptiva, por lo que se

espera que en los próximos años estén disponibles para su uso masivo.

• **Nuevas tecnologías**

Existe al menos una nueva y promisoriosa tecnología de anticoncepción masculina que está actualmente en distintas fases de estudio para su uso masivo: el bloqueo del flujo de semen o RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance), que está siendo estudiada en la India. Consiste en inyectar 60 mg. de Anhídrido Estireno Málico en los conductos deferentes; ha demostrado proporcionar anticoncepción efectiva varios años. Hasta ahora se ha demostrado que no se producen anticuerpos antiespermáticos y no se ha observado problemas de próstata; pequeñas dosis mantienen un efecto anticonceptivo por periodos cortos. El procedimiento es fácilmente reversible, inyectando un solvente como bicarbonato de sodio en los conductos deferentes.

Sección E:

Anexos

1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DISPONIBLES EN CHILE
2. BIBLIOGRAFIA

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DISPONIBLES EN CHILE¹

1. Anticonceptivos Hormonales Combinados

1.1 ORALES (PILDORAS COMBINADAS)

1.1.1 MONOFASICOS CON BAJA DOSIS DE ESTROGENO (ETINIL-ESTRADIOL 0.035 o 0.030 mg)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Anovulatorios Microdosis	Chile	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21
Anulette	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21
Anulette C.D.	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (amarillos) 7 placebo (celestes)
Innova C.D.	Chile	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (verdes) 7 placebo (blancos)
Microfemin C.D.	Grünenthal	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (blancos) 7 placebo (café)
Microgynon	Schering	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21
Microgynon C.D.	Schering	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (amarillos) 7 placebo (blancos)
Nordette	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21
Femites	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	84 activos (blancos) 7 placebo (azules)
Lo Femenal	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.030	Norgestrel 0.030	21 activos (blancos) 7 placebo (café)
Ciclidon	Lafí S.A.	Etinil-Estradiol 0.030	Desogestrel 0.150	21
Desoren	Beta-Grünenthal	Etinil-Estradiol 0.030	Desogestrel 0.150	21
Gynostat	Chile	Etinil-Estradiol 0.030	Desogestrel 0.150	21
Marvelon	Hormoquímica	Etinil-Estradiol 0.030	Desogestrel 0.150	21
Ciclomex	Pharmafina	Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.075	21
Feminol	Chile S.A.	Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.075	21
Gestodeno	Master	Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.075	21
Gynera	Schering	Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.075	21
Minulet	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.075	21
Yasmin	Schering	Etinil-Estradiol 0.030	Drospirenona 3.0	21
Femelle	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.030	Drospirenona 3.0	21 activos (beige) 7 placebo (blancos)
Neofam	Silesia	Etinil-Estradiol 0.035	Norgestimato 0.250	21
Mactex	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.035	Norgestimato 0.250	21
Orlon	Osteolab	Etinil-Estradiol 0.035	Norgestimato 0.250	21 activos (celestes) 7 placebo (café)
Belara	Grünenthal	Etinil-Estradiol 0.030	Clormadinona acetato 2.0	21
Lovinda	Andrómaco	Etinil-Estradiol 0.030	Clormadinona acetato 2.0	21

¹ El contenido de estrógeno y progestágeno se ha expresado en miligramos (mg). 1 mg = 1000 microgramos (mcg).

2.2.2 MONOFASICOS CON MUY BAJA DOSIS DE ESTROGENO (ETINIL-ESTRADIOL 0.020 o 0.015 mg)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Anulette 20	Silesia	Etinil-Estradiol 0.020	Levonorgestrel 0.100	21
Loette	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.020	Levonorgestrel 0.100	21
Norvetal - 20	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.020	Levonorgestrel 0.100	21
Alesse	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.020	Levonorgestrel 0.100	21 activos (rosados) 7 placebo (verdes)
Ciclidon 20	Lafi S.A.	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Desoren 20	Beta-Grunenthal	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Marvelon 20	Hormoquímica	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Gynostat-20	Chile	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Midalet 20	Silesia	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Miniestrel-20	Andrómaco	Etinil-Estradiol 0.020	Desogestrel 0.150	21
Dal	Osteolab	Etinil-Estradiol 0.020 Etinil-Estradiol 0.010	Desogestrel 0.150	21 activos (blancos) 2 placebo (verdes) 5 activos (amarillos)
Neulette	Silesia	Etinil-Estradiol 0.020 Etinil-Estradiol 0.010	Desogestrel 0.150	21 activos (blancos) 2 placebo (verdes) 5 activos (amarillos)
Ciclomex 20	Pharmafina S.A.	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Feminol-20	Chile	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Gynera 75/20	Schering	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Minigest-20	Andrómaco	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Harmonet	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Microgen	Silesia	Etinil-Estradiol 0.020	Gestodeno 0.075	21
Femelle 20	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.020	Drospirenona 3.0	24 activos (rojos) 4 placebo (blancos)
Careza	Silesia	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (morados) 4 placebo (celestes)
Ciclomex15	Pharmafina S.A.	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (amarillos) 4 placebo (verdes)
Minesse	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (amarillos) 4 placebo (blancos)
Mirelle	Schering	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (amarillos) 4 placebo (blancos)
Minigest	Andrómaco	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (celestes) 4 placebo (amarillos)
Feminol 15	Chile	Etinil-Estradiol 0.015	Gestodeno 0.060	24 activos (lilas) 4 placebo (blancos)

1.1.3 MONOFASICOS CON ALTA DOSIS DE ESTROGENO (0.050 o 0.075 mg)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Anovulatorio	Chile	Mestranol 0.075	Linestrenol 2.5	21
Lyndion 2.5	Hormoquímica	Etinil-Estradiol 0.050	Linestrenol 2.5	22
Nordioli 21	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.050	Levonorgestrel 0.250	21

1.1.4 BIFASICOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Gracial	Organon	Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Desogestrel 0.025 Desogestrel 0.125	7 (azules) 15 (blancos)

1.1.5 TRIFASICOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Triquilar	Schering	Etinil-Estradiol 0.030 Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.050 Levonorgestrel 0.075 Levonorgestrel 0.125	6 activos (café) 5 activos (blancos) 10 activos (ocre)
Trinordioli	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.030 Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.050 Levonorgestrel 0.075 Levonorgestrel 0.125	6 activos (café) 5 activos (blancos) 10 activos (amarillos)
Modutrol	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.030 Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.050 Levonorgestrel 0.075 Levonorgestrel 0.125	6 activos (celestes) 5 activos (amarillos) 10 activos (morados)
Troliti	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030 Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.050 Levonorgestrel 0.075 Levonorgestrel 0.125	6 activos (rosados) 5 activos (blancos) 10 activos (amarillos)
Triciclomex	Gynopharm	Etinil-Estradiol 0.030 Etinil-Estradiol 0.040 Etinil-Estradiol 0.030	Gestodeno 0.050 Gestodeno 0.070 Gestodeno 0.100	6 activos (amarillos) 5 activos (café) 10 activos (blancos)
Trifas	Silesia	Etinil-Estradiol 0.035 Etinil-Estradiol 0.035 Etinil-Estradiol 0.035	Norgestimato 0.180 Norgestimato 0.215 Norgestimato 0.250	6 activos (amarillos) 5 activos (verdes) 10 activos (celestes)
Tri-Mactex	Recalcine	Etinil-Estradiol 0.035 Etinil-Estradiol 0.035 Etinil-Estradiol 0.030	Norgestimato 0.180 Norgestimato 0.215 Norgestimato 0.250	7 activos (amarillos) 7 activos (verdes) 7 activos (celestes)

1.2 INYECTABLES COMBINADOS

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	PRESENTACION	DURACION EN MESES
Novafem	Silesia	Cipionato de Estradiol 5	Acetato de medroxiprogesterona 25	1 amp. 0,5 c.c. Solución acuosa microcristalina	1
Mesigyna	Schering	Valerianato de Estradiol 5	Enantato de Noretisterona 50	1 amp. 1 c.c. Solución oleosa	1

3.3 ANILLO VAGINAL COMBINADO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGÉNO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	PRESENTACION	DURACION
Nuvaring	Organon	Etinil-Estradiol 2,7 Liberación diaria:0.0150 mg	Etonogestrel 11,7 Liberación diaria: 0,120 mg	1 anillo vaginal	1 mes

3.4 PARCHES TRANSDERMICO COMBINADO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	PRESENTACION	DURACION
Evra	Janssen – Cilag	Etinil-Estradiol 0.600 Liberación diaria: 0.020 mg	Norelgestromín 6.0 Liberación diaria: 0.150 mg	3 Parches transdérmicos	1 mes

2. Anticonceptivos Hormonales de Progestageno Solo

2.1 ORALES (PILDORAS DE PROGESTAGENO SOLO)

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)
Exluton	Hormoquímica	Linestrenol 0.50	35
Linusun	Silesia	Linestrenol 0.50	35
Normalac	Lafi S.A.	Linestrenol 0.50	28
Microval	Wyeth	Levonorgestrel 0.030	35
Microlut	Schering	Levonorgestrel 0.030	35
Levonorgestrel	Chile	Levonorgestrel 0.030	35
Cerazette	Organon	Desogestrel 0.075	28
Arlette	Osteolab	Desogestrel 0.075	28
Vanish	Silesia	Desogestrel 0.075	28
Nogesta	Chile	Desogestrel 0.075	28

2.2 INYECTABLE DE PROGESTAGENO SOLO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	PRESENTACION	DURACION EN MESES
Depoprodasone	Upjohn	Acetato de Medroxiprogesterona 150	Frasco - Amp. 1c.c Microcristales Acuoso	3

2.3 IMPLANTES SUBDERMICOS DE PROGESTAGENO SOLO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR IMPLANTE (mg)	Nº IMPLANTES	DURACION EN AÑOS
Norplant	Leiras	Levonorgestrel 36	6	5
Implanon	Organon	Étogestrel 68	1	3

2.4 DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON PROGESTAGENO SOLO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	PRESENTACION	DURACION EN AÑOS
Mirena	Schering de Chile	Levonorgestrel 52 Liberación diaria: 0.020 mg	1 DIU	5

2.5 ANILLO VAGINAL CON PROGESTERONA

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR UNIDAD	PRESENTACION	DURACION EN MESES	RECOMENDACION
Progering	Silesia	Progesterona 2.074 gr Liberación diaria 10 mg	1 Anillo	3	Para los primeros meses de lactancia

3. Anticoncepcion de Emergencia

3.1 PILDORAS DE PROGESTAGENO SOLO

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE	COMPRIMIDOS A TOMAR EN CADA DOSIS (N)
Postinor-2	Grünenthal	Levonorgestrel 0.750	2	1
Tace	Recalcine	Levonorgestrel 0.750	2	1
Levonorgestrel	Chile	Levonorgestrel 0.030	35	25
Microval	Wyeth	Levonorgestrel 0.030	35	25
Microlut	Schering	Levonorgestrel 0.030	35	25

3.2 COMPRIMIDOS COMBINADOS: REGIMEN DE YUZPE

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	ESTROGENO POR UNIDAD (mg)	PROGESTAGENO POR UNIDAD (mg)	COMPRIMIDOS POR ENVASE (N)	COMPRIMIDOS A TOMAR EN CADA DOSIS (N)
Anovulatorios Microdosis	Chile	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21	4
Microgynon	Schering	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21	4
Nordette	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21	4
Anulette	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21	4
Norvetal	Gynopharm	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21	4
Microfemin C.D.	Grünenthal	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (blancos) 7 placebo (café)	4 activos (blancos)
Innova C.D.	Chile	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	21 activos (verdes) 7 placebo (blancos)	4 activos (verdes)
Femitres	Silesia	Etinil-Estradiol 0.030	Levonorgestrel 0.150	84 activos (blancos) 7 placebo (azules)	4 activos (blancos)
Nordioli 21	Wyeth	Etinil-Estradiol 0.050	Levonorgestrel 0.250	21	2

2. Bibliografía

MARCO CONCEPTUAL

Ética y Derechos

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW). Vigésimo período de Sesiones, Junio 1999.
- Díaz S. Ética en la regulación de la fertilidad. En: *Bioética, Fundamentos y Clínica*. (eds) M. Pérez, A. Ecríbar, R. Villarroel. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile. 2004. pp. 195-209.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos. Visión Año 2000, Londres, 1996.
- International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO). Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London, 2003.
- Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM y cols. Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas, México, 2001.
- Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull WHO* 79:182-193, 2001.
- Mundigo AI, Indriso C (eds). *Abortion in the Developing World*. World Health Organization. Vistaar Publications. New Delhi, India, 1999.
- Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. (eds) F. Lolas, S. Quezada. Santiago, Chile, 2003.
- Robey B, Rutstein SO, Morris L, Blackburn R. The reproductive revolution: New survey findings. *Population Reports Series M*:11, 1992.
- Sánchez S, Salazar G, Tijero M, Díaz S. Informed consent procedures: Responsibilities of researchers in developing countries. *Bioethics* 15:398-412, 2001.
- Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 20:4-13, 1994.
- United Nations, Department of International Economic and Social Affairs. Adolescent reproductive behavior: Evidence from developing countries. *Population Studies* Nº 109/Add.1. 1989. United Nations, New York.
- United Nations (Organización de las Naciones Unidas). Pacto de derechos económicos, sociales y culturales, Ley 74, 1968.

- United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. New York, United Nations, 1994.
- United Nations Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World Contraceptive Use 1998*. United Nations, New York, 1999.
- United Nations (Organización de las Naciones Unidas). Comité de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general No. 14, párrafo 18, Agosto 11, 2000.
- Valdés T, Gysling J. Fecundidad, cultura y derechos reproductivos. En: *Cultura y Población en América Latina*, FLACSO, FNUAP. (eds) I. Hernández, E. Gomáriz. San José Costa Rica, 1996, pp. 163-189.
- Valdés T. Derechos sexuales y reproductivos: concepto y condicionantes de su ejercicio. En: *Cuerpo y Sexualidad*. (eds) F. Vidal, C. Donoso. FLACSO, Universidad Arcis, Vivo Positivo. Santiago de Chile, 2002.
- Viel B, Pereda C. El embarazo no deseado. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia* 1:12 Diciembre, 1991.
- World Health Organization, Family and Reproductive Health. *Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*. Geneva, 1993.
- World Health Organization. *Health benefits of family planning. Family Planning and Population, Division of Family Health*, WHO. Geneva, 1995.
- World Health Organization. *Health, Population and Development. Position Paper for the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994*. WHO/FHE/94.2. Geneva.
- World Health Organization. *Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China, 1995*. WHO/FHE/95.8. Geneva.

Género

- Berer M. Dual protection: Making sex safer for women. In: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. WHO and Reproductive Health Matters, 1997. pp. 109-21.
- Berer M. Population and family planning policies: Women-centered perspectives. *Reproductive Health Matters* 1:4-12, 1993.
- Barnett B, Stein S. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Family Health International, 1998.

- Family Health International. Los hombres y la planificación familiar. Network 7(3), Octubre, 1992.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Salud Reproductiva / Glosario. En: Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud. (ed) S. Díaz. Santiago de Chile, 1997.
- Matamala MI (ed). Calidad de la Atención, Género, Salud Reproductiva de las Mujeres? Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.
- Ministerio de Salud de Chile. Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile. Santiago, Diciembre 2000.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estableciendo Objetivos Comunes: Perspectiva de la Mujer sobre la Selección e Introducción de Tecnologías de Regulación de la Fertilidad. Ginebra, 1991.
- Ringheim K. Wither methods for men? Emerging gender issues in contraception. Reproductive Health Matters 7:79-89, 1996.
- Snow R, García S, Kureshy N y cols. Attributes of contraceptive technology: Women preferences in seven countries. In: Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. WHO and Reproductive Health Matters 36-49, 1997.
- United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. New York, United Nations, 1994.
- UNFPA. Male Involvement in Reproductive Health, including Family Planning and Sexual Health. Technical report No 28, New York, 1995.

Calidad de Atención

- Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Stud Fam Plann 21:61-91, 1990.
- Casas L, Dides C, Isla P (eds). Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago de Chile, 2002.
- Gnecco GT. Gerencia de Calidad en Salud Reproductiva. Unidad de Calidad del Ministerio de Salud de Chile y Programa Regional de Gerencia en Salud Reproductiva, OPS, Módulo 6, 2000.
- Huezco C and Díaz S. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. Adv Contracept 9:129-39, 1993.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Calidad de Atención. En: Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud. (ed) S. Díaz. Santiago de Chile, 1997.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Declaración sobre calidad de atención. IPPF Med Bull 30(4):1-2, 1996.
- Jain A. Fertility reduction and the quality of family planning services. Stud Fam Plann 20:1-16, 1989.
- Lettenmaier Ch, Gallen ME. El por qué de la importancia de la orientación individual. Popul Rep, J, No. 36, Diciembre 1987.

- Manual COPE: Client-oriented, provider-efficient services: a process and tools for quality improvement in family planning and other reproductive health services. AVSC International, New York, 1995.
- Matamala MI (ed). Calidad de la atención, Género, Salud reproductiva de las mujeres? Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. PAHO/HDW/96-005. Washington DC, Abril 1995.
- Simmons R, Elias Ch. The study of client-provider interactions: A review of methodological issues. Stud Fam Plann 25:1-17, 1994.
- Simmons R, Simmons G. Implementing the quality of care: Challenges for managers. In: Managing Quality of Care in Population Programs. (ed) A.K. Jain. Connecticut: Kumarian Press.
- Spicehandler J, Simmons R. Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework. WHO/HRP. Geneva. 1994.
- Vera H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Stud Fam Plann 24:40-4, 1993.

TECNOLOGIA ANTICONCEPTIVA

Generales

- Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Programa de Información en Población de Johns Hopkins. Baltimore, 1999.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning. (eds) C. Huezco, C. Carignan. London, 1997. www.ippf.org.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). Family Planning Handbook for Health Professionals. (eds) I. Evans, C. Huezco C London, 1997.
- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2002 (Traducción hecha por OPS de la 2da. edición de este documento).
- PATH. Contraceptive Method Characteristics. Outlook, Vol. 10 (1), May 1992. www.rhoespanol.org
- Robey B, Rutstein SO, Morris L, Blackburn R. The reproductive revolution: New survey findings. Population Reports, Series M, N 11, 1992.
- World Health Organization, Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health
- World Health Organization, Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. 3rd edition. Geneva, 2005. www.who.int/reproductive-health
- United Nations Department for Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Use 1998. United Nations, New York, 1999.

Métodos anticonceptivos combinados de estrógenos y progestágenos

- Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ, Daling JR, Gammon MD, Malone KE, Schoenberg JB, Britton LA. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. *Br J Cancer* 2003; 88(1):50-7.
- Blackburn R, Cunkelman J, Zlidar V. Los anticonceptivos orales hoy día. *Population Reports A(9)*, 2000. Cancer and Steroid Hormone Study. Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. *JAMA* 257:796, 1987.
- Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Buller HR, Vandembroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third generation progestagen. *Lancet* 1995, 346:1593-96.
- Cancer and Steroid Hormone Study. The reduction in the risk of ovarian cancer associated with oral contraceptive use. *N Engl J Med* 316:650, 1987.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53.297 women with breast cancer and 100.239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 347:1713, 1996.
- Croxatto HB, Díaz S, Peralta O y cols. Fertility regulation in nursing women IV. Long term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception* 27:13-25, 1983.
- Grimes DA. Other health benefits of oral contraception. *Adv Contracept* 7, Suppl. 1:39, 1991.
- International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP). Declaración sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. *IPPF Med Bull* 36(5):1-8, 2002.
- Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and non fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with different progestagen components. *Lancet* 1995, 346:1593-96.
- Jick H, Jick SS, Myers MW, Vasilakis C. Third generation oral contraceptives and venous thrombosis. *Lancet* 1997, 349:731-732.
- Lande RE. Injectable contraceptives. *Population Reports* Vol. XXIII, Nº2, 1995.
- Newton JR, D'arcangues C, Hall PE. Once-a-month combined injectables contraceptives. *J Obstet Gynaecol* 14:41-534, 1994.
- Moreno V, Bosch FX, Muñoz N y cols. for the International Agency for Research on Cancer (IARC) Multicentre Cervical Cancer Study Group. Effect of oral contraceptives in women with human papillomavirus infection. *Lancet* 359:105-92, 2002.
- Meirik O. Combined oral contraceptives, human papillomavirus, and cervical cancer. *IPPF Med Bull* 36(4):2-3, 2002.
- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, Berstein L, Malone KE, Ursin G, Strom BL, Norman SA, Wingo PA, Burkman RT, Berlin JA, Simon MS, Spirtas R, Weiss LK. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 346(26):2025-32.

- Milne RL, Knight JA, John EM, Dite GS, Balbuena R, Ziogas A, Andrusis IL, West DW, Li FP, Southey MC, Giles GG, McCredie MRE, Hopper JL, Whittemore AS for the Breast Cancer Family Registry. Oral Contraceptive Use and Risk of Early-Onset Breast Cancer in Carriers and Noncarriers of BRCA1 and BRCA2 Mutations. *Cancer Epidemiol Bio-markers Prev* 2005; 14(2):350-6.
- Peralta O, Díaz S. Anticoncepción hormonal. En: *Ginecología*, 3a edición. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1039-66.
- Petitti DB, Piaggio G, Mehta S y col. Steroid hormone contraception and bone mineral density: A cross-sectional study in an international population. *Obstet Gynecol* 95:736-44, 2000.
- World Health Organization (WHO). A multicenter Phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection. Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Contraception* 40:531, 1989.
- World Health Organization (WHO). Oral contraceptives and neoplasia. Technical Report Series 187, Geneva, 1992.
- World Health Organization (WHO). Effect of different progestogens in low estrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *Lancet* 346:1582, 1995.
- World Health Organization (WHO). Ischemic stroke and combined oral contraceptives: Results of an international, multi centre, case-control study. *Lancet* 348:498, 1996a.
- World Health Organization (WHO). Haemorrhagic stroke, overall stroke risk and combined oral contraceptives: Results of an international, multi centre, case-control study. *Lancet* 348:505, 1996b.
- World Health Organization (WHO). Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international, multi centre, case-control study. *Lancet* 349:1202, 1997.
- World Health Organization (WHO). Cardiovascular disease and steroid contraception. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series Nº 877. Geneva, 1998.
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer, oral contraceptives and parity. WHO WER 77:167-8. Geneva, 2002.

Métodos anticonceptivos de progestágeno solo

- Collaborative group on Hormonal factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53.297 women with breast cancer and 100.239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 347:1713-27, 1996.
- Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R, Coelingh Bennink H, van Beek A. A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant ImplanonR. *Hum Reprod* 14:976-81, 1999.
- Curtis KM. Safety of implantable contraceptives for women: data from observational studies. *Contraception* 65:85-96, 2002.
- Díaz S. Progestogen-only contraceptive methods: comparison of the options. *IPPF Med. Bull.* 35 (April):1-3, 2001.
- Díaz S, Meirik O. Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. *IPPF Med Bull* 37(2):4-6, 2003.
- Fraser IS, Tiitinen A, Affandi B y cols. Norplant Consensus Statement and background review. *Contraception* 57:1-9, 1998.

- International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant® contraceptive implants: I. Contraceptive efficacy and reproductive health. *Contraception* 63:167-86, 2001.
- International Collaborative Post-Marketing Surveillance of Norplant. Post-marketing surveillance of Norplant® contraceptive implants: II. Non-reproductive health. *Contraception* 3:187, 2001.
- International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP). Declaración sobre los Métodos Anticonceptivos Hormonales. *IPPF Med Bull* 36(5):1-8, 2002.
- Hickey M, d'Arcangues C. Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives. *Contraception* 65(1):75-84, 2002.
- Meirik O, Farley TMM, Sivin I, for the International Post-marketing Surveillance of Norplant. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstet Gynecol* 97:539-47, 2001.
- Odland V, Fraser IS. Contraception and menstrual bleeding disturbances: a clinical overview. (eds) C. D'Arcangues, I.S. Fraser, J.R. Newton, V. Odland. Cambridge University Press. 1990. pp. 5-32.
- Peralta O, Díaz S. Anticoncepción Hormonal. En: *Ginecología*, 3a edición. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1039-1066.
- Petitti DB, Piaggio G, Mehta S y cols. Steroid Hormone Contraception and Bone Mineral density: A Cross-Sectional study in an International population. *Obstet Gynecol* 95:736-44, 2000.
- Scholes D, Lacroix AZ, Ott SM, Ichikawa LE, Barlow WE. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstet Gynecol* 93:233-8, 1999.
- Sivin I, Díaz S, Croxatto HB y cols. Contraceptives for lactating women: A comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception* 55:225-32, 1997.
- Sivin I, Campodonico I, Kiriwat O y cols. The performance of levonorgestrel rod and Norplant contraceptive implants: a 5 year randomized study. *Hum Reprod* 13:3371-8, 1998.
- Urbancsek J. An integrated analysis of nonmenstrual adverse events with Implanon. *Contraception* 58:109S-15S, 1998.
- Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcelledo ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, Salvatierra AM. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 70:442-450, 2004.
- Croxatto HB. El proceso Generativo Humano y la Anticoncepción de Emergencia. En: www.anticoncepciondeemergencia.cl
- Croxatto HB. Píldora anticonceptiva y generación de un nuevo individuo. *Reflexión y Liberación* 61:33-9, 2004.
- Díaz S, Croxatto HB. Anticoncepción de Emergencia. E: *Ginecología*, 3a edición. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1067-73.
- Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 1. Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cad. Saúde Pública* 19:1507-17, 2003.
- Díaz S, Hardy E, Alvarado G, Ezcurra E. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile and Mexico. 2. Facilitating factors versus obstacles. *Cad. Saúde Pública* 19:1729-37, 2003.
- Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Duran-Sanchez O, De la Luz Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodríguez A, Schiavon R, Larrea F. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 64:227-34, 2001.
- Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 101:1168-71, 2003.
- Espinós JJ. Emergency Contraception: Evaluation of Effectiveness. Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics. 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
- Federación de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology. Emergency Contraception. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London, 2003.
- Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Human Reproduction Update* 10:341-48, 2004.
- Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of pre-ovulatory administration of the levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 63:123, 2001.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) www.anticoncepciondeemergencia.cl
- International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. *IPPF Medical Bulletin* 38 (1):1-2, 2004.
- Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with levonorgestrel and mifepristone: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 100:65-71, 2002.
- Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of 69: 373-77, 2004.
- Muller AL, Lladós C, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 67:415-19, 2003.

Anticoncepción de emergencia

- Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills. A resource packet for health care providers and programme managers. Consortium Coordinator, Wellcome, MD, USA, 1996.
- Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C, Ortiz ME, Vantman D, Vega M, von Hertzen H. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 63:111-21, 2001.
- Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V, Salvatierra AM, Alvarez F, Massai R, Cochon L, Faundes A. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. *Contraception* 65:121-8, 2002.

- Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes M, Parraguez VH, Croxatto HB. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction* 19:1352-56, 2004.
 - Palomino A, Boric A, Gabler F, Espinoza A, Vega M, Devoto L. Efecto de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia sobre receptores de endometrio durante la ventana de implantación. Resúmenes de la XVIII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Varadero, Cuba 28-31 Mayo, 2003.
 - Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA y cols. On behalf of the Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. *Lancet* 353:9154, 1999.
 - Piaggio G, von Hertzen H. Effect of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception. Resúmenes del XVII FIGO Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
 - Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Raymond EG, Lovely LP, Chen-Mok M, Seppala M, Kurman RJ, Lessey BA. Effect of the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 15:2351-5, 2000.
 - Rodriguez I, Grou F, Jly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 184:531-37, 2001.
 - Trussell J, Rodríguez G, Ellertson Ch. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 59:147-51, 1999.
 - Trussell J, Ellertson Ch, von Hertzen H y col. Estimating the effectiveness of emergency contraception pills. *Contraception* 67:259-65, 2003.
 - Vasilaskis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. *Contraception* 59:79, 1999.
 - Von Hertzen H, Piaggio G, Ding J y cols. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. *Lancet* 360:1803-10, 2002.
 - Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New Engl J Med* 333:1517-21, 1995.
 - World Health Organization. Emergency Contraception: a guide for service delivery. WHO/FRH7FPP798.19, Geneva, 1998.
 - World Health Organization. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 352:428-33, 1998.
- Dispositivos intrauterinos**
- Alvarez F, Brache V, Fernández E y cols. New insights in the mechanism of action of intrauterine contraceptive devices in women. *Fertil Steril* 49:768, 1988.
 - Buchan H, Villard-Mackintosh, L Vessey M y cols. Epidemiology of pelvic inflammatory disease in parous women with special reference to intrauterine device use. *Br J Obstet Gynaecol* 97:780, 1990.
 - Díaz S, Zepeda A, Maturana X y cols. Fertility Regulation in Nursing Women: IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, NORPLANTR implants and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 56:223, 1997.
 - Díaz S, Pizarro E. Dispositivos Intrauterinos. En: Ginecología, 3a edición. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1074-85.
 - Díaz S, Meirik O. Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. *IPPF Med Bull* 37(2):4-6, 2003.
 - Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 139:785, 1992.
 - Grimes, DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infections. *Lancet* 356:1013, 2000.
 - Grimes, DA. Intrauterine devices and infertility: sifting through the evidence. *Lancet* 358:6, 2001.
 - Guillebaud, J. Intrauterine devices and infertility. *Lancet* 358:1460, 2001.
 - Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ y cols. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med* 345:608, 2001.
 - International Planned Parenthood Federation (IPPF). International Medical Advisory Panel (IMAP) Declaración sobre Dispositivos Intrauterinos. *IPPF Med Bull* 37(2):1-4, 2003.
 - Luukkainen T, Allonen H, Haukkamaa M y cols. Five years experience with levonorgestrel-releasing IUDs. *Contraception* 33:139, 1986.
 - Meirik O, Farley TMM, Sivin I, for the International Post-marketing Surveillance of Norplant. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstet Gynecol* 97:539-47, 2001.
 - Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Estadísticas vitales, Estadísticas de Natalidad y Mortalidad. 2005.
 - Nilsson CG. Mechanism of action of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Gynaecology Forum* 3(3):9-11, 1998.
 - Ortiz ME, Croxatto HB. The mode of action of IUDs. *Contraception* 36:37, 1987.
 - Rivera R, Farr G. Interactions between intrauterine contraceptive device and breast feeding status at the time of intrauterine contraceptive device insertion: Analysis of TCU 380A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 167:144, 1992.
 - Sivin I, Stern J, Coutinho E y cols. Prolonged intrauterine contraception: A seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNG 20) and the copper T380 Ag IUDs. *Contraception* 44:473, 1991.
 - Sivin I, Stern J, Díaz S y cols. Rates and outcomes of planned pregnancy after use of Norplant capsules, Norplant II rods, or levonorgestrel-releasing or Copper Tcu-380Ag intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol* 166:1208, 1992.
 - Sivin I and Stern J. Health during prolonged use of

levonorgestrel 20 ug/day and the Copper T CU 380Ag Intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. *Fertil Steril* 61:70, 1994.

- World Health Organization (WHO). Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Report of a WHO Scientific Group. Geneva. Technical Report Series 753, Geneva, 1987.
- World Health Organization. Special Programme of Research, Development & Research Training in Human Reproduction. Long-term reversible contraception: twelve years of experience with the TCu380A and TCu220C. *Contraception* 56:341, 1997.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Annual Technical Report 2001, World Health Organization, Geneva, pp. 51-65.
- Zipper J, Tatum J, Pastene L y cols. Metallic Cu as an intrauterine contraceptive adjunct to the "T" device. *Am J Obstet Gynecol* 105: 1274, 1969.

Métodos de barrera

- Coker AL, Hulka BS, McCann MF y cols. Barrier methods of contraception and the cervical intraepithelial neoplasia. *Contraception* 45:1, 1992.
- Cook L, Nanda K, Grimes D. Diaphragm versus Diaphragm with spermicides for contraception. In: *The Cochrane Library*, 3, 2001b. Oxford: Update Software.
- Cramer DW, Goldman MB, Schiff I y cols. The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use. *JAMA* 257:2446, 1987.
- De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 331:341, 1994.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Declaración sobre métodos anticonceptivos de barrera. *IPPF Med Bull* 35 (4):1-2, 2001.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL y cols. Hormonal and barrier contraception and risk of upper genital disease in the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) study. *Am J Obstet Gynecol* 185:121, 2001.
- Family Health International. Métodos de Barrera. *Network* 16(3), 1996.
- Family Health International. Métodos de barrera femeninos. *Network* 20(2), 2000.
- Organización Mundial de la Salud. ONUSIDA. El preservativo femenino. Examen de la situación. 1997.
- Population Reports: Condomes: cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad. *Johns Hopkins University* 27(1):1, 1999.
- Rosenberg MS, Waugh MS, Salomon HM et al. The male polyurethane condom: a review of current knowledge. *Contraception* 53(3):141, 1996.
- Schiappacasse V. Métodos de Barrera. En: *Ginecología*, 3a ed. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp.1023-1038.
- Senanayake P, Potts M. An atlas of contraception. The Parthenon Publishing Group. New York, 1995.
- Speroff L, Darney P. Barrier Methods. In: *A clinical guide for contraception*. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, 7:229.

Método de la amenorrea de lactancia

- Díaz S, Rodríguez G, Peralta O y cols. Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean women. *Contraception* 38:53-67, 1988.
- Díaz S, Aravena R, Cárdenas H y cols. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception* 43:335-52, 1991.
- Díaz S, Cárdenas H, Brandeis A y cols. Relative contributions of anovulation and luteal phase defect to the reduced pregnancy rate of breastfeeding women. *Fertil Steril* 58:498-503, 1992.
- Díaz S, Serón-Ferré M, Croxatto HB, Veldhuis J. Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women. *Biol Res* 28:155-63, 1995.
- Family Health International. Anticoncepción después del embarazo. Serie actualización en tecnología anticonceptiva. Research Triangle Park, USA, 2001. www.fhi.org
- Gray RH, Campbell OM, Apelo R. Risk of ovulation during lactation. *The Lancet* 335:25, 1990.
- Howie PW, McNeilly A, Houston M y cols. Effects of supplementary food on suckling patterns and ovarian activity during lactation. *Br Med J* 283:757-9, 1981.
- Howie PW, McNeilly AS, Houston MJ, y cols. Fertility after childbirth postpartum ovulation and menstruation in bottle and breastfeeding mothers. *Clin Endocrinol* 17:323, 1982.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Infertilidad asociada a la lactancia. En: *Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud*. (ed) S. Díaz. Santiago de Chile, 1997.
- Labbok M, Pérez A, Valdés V y cols. The lactational amenorrhea method (LAM): A postpartum introductory family planning method with policy and program implications. *Adv Contracept* 10:93-109, 1994.
- Kennedy K, Rivera R, McNeilly A. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 39:477-96, 1989.
- Kennedy K, Visness C. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. *The Lancet* 339:227-30, 1992.
- Pérez A, Vela P, Masnick GS, Potter RG. First ovulation after childbirth: the effect of breastfeeding. *Am J Obstet Gynecol* 14:1041, 1972.
- Pérez A, Labbok M, Queenan J. Clinical study of the lactational amenorrhea method in family planning. *The Lancet* 339:968-70, 1992.

Métodos de abstinencia periódica

- Billings EL, Billings JJ, Brown JB, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. *Lancet* 1:282-84, 1972.
- Billings EL, Billings JJ, Catarinich M. *Atlas of the Ovulation Method*. 3ra edición. Advocate Press, Pty. Ltd. Melbourne, Australia, 1974.
- Díaz S. Métodos naturales de planificación familiar. *Rev Iber Fertil Reprod Hum* XIV:29-36, 1997.
- Freundl G. Prospective European multi-center study of natural family planning (1989-1992): interim results. *Adv Contracept* 9:269-83, 1993.

- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Declaración sobre la abstinencia periódica con fines de planificación familiar. IPPF Med Bull 30(1):1-2, 1996.
- Kambic RT. Natural family planning use-effectiveness and continuation. Am J Obstet Gynecol 165:2046-8, 1991.
- Kennedy KI, Parenteau-Carreau S, Flynn A, Gross B, Brown JB, Visness C: The natural family planning - Lactational amenorrhea method interface: Observations from a prospective study of breastfeeding users of natural family planning. Am J Obstet Gynecol 165:2020-6, 1991.
- Martinez AR, Zinaman MJ, Jennings VH, Lamprecht VM. Prediction and detection of the fertile period: The markers. Int J Fertil 40:139-55, 1995.
- Marshall J. A field trial of the basal-body temperature method of regulating births. Lancet 2:8, 1968.
- Parenteau-Carreau S. The symptom-thermal methods. Int J Fertil 26:170, 1981.
- Pérez A. Métodos naturales de planificación familiar. En: Ginecología, 3a edición. (ed) A. Pérez Sánchez. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003. pp. 1002-1022.
- Trussell J, Grummer-Strawn L. Contraceptive failure of the ovulation method of periodic abstinence. Fam Plann Perspect 22:65-75, 1990.
- World Health Organization. A prospective multicentric trial of the ovulation method of natural family planning. II. The effectiveness phase. Fertil Steril 36:591, 1981.

Esterilización quirúrgica

- Church CA, Geller JS. La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. Population Reports 10:1-24, 1990.
- Blumenthal PD, McIntosh N. Guía de Bolsillo para Proveedores de Servicios de Planificación Familiar. 2ª ed. Baltimore, JHPIEGO, 1996.
- Chi IC. Is tubal ligation associated with an increased risk of subsequent hysterectomy but a decreased risk of ovarian cancer? A review of recent literature. Adv Contraception 12:77-99, 1996.
- Díaz S, Meirik O. Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. IPPF Med Bull 37(2):4-6, 2003.
- Dirección Nacional de la Mujer y el Niño de Bolivia. Salud Sexual y Reproductiva. Texto de referencia 2ª ed. USAID Bolivia/ JHPIEGO. Bolivia 1996.
- Engender Health. Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends. 2002. www.engenderhealth.org/sterilization
- Gentile GP, Kaufman SC, Helbig DW. Is there evidence for a post-tubal sterilization syndrome? Fertil Steril 69:179-86, 1998.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Statement on Voluntary Surgical Sterilization. IPPF Med Bull 33(4):1-4, 1999.
- Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA y cols. Tubal Ligation, Hysterectomy and Risk of Ovarian Cancer. JAMA 270:2813-8, 1993.
- Hillis SD, Marchbanks PA, Ratliff Tylor L, Peterson HB. Poststerilization regret: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Obstet Gynecol 93:889-93, 1999.
- Meirik O, Farley TMM, Sivin I, for the International Post-marketing

Surveillance of Norplant. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. Obstet Gynecol 97:539-47, 2001.

- Miracle-McMahill HL, Calle EE, Kosinsky AS y cols. Tubal ligation and fatal ovarian cancer in a large prospective cohort study. Am J Epidemiol 145:349-57, 1997.
- Ministerio de Salud de Chile: Resolución N°2326, 30 Noviembre 2000 sobre Métodos Anticonceptivos Irreversibles o Esterilización. 1997-1998.
- Pati S, Cullins V. Female sterilization. Evidence. Obstet Gynecol Clin North Am 27:859-99, 2000.
- Peterson HB, Zhisen X, Hughes JM y cols. The risk of pregnancy after tubal sterilization: Findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 174:1161-70, 1996.
- Peterson HB, Zhisen X, Hughes JM y cols. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. N Engl J Med 336:762-7, 1997.

ANTICONCEPCION EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

Adolescentes

- Aguirre R y Güell P. Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. OPS, ASDI, UNFPA, Fundación KELLOGG, Washington, Estados Unidos, 2002.
- Bell T, Holmes KK. Age-specific risks of syphilis, gonorrhoea, and hospitalised pelvic inflammatory disease in sexually experienced U.S. women. Sexually Transmitted Diseases 11:291-5, 1984.
- Casas L. Los y las adolescentes: sujetos de derecho frente al derecho a la salud. Ponencia en la X Jornada Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. www.icmer.org.
- Cillero Bruñol M. Infancia, Autonomía y Derechos: una cuestión de principios. En Derecho a Tener Derecho, Tomo IV, UNICEF-IIN, Montevideo, 1999.
- Cromer BA, MacArdle Blair J, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. J Pediatr 129:671-6, 1996.
- Darroch JE, Frost JJ, Singh S. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: Can more progress be made? Occasional report No 3, 2001. The Alan Guttmacher Institute (www.guttmacher.org).
- Díaz J, Pinto Neta AM, Bahamondes L, Díaz M. Arce XE, Castro S. Performance of the Copper T 200 in parous adolescents: are copper IUDs suitable for these women? Contraception 48:23-8, 1993.
- Dides C, Guajardo A, Pérez S, Casas L. Guía de Habilidades para el Consentimiento Informado y Confidencialidad de la Información en Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes. Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2004.
- Donoso E, Becker J, Villarroel L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Rev Panam Salud Publica 14:3-8, 2003.
- Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM y cols. Diagnóstico de

la salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas, México, 2001.

- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Declaración sobre Anticoncepción y Protección contra ITS/VIH para Adolescentes. IPPF Med Bull 34(6):1-3, 2000.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Servicio de Registro Civil e Identificación y Ministerio de Salud de Chile. Anuario de Demografía, 1999.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales. Chile, 2002.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales. Chile, 2003.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de Estadísticas Vitales 2004. Chile, 2006.
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) (2004). Cuarta Encuesta Nacional de Juventud: La Integración Social de los Jóvenes en Chile 1994-2003: individualización y estilos de vida de los jóvenes en la sociedad del riesgo.
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Tercera Encuesta Nacional de Juventud. Chile, 2001.
- Kulig JW, Rauh JL, Burket RL, Cabot HM, Brookman RR. Experience with the copper 7 intrauterine device in an adolescent population. *J Pediatr* 96:746-59, 1980.
- Luengo X. La Situación del Adolescente y el Joven en Chile y los Servicios de Salud. Informe de la consultoría solicitada por el Proyecto de Apoyo a las Iniciativas Nacionales, OPS/KELLOGG-MINSAL. Chile, Diciembre 1994.
- Luengo X. Aspectos éticos en la atención de adolescentes y en la prevención del embarazo no deseado. En: Bioética. Fundamentos y Dimensión Práctica. (eds) A. Escribá, M. Pérez, R. Villarroel R. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2004. pp. 210-223.
- Luengo X, González E. Hijos de madres adolescentes. En *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*, (eds) Molina R, Sandoval J, González E. Editorial Mediterráneo, Chile, 2003. pp. 525-535.
- Luengo X. La anamnesis del Adolescente. en *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. (eds) Molina R, Sandoval J, González E, Editores. Editorial Mediterráneo, Chile, 2003. pp 88-92.
- Meirik O. Hormonal contraceptives and bone mass. *IPPF Medical Bulletin* 34(5):1-3, 2000.
- Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile, 1998.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Encuesta Nacional de Comportamiento Sexual, Chile, 1998.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Políticas de Salud para la Gente Joven, 1999.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Estadísticas vitales, Estadísticas de Natalidad y Mortalidad. 2003.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Atención amigable para adolescentes en establecimientos de atención primaria: Orientaciones técnicas. Diciembre 2004. www.minsal.cl.

- Molina R, Sandoval J, González E (eds). *Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003.
- Rey-Stocker I, Zufferey MM, Lemarchand MT, Rais M. The sensibility of the hypophysis, the gonads and the thyroid of adolescents before and after the administration of oral contraceptives. A resume. *Pediatric Annals* 10:480-5, 1981.
- Schiappacasse V, Vidal P, Casas L, Dides C, Díaz S. (2003). Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Instituto Chileno de Medicina ICIMER, CORSAPS, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Santiago de Chile, Chile.
- Scholes D, Lacroix AZ, Ott SM, Ichikawa LE, Barlow WE. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstet Gynecol* 93:233-8 1999.
- Theintz G, Buchs B, Rizzoli R, Solsman D, Clavien H, Sizonenko PC, Bonjour JP. Longitudinal monitoring of bonemass in healthy adolescents: Evidence for a marked reduction after 16 years of age at the level of lumbar spine and femoral neck in female subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 75:1060-5, 1992.
- Weiner E, Berg AA, Johansson I. Copper intrauterine contraceptive devices in adolescent nulliparae. *Br J Obstet Gynaecol* 85:204-6 1978.

Mujeres mayores de 35 años

- Casracane DV, Gimpel T, Goldzier JW. When is it safe to switch from oral contraceptives to hormonal replacement therapy? *Contraception* 52:371-6, 1995.
- Fraser I. Contraception for the over 35s. In: *The Control of Human Fertility*. (ed) J.F. Porter. 2nd edition. Oxford. Blackwell Scientific, 1987. pp. 156-65.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Declaración sobre anticoncepción para mujeres con desórdenes médicos. *IPPF Med Bull* 33(5):1-3, 1999.
- Orr-Walker BJ, Evans MC, Ames RQ y cols. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clin Endocrinol* 49: 615-8, 1998.
- Weisberg E. Contraception after age 35. *IPPF Medical Bulletin* 35(6):2-3, 2001.
- World Health Organization. Research on the Menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva, 1996.

Postparto

- Amatayakul K, Wongsawasdi L, Munglapruks A, y cols. Successful sustained lactation following postpartum tubal ligation. *Adv Contracept* 7:363-370, 1991.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Postpartum tubal sterilization. *Int J Gynecol Obstet* 39:244, 1992.
- Croxatto HB, Díaz S, Peralta O y cols. Fertility regulation in nursing women IV. Long term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception* 27:13, 1983.
- Chi I-Ch, Wilkens LR, Champion CB, Machermer RE, Rivera R: Insertional pain and other IUD insertion-related rare events for

- breastfeeding and non-breastfeeding women - A decade's experience in developing countries. *Adv Contracept* 5:101-19, 1989.
- Chi I-Ch, Potts M, Wilkens LR, Champion ChB: Performance of the Copper T-380. A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 39:603-18, 1989.
 - Díaz S, Peralta O, Juez G, Herreros C, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, Durán E, Croxatto HB: Fertility regulation in nursing women. III. Short-term influence of a low-dose combined oral contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception* 27:1-11, 1983.
 - Díaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 5:815-22, 1993.
 - Díaz S, Zepeda A, Maturana, X y col. Fertility Regulation in Nursing Women: IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, NORPLANTR implants and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 56:223-32, 1997.
 - Díaz S. Breast-feeding and concurrent use of contraceptive implants. *Contraception* 65:39-44, 2002.
 - Dunson TR, McLaurin VL, Grubb GS, Rosman AW: A multicenter trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. *Contraception* 47:23-35, 1993.
 - Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Anticoncepción postparto. En: *Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud*. (ed) S. Díaz. Santiago de Chile, 1997.
 - Jiménez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P: Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxy-progesterone acetate. *Contraception* 30:523-33, 1984.
 - Labbok MH, Stallings RY, Shah F, Pérez A, Klaus H, Jacobson M, Muruthi T: Ovulation method use during breastfeeding: Is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 165:2031-6, 1991.
 - Massai R, Díaz S, Jackanicz T, Croxatto HB. Vaginal rings for contraception in lactating women *Steroid* 65:703-7, 2000.
 - Sivin I, Díaz S, Croxatto HB y cols. Contraceptives for lactating women: A comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception* 55:225-32, 1997.
 - World Health Organization: Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Stud Fam Plann* 6:361-9, 1988.
 - World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. *Contraception* 50:35-55, 1994.
 - World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health: Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. *Contraception* 50:55-68, 1994.
 - Zinaman M, Stevenson W: Efficacy of the symptothermal method of natural family planning in lactating women after the return of menses. *Am J Obstet Gynecol* 165:2037-9, 1991.

Postaborto

- Family Health International. Anticoncepción después del embarazo. Serie actualización en tecnología anticonceptiva. Research Triangle Park, USA, 2001.
- Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 2003; Issue 1. Oxford: Update Software.
- Mundigo AI, Indriso C (eds). *Abortion in the Developing World*. World Health Organization. Vistaar Publications. New Delhi, India, 1999.
- Singh S, Wulf, D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plann Perspect* 20:4, 1994.
- Viel B, Pereda C. El embarazo no deseado. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia* 1:12, 1991.
- World Health Organization, Family and Reproductive Health. *Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*. 1993, Geneva.

Infecciones de Transmisión Sexual

- Berer M. Dual Protection: Making Sex Safer for Women. In: *Beyond acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. *Reproductive Health Matters* 109-21, 1997.
- Cramer DW, Goldman MB, Schiff I y cols. The relationship of tubal infertility to barrier method and oral contraceptive use. *JAMA* 257:2446, 1987.
- De Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *N Engl J Med* 331:341, 1994.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV. *IPPF Med Bull* 34(4):1, 2000.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Statement on Contraception and STI/HIV Prevention for Adolescents. *IPPF Med Bull* 34(6):1-3, 2000.
- International Planned Parenthood Federation. Medical Advisory Panel. Statement on barrier methods of contraception. *IPPF Med Bull* 35:1-2, 2001.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). International Medical Advisory Panel (IMAP). Declaración sobre Dispositivos Intrauterinos. *IPPF Med Bull* 37(2):1-4, 2003.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL y cols. Hormonal and barrier contraception and risk of upper genital disease in the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) study. *Am J Obstet Gynecol* 185:121, 2001.

Anticoncepción en hombres

- Anderson RA, Baird DT. Male Contraception. *Endocrine Review* 23(6):735-762, 2002.
- Barone M A, Jonson CH, Luick MA, Teutónico DL, Maganai RJ. Characteristics of Men Receiving Vasectomies in the United States, 1998-1999. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(1), 2004.
- Finer Lawrence, Darroch JE, Frost JJ. *Services for Men at Publiclily*

- Funded Family Planning Agencies, 1998-1999. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 35 (55), 2003. (En: www.guttmacher.org).
- Fuller N. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En *Paternidades en América Latina*. Fuller N (ed.). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú, pgs. 35-90, 2000
 - García Moreno J, Solano Sainos LM. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio Rural. *Rev. Me. IMSS* (3):205-214, 2005.
 - García Rebol L. Anticoncepción hormonal masculina. VI Congreso SEC. Ponencia, *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 2002.
 - Grimes D, Gallo M, Grigorieva V, Nanda K, Schulz K. Steroid Hormones for Contraception in Men (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, Chichester, UK: John Wilwy & Son, Ltd., 2004.
 - De Keijzer B. Paternidades y transición de género. En *Paternidades en América Latina*. Fuller N (ed.). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú, pgs. 215-240, 2000.
 - Labrecque M, Nazeralli H, Mondor M, Fortin V, Nasution M. Effectiveness and Complications Associated with a Vasectomy Occlusion Technique. *J Urology* 168: 2495-2498, 2002.
 - Marie Stopes Internacional. Views on Vasectomy: the male perspective. 2003
 - Martin N, Zheng W. Contraceptive Use en Canada: 1984 – 1995. *Family Planning Perspectives* 32(2), 2000. (En: www.guttmacher.org).
 - Olavarría J. Y todos querían ser (buenos) padres. FLACSO-Chile. Santiago de Chile, 2001.
 - Olavarría J, Madrid S. Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe. FLACSO, UNFPA. México, 2005.
 - Pantelides E, Manzelli H. La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres. Investigación de base para la Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo. Coordinadores Harkins T, Herrera A. OPS. 2004-2005.
 - Prieto E, Castoreña R., Medina JL, Trujillo B, Vasquez C. Vasectomía sin bisturí. Experiencia de 10 años. *Ver. Méd IMSS* 2004; 42 (4):337-341, 2004.
 - Ruiz-Salguero M. La anticoncepción en España según la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995. *Centre d'Estudis Demogràfics*, Catalunya, 2000.
 - Schwingl PJ., Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. *Fertility and Sterility* Vol. 73(5):923-936, 2000.
 - The Alan Guttmacher Institute. In Their Own Right. Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide. 2003.
 - Vernon R. Operations Research on Promoting Vasectomy in Three Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives* 22(1):26-31, 1996.
 - Viladoms JM. Estado actual de la investigación en contracepción hormonal masculina. Ponencia en el 7º Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Bilbao, 2004.
 - Viveros M. De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia, CES. Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia Colombia, Bogotá, Colombia, 2002.

Sitios web

- Asociación chilena de Protección a la Familia www.aprofa.cl
- Centro de Medicina Reproductiva de Adolescentes www.cemera.uchile.cl
- Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia www.cecinfo.org
- Consorcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergencia www.clae.info
- Centro de Derechos Reproductivos (Center for Reproductive Rights) www.crlp.org
- Engender Health www.engenderhealth.org
- Family Care International www.familycareintl.org
- Family Health International (FHI) www.fhi.org/en/Topics/ECP.htm
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation, IPPF) www.ippf.org
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región Occidental (IPPF/WHR) http://www.ippfwhr.org/programs/program_ec_s.asp
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) <http://www.icmer.org/>
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). www.anticoncepciondeemergencia.cl
- Organización Mundial de la Salud. www.who.int/reproductive-health
- Pacific Institute for Women's Health (PIWH) http://www.piwh.org/EC_latinamerica.html
- Population Council <http://www.popcouncil.org/ebert/ebertec.html>
- Profamilia, Colombia. www.profamilia.org.co
- Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH). www.rhoespanol.org
- Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos. www.wgnrr.org

